



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR
Ciências da Saúde

**Adequação do Método Dáder no seguimento
farmacoterapêutico em doentes hipertensos
institucionalizados num Lar de Idosos.
Experiência Profissionalizante na Vertente de Farmácia
Comunitária e Investigação**

Judite do Rosário Felício Carrilho

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

Orientador: Prof. Doutora Luiza Augusta Tereza Gil Breitenfeld Granadeiro

Co-orientador: Doutora Ana Rita Lopes da Silva

Covilhã, Outubro de 2013

Por decisão da autora, esta dissertação não se encontra escrita ao abrigo do Novo Acordo Ortográfico

Dedicatória

Dedico este trabalho a quem me faz levantar a cada dia, a quem devo aquilo que sou, e a quem sinto saudades todos os dias:

*A ti Filha,
pois se muitas vezes me mantive firme,
foi devido ao teu sorriso;*

*A ti Mãe,
pelo apoio incondicional, pelo amor,
e por te dever tudo aquilo que sou;*

*A ti Pai,
sei que desejavas
tanto quanto eu
ver este momento,
sei que lutaste por mim,
até ao fim.
Até Sempre...*

Agradecimentos

Agradeço à minha Professora e Orientadora Prof. Doutora Luiza Granadeiro pelo apoio, pela paciência, e pela confiança que me transmitiu não só ao longo deste trabalho, mas ao longo destes 5 anos de MICF.

À Doutora Ana Rita Silva e a todos na Farmácia Moderna pela disponibilidade, pela simpatia, pela ajuda e pela troca de conhecimentos.

A todos no Centro de Social de Tolosa, em especial à Doutora Mónica Pascoal, pelo apoio e total disponibilidade.

A todos os professores que passaram pela minha vida estudantil, e que fizeram com que este caminho fosse trilhado.

A todos os meus amigos e colegas, por todo o apoio e amizade, pelas gargalhadas nas horas boas, pelas palavras, pelos abraços e pelo conforto nas horas más.

Obrigada Ângela Lopes, por teres sido nestes 5 anos mais que uma colega, mais que uma amiga, mais que uma irmã e teres estado sempre ao meu lado, para rir, para chorar, para o bem, para o mal e para tudo o que pudesse acontecer. Nada teria sido igual sem a tua amizade e companheirismo.

Obrigada Igor por teres tornado a minha vida mais colorida, pelo apoio, pela motivação e por conteres nesse abraço toda a força do Mundo.

A todos, Muito Obrigada!

Resumo

A presente dissertação encontra-se dividida em dois capítulos, sendo o primeiro relativo ao estágio curricular em farmácia comunitária e o segundo referente à componente de investigação.

O primeiro capítulo aborda aquilo que foi desenvolvido no estágio curricular, assim como o papel do Farmacêutico e da Farmácia Comunitária para a sociedade. Pretende-se com este relatório descrever o funcionamento e o enquadramento da Farmácia Comunitária, bem como as tarefas e responsabilidades dos seus colaboradores, com especial enfoque no Farmacêutico.

O segundo capítulo refere-se à: “Adequação do Método Dáder no seguimento farmacoterapêutico em doentes hipertensos institucionalizados num Lar de Idosos.” O seguimento farmacoterapêutico é a prática profissional que visa o acompanhamento do doente e da sua medicação. Quanto maior o risco de problemas relacionados com medicamentos, mais importante é a realização do seguimento. O Método Dáder já demonstrou ser um meio eficaz para um seguimento farmacoterapêutico de qualidade.

O crescente envelhecimento demográfico é um dos maiores desafios deste século. Verifica-se o aumento compreensível de patologias crónicas, como é o caso da hipertensão arterial, e de medicação associada, bem como a necessidade de acompanhamento destas mudanças demográficas. Cada vez mais idosos residem em lares, sendo a sua medicação preparada e administrada por terceiros, muitas vezes sem formação na área da saúde.

Esta investigação teve como objectivo estudar a adequação do Método Dáder de seguimento farmacoterapêutico associado a um lar de idosos. O método revelou-se eficaz na detecção de problemas relacionados com medicamentos, deixando uma porta aberta a novos estudos que apliquem o seguimento farmacoterapêutico nestas instituições, a bem de um uso mais seguro e mais eficaz dos medicamentos.

Palavras-chave

Farmácia Comunitária, Seguimento Farmacoterapêutico, Método Dáder, Hipertensão Arterial, Idosos, Lares.

Abstract

The present dissertation is divided into two chapters, the first concerning the traineeship in Community Pharmacy and the second related to the research component.

The first chapter discusses what has been developed in traineeship, as well as the role of Community Pharmacist and Pharmacy to the society. The intention of this report is to describe the environment and way of functioning of Community Pharmacy, as well as the tasks and responsibilities of its employees, with special focus on the Pharmacist.

The second chapter refers to: "Appropriateness of the Dáder Method of pharmacotherapy monitoring in hypertensive patients institutionalized in a geriatric home." Pharmacotherapy monitoring is the professional practice which aims the monitorization of the patient and his medication. The higher the risk of drug-related problems, the more important is the execution of monitorization. The Dáder method has already proven to be an effective way towards a good pharmacotherapy monitoring.

The increased demographic aging is one of the biggest challenges of this century. There is an understandable increase of chronic diseases such as hypertension and associated medication, as well as the need to follow these demographic changes. More and more elderly people reside in care homes, with their medications being prepared and administered by others, often with no education in healthcare area.

This research aimed to study the appropriateness of the Dáder method of pharmacotherapeutic monitoring associated with a nursing home. The method proved to be effective in detecting drug-related problems, leaving an open door to further studies to apply pharmacotherapeutic monitoring in these institutions, to the safer and more effective use of drugs.

Keywords

Community Pharmacy, Pharmacotherapeutic Monitoring, Dáder Method, Hypertension, Elderly, Homes.

Índice

Dedicatória	v
Agradecimentos	vii
Resumo	ix
Abstract	xi
Índice	xiii
Lista de Figuras	xix
Lista de Tabelas	xxi
Lista de Acrónimos	xxiii
Capítulo 1 - Relatório de Estágio em Farmácia Comunitária	1
1. Introdução	1
2. Caracterização Geral da Farmácia	4
2.1. Horário e Funcionamento	4
2.2. Instalações e equipamentos	4
2.3. A informática na farmácia	6
2.3.1. Sifarma Clássico	6
2.3.2. Sifarma 2000	8
2.4. Fontes de Informação	9
2.4.1. Biblioteca básica da Farmácia	9
2.4.2. Centros de Documentação e Informação	9
3. O farmacêutico e o pessoal de apoio	10
4. Aprovisionamento e armazenamento de medicamentos e outros produtos de saúde	12
4.1. Fornecedores e critérios de aquisição	13
4.2. Realização, recepção e conferência de encomendas	13
4.3. Critérios e condições de armazenamento	15
4.4. Devoluções	16
5. O Medicamento e outros produtos de saúde	17
5.1. Classificação dos medicamentos	17
5.1.1. Sistemas de classificação	17
5.1.2. Classificação quanto à dispensa	18
	xiii

5.2 Medicamentos Sujeitos a Receita Médica	19
5.3. Medicamentos Não Sujeitos a Receita Medica	21
5.4. Medicamentos Genéricos	21
5.5. Psicotrópicos e/ou Estupefacientes	21
5.6. Preparações Oficinais e Magistrais	22
5.7. Medicamentos e produtos farmacêuticos homeopáticos	22
6. Dispensa de medicamentos	22
6.1. Recepção, validação e dispensa da prescrição médica	23
6.2. Subsistemas de saúde e entidades participadoras	26
7 - Interação Farmacêutico-Utente-Medicamento	27
7.1 Interação com o utente	27
7.2. Farmacovigilância	29
8 - Indicação farmacêutica	30
8.1. Automedicação	31
9 - Aconselhamento e dispensa de outros produtos de saúde	31
9.1. Produtos de dermofarmácia, cosmética e higiene	31
9.2. Produtos dietéticos para alimentação especial	32
9.3. Produtos dietéticos infantis	33
9.4. Fitoterapia e suplementos nutricionais (nutracêuticos)	34
9.5. Medicamentos de uso veterinário	35
9.6. Dispositivos médicos	36
10. Outros Cuidados de Saúde prestados na Farmácia	36
11 - Preparação de Medicamentos	37
12. Contabilidade e Gestão na Farmácia	38
12.1. Processamento de Receituário e Facturação	38
12.2 Aspectos Fiscais'	41
13. Conclusão	42
14. Bibliografia	43
Capitulo 2	49
1. Introdução	49
1.1. Epidemiologia do envelhecimento	49

1.2. O doente geriátrico institucionalizado	50
1.3. A hipertensão arterial	51
2. Justificação e Objectivos do Estudo	63
3. Métodos	63
3.1. População estudada	63
3.2. Recolha de Informação	64
3.3. Tipo de estudo	64
3.4. Análise Estatística	64
4. Resultados e discussão	64
4.1. Caracterização da Instituição	64
4.2. Caracterização da amostra	67
4.3. Caracterização do uso de medicamentos no Lar	69
4.4. Aplicação do método de Dáder de seguimento farmacoterapêutico	70
4.5. Grupos farmacoterapêuticos utilizados no tratamento da hipertensão no CST	71
4.6. PRM e RNM detectados	73
5. Conclusão	76
6. Bibliografia	77
Anexos	83
Anexo 2 - Receitas de prescrição médica	86
Anexo 2.3. - Receita médica manual segundo o Despacho n.º 15700/2012 de 12 de Dezembro.	88
Anexo 3 - Verso da receita médica segundo o Despacho n.º 15700/2012 de 12 de Dezembro.	89
Anexo 4 - Situações passíveis de automedicação segundo Despacho n.º 17690/2007, de 23 de Julho	90
Anexo 5 - Lista indicativa por categorias ou modos de apresentação de produtos cosméticos segundo Decreto-Lei n.º 189/2008, de 24 de Setembro	93
Anexo 6 - Tratamento anti-hipertensor: opções terapêuticas preferenciais em função de lesões ou patologia presente (DGS, 2013)	94
Anexo 7 - Tratamento anti-hipertensor: contra indicações absolutas e relativas (DGS, 2013)	95
Anexo 8- Carta enviada aos responsáveis pelo CST	96

Anexo 9 - Consentimento informado cedido aos doentes do CST, tendo sido assinado pelos que aceitaram participar na amostra.

100

Lista de Figuras

Figura 1- População residente em Tolosa, Censos 2011	1
Figura 2 - Classificação dos medicamentos, quanto à dispensa ao público segundo o Estatuto do Medicamento	19
Figura 3 - Tipos de receita médica e medicamentos sujeitos a cada receita, segundo o Artigo 114º do Estatuto do Medicamento	20
Figura 4 - Previsão da evolução da proporção da população idosa entre 1960-2050 segundo o INE	49
Figura 5- Estratificação do risco cardiovascular em quatro categorias de risco acrescido (ESC, 2007)	53
Figura 6 - Recomendações da ESC em relação ao início do tratamento, tendo em conta os vários níveis de PAD, PAS, os níveis de risco cardiovascular global, a presença de diabetes e doença cardiovascular ou renal estabelecida. (ESC, 2007)	54
Figura 7- Gráfico representativo da distribuição da população do CST em serviço de Lar segundo o sexo (em percentagem)	67
Figura 8 - Gráfico representativo da distribuição da população do CST em serviço de Lar segundo a faixa etária e o sexo	68
Figura 9 - Gráfico representativo da distribuição da amostra segundo o sexo (em percentagem)	68
Figura 10 - Gráfico representativo da distribuição da amostra segundo a faixa etária e o sexo	69
Figura 11 - Organizador semanal de medicamentos com 7 divisórias utilizado no CST	70
Figura 12 - Gráfico representativo do número de medicamentos tomados por utente, classificados conforme medicamentos para a HTA ou medicamentos para outros problemas de saúde.	72
Figura 13 - Gráfico representativo dos grupos de fármacos para a HTA utilizados pela amostra de doentes, indicando o número de fármacos e a percentagem para cada classe.	73

Lista de Tabelas

Tabela 1- Principais normas do Decreto-Lei nº307/2007, de 31 de Agosto	2
Tabela 2- Equipamento mínimo de existência obrigatória para as operações de preparação, acondicionamento e controlo de medicamentos manipulados, Segundo a Deliberação n.º 1500/2004, 7 de Dezembro (DR, 2.ª série, n.º 303, de 29 de Dezembro de 2004)	5
Tabela 3- Funcionalidades do Sifarma Clássico	7
Tabela 4 - Requisitos de envio obrigatório ao INFARMED	15
Tabela 5 - Elementos necessários à validação da prescrição médica, de forma a poderem ser dispensados os medicamentos nela contidos.	23
Tabela 6- Classificação da hipertensão arterial segundo as Guidelines ESH/ESC 2013	52
Tabela 7 - Listagem de PRM que podem ser apontados como possíveis causas de um RNM segundo o Terceiro Consenso de Granada	58
Tabela 8- Classificação de Resultados Negativos da Medicação, segundo Terceiro Consenso de Granada	59
Tabela 9 - Dez tipos de intervenções que um farmacêutico em exercício com doentes reais, pode realizar para tentar resolver ou prevenir os RNM (Sabater, D. et al., 2005)	61
Tabela 10- Tabela representativa dos medicamentos do doente D3, posologia utilizada e posologia recomendada	74
Tabela 11 - Tabela representativa dos medicamentos da doente D8, posologia utilizada e posologia recomendada	75
Tabela 12 - Tabela representativa dos medicamentos da doente D2, posologia utilizada e posologia recomendada	75

Lista de Acrónimos

ACSS	Administração Central do Sistema de Saúde
AIM	Autorização de Introdução no Mercado
ANF	Associação Nacional das Farmácias
ARA	Antagonista dos Receptores da Angiotensina
ARS	Administração Regional de Saúde
ATC	Anatomical Therapeutic Chemical
AVC	Acidente Vascular Cerebral
BECA	Bloqueador da Entrada de Cálcio
BB	Bloqueador Adrenérgico Beta
CCF	Centro de Conferência de Facturas
CEDIME	Centro de Documentação e Informação de Medicamentos
CEFAR	Centro de Estudos e avaliação em saúde
CF	Cuidados Farmacêuticos
CIM	Centro de Informação do Medicamento
CIMI	Centro de Informação do Medicamento e produtos de saúde
CST	Centro Social de Tolosa
CV	Cardiovascular
DCI	Denominação Comum Internacional
DCV	Doença Cardiovascular
DGS	Direcção-Geral da Saúde
DL	Decreto-Lei
ESC	European Society of Cardiology
ESH	European Society of Hypertension
FEFO	<i>First expired, first out</i>
FIFO	<i>First in, first out</i>
HTA	Hipertensão Arterial
IECA	Inibidor de Enzima de Conversão da Angiotensina
INE	Instituto Nacional de Estatística
INFARMED	Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I. P
IPSS	Instituição Particular de Solidariedade Social
IRC	Imposto sobre o Rendimento das Pessoas Colectivas
IRS	Imposto sobre o Rendimento das Pessoas Singulares
IVA	Imposto sobre o Valor Acrescentado
MBPFC	Manual Boas Práticas para farmácia comunitária
MICF	Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas
MNSRM	Medicamento Não Sujeito a Receita Médica

MSRM	Medicamento Sujeito a Receita Médica
MUV	Medicamentos de Uso Veterinário
OMS	Organização Mundial de Saúde
PA	Pressão Arterial
PAD	Pressão Arterial Diastólica
PAS	Pressão Arterial Sistémica
PRM	Problemas Relacionados com Medicamentos
PVF	Preço de Venda à Farmácia
PVP	Preço de Venda ao Público
RAM	Reacções Adversas a Medicamentos
RCM	Resumo das Características do Medicamento
RCV	Risco Cardiovascular
RNM	Resultado Negativo associado à Medicação
SF	Seguimento Farmacoterapêutico
SNS	Sistemas Nacional de Saúde
SPH	Sociedade Portuguesa de Hipertensão
UNFPA	United Nations Population Fund

Capítulo 1 - Relatório de Estágio em Farmácia Comunitária

1. Introdução

O estágio curricular em farmácia comunitária decorreu de 17 de Junho a 9 de Outubro de 2013, na Farmácia Moderna de Tolosa sita na Rua Professor Mourato da Trindade nº13, 6050-503 Tolosa sob orientação da Dra. Ana Rita Lopes da Silva, num total de 800 horas.

Segundo o Censos 2011, dos 1011 residentes em Tolosa, 379 têm 65 ou mais anos (INE, 2011), sendo este o grupo etário que compõe a maioria dos utentes da farmácia.

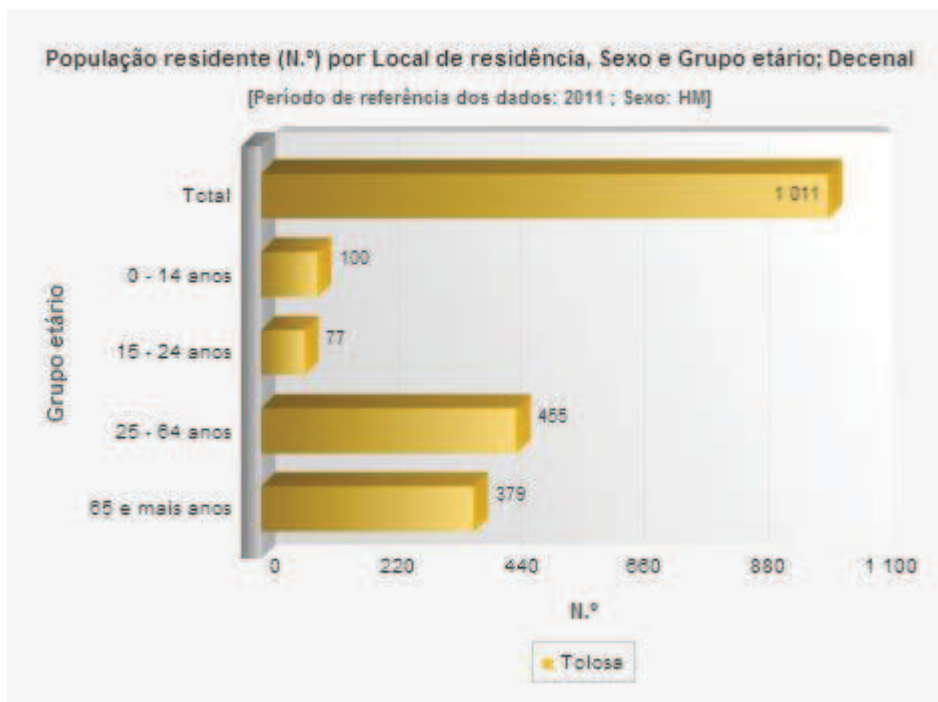


Figura 1- População residente em Tolosa, Censos 2011¹

Este relatório foi redigido tendo como orientação o Manual de Boas Práticas Farmacêuticas para a farmácia comunitária da Ordem dos farmacêuticos (2009), e pela Caderneta do Aluno de MICF, com o objectivo de documentar aquilo que foi feito e aprendido durante o estágio curricular, pondo em prática no ambiente da farmácia comunitária os conhecimentos apreendidos durante o MICF.

¹ Disponível em <url: <http://www.ine.pt>> consultado a 16 Setembro 2013

1.2. Legislação Farmacêutica

O Decreto-Lei nº307/2007, de 31 de Agosto define o regime jurídico das farmácias de oficina, estabelecendo um quadro global e de enquadramento do sector farmacêutico.

Tabela 1- Principais normas do Decreto-Lei nº307/2007, de 31 de Agosto

- Abolição da restrição da propriedade das farmácias exclusivamente a farmacêuticos.
- Regulação da direcção técnica da farmácia, sendo esta assegurada em permanência e exclusividade por um farmacêutico, o qual é independente técnica e deontologicamente no exercício das suas funções.
- Alteração das normas relativas ao quadro de pessoal das farmácias, instituindo a obrigatoriedade de dois farmacêuticos por farmácia.
- Regulação do licenciamento das farmácias, com a possibilidade de transferência de farmácias dentro do mesmo município, independentemente de concurso público e de licenciamento.
- Regras relativas ao funcionamento da farmácia.
- Possibilidade de dispensa de medicamentos através da Internet e ao domicílio.
- Possibilidade de aquisição de medicamentos através de concurso.
- Possibilidade da prestação de serviços farmacêuticos por parte das farmácias.
- Instituição da obrigatoriedade de existência de Livro de Reclamações.
- Instituição da “ (...) colaboração entre o INFARMED ² e a Ordem dos Farmacêuticos na fiscalização de infracções à legislação, assumindo a entidade administrativa o dever de comunicar àquela associação pública os comportamentos que não se conformem com as regras de natureza deontológica.”
- Contra-ordenações e respectivas sanções.

O Decreto-Lei nº307/2007 de 31 de Agosto foi, no entanto, rectificado por três vezes até ao presente, através de:

- Lei n.º 26/2011 de 16 de Junho, relativa à Transferência de farmácias;
- Decreto-Lei n.º 171/2012, de 1 de Agosto, que vem clarificar o critério de licenciamento de novas farmácias, e entre outros abre excepção às farmácias cujo valor de facturação ao Serviço Nacional de Saúde (SNS) seja igual ou inferior a 60 % do

² O INFARMED - Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, é um instituto público integrado na administração indirecta do Estado, dotado de autonomia administrativa, financeira e património próprio. Tem por missão regular e supervisionar os sectores dos medicamentos, dispositivos médicos e produtos cosméticos e de higiene corporal, segundo os mais elevados padrões de protecção da saúde pública, e garantir o acesso dos profissionais da saúde e dos cidadãos a medicamentos, dispositivos médicos, produtos cosméticos e de higiene corporal, de qualidade, eficazes e seguros. (Disponível em [www: <URL: <http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/SOBRE_O_INFARMED/APRESENTACAO>](http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/SOBRE_O_INFARMED/APRESENTACAO), consultado a 24 de Agosto 2013)

valor da facturação média anual por farmácia ao SNS, no ano civil anterior em relação
a:

- “a) Dispensa da obrigatoriedade do segundo farmacêutico previsto no n.º 1 do artigo 23.º;
- b) Redução de áreas mínimas definidas nos termos do n.º 4 do artigo 29.º;
- c) Redução do horário de funcionamento definido nos termos do artigo 30.º”
(Artigo 57.º-A)

- **Lei n.º 16/2013 de 8 de Fevereiro**, que esclarece algumas disposições do Decreto-Lei 307/2007.

Em aditamento ao Decreto-Lei 307/2007, foram sendo publicadas algumas portarias importantes para a regulação do sector, como sejam:

- A **Portaria n.º 1429/2007, de 2 de Novembro**, que define os serviços farmacêuticos que podem ser prestados pelas farmácias.

- A **Portaria n.º 352/2012, de 30 de Outubro**, que regulamenta o procedimento de licenciamento e de atribuição de alvará a novas farmácias, bem como a transferência da localização de farmácias e o averbamento no alvará.

A actividade farmacêutica é ainda regulada pelo Código Deontológico dos Farmacêuticos, inserido no Estatuto da Ordem dos Farmacêuticos³, aprovado pelo **Decreto-Lei n.º 288/2001 de 10 de Novembro**. É neste estatuto que é definido o exercício da actividade farmacêutica, assim como os deveres e competências profissionais dos farmacêuticos. São também definidos os princípios deontológicos da profissão, incluindo direitos e deveres dos farmacêuticos, assim como as suas responsabilidades. É também clarificado o poder disciplinar da Ordem dos Farmacêuticos, aquando da violação dos deveres fixados no Estatuto e demais regulamentos da Ordem, através de processo disciplinar, respectivas penas e sanções.

³ “A *Ordem dos Farmacêuticos* é a associação pública que abrange e representa os licenciados em Farmácia ou em Ciências Farmacêuticas que exercem a profissão farmacêutica ou praticam actos próprios desta profissão em território nacional.

A *Ordem* tem a sua sede em Lisboa e é constituída pelas Secções Regionais de Lisboa, Coimbra e Porto, bem como pelas Delegações Regionais dos Açores e da Madeira.

Estatutariamente, estão definidas as seguintes atribuições para a *Ordem dos Farmacêuticos*:

a) Colaborar na definição e execução da política de saúde em cooperação com o Estado;

b) Defender a dignidade da profissão farmacêutica;

c) Fomentar e defender os interesses da profissão farmacêutica.

Para prossecução destas atribuições, a *Ordem* exerce a sua acção nos domínios social, científico, cultural, deontológico, profissional e económico da actividade farmacêutica.”

(Disponível em [www](http://www.ordemfarmaceuticos.pt):

<URL:http://www.ordemfarmaceuticos.pt/scid//ofWebInst_09/defaultCategoryViewOne.asp?categoryId=1852> visto a 24 de Agosto de 2013)

2. Caracterização Geral da Farmácia

2.1. Horário e Funcionamento

A Farmácia Moderna encontra-se aberta ao público de Segunda a Sexta-feira, das 9h às 19h, e Sábados das 9h às 13h. Encerra Sábados de tarde e Domingos. A farmácia encontra-se em regime de disponibilidade desde a hora de encerramento normal da farmácia, até à hora de abertura do dia seguinte. A farmácia encontra-se encerrada, ficando de chamada nocturna.

“A farmácia de turno de regime de disponibilidade tem de assegurar que um farmacêutico ou um auxiliar legalmente habilitado está disponível para atender o público que o solicite, em caso de urgência.” (DL 172/2002)

2.2. Instalações e equipamentos

No seu exterior, a farmácia está identificada pelo símbolo cruz verde de acordo com Anexo I da Deliberação n.º 414/CD/2007, de 29 de Outubro de 2007. Existe na fachada uma placa exterior com o nome da farmácia, do proprietário e da directora técnica. Existem duas montras na fachada, que são elaboradas de forma a fornecer informações aos utentes sobre produtos ou serviços da farmácia. Está exposto, em zona visível, o horário de funcionamento da farmácia, assim como a informação que assinala as farmácias do município em regime de serviço permanente/disponibilidade e respectiva localização.

No seu interior, a Farmácia Moderna de Tolosa, divide-se em Área de atendimento ao público, Armazém, Laboratório e Instalações sanitárias. As áreas da Farmácia, não se encontram de acordo com a legislação actualmente em vigor, uma vez que o estabelecimento da Farmácia data de 1948.⁴

A sala de atendimento ao público é a área mais ampla da farmácia, onde se situam os produtos de cosmética, higiene corporal, higiene oral, puericultura, e MNSRM⁵. O balcão encontra-se numa posição central, com um posto de atendimento, equipado com um computador, “impressora de verso de receita” e leitor óptico. É neste espaço que se encontra de forma visível uma placa com o nome da farmácia, do proprietário e da directora técnica, assim como o dístico que indica ser proibido fumar e a informação de existência de Livro de Reclamações no estabelecimento.

⁴ Segundo alvará do Infarmed

⁵ MNSRM - Medicamentos não sujeitos a receita médica

A zona de armazém destinado à recepção e acondicionamento dos medicamentos encontra-se à retaguarda da zona de atendimento, sendo este espaço partilhado pelo laboratório e uma pequena biblioteca. Existe um computador com o respectivo leitor óptico, e “impressora de verso de receita” destinados sobretudo ao tratamento de encomendas, quer a nível da recepção, quer ao nível de devoluções, etc. É neste espaço que se encontra também a impressora a laser e o *fax* da farmácia. Existe ainda um frigorífico, que permite manter as condições especiais de conservação necessárias a determinados produtos farmacêuticos, com o devido controlo de temperatura e humidade.

A limpeza e higiene da farmácia são asseguradas por uma empregada de limpeza.

Nesta farmácia é pouco comum a preparação de medicamentos manipulados, não tendo havido quaisquer pedidos destes aquando da duração do presente estágio curricular. Contudo o material mínimo obrigatório que deve existir num laboratório, segundo a Deliberação n.º1500/2004⁶, encontra-se presente na farmácia.

Tabela 2- Equipamento mínimo de existência obrigatória para as operações de preparação, acondicionamento e controlo de medicamentos manipulados, Segundo a Deliberação n.º 1500/2004, 7 de Dezembro (DR, 2.ª série, n.º 303, de 29 de Dezembro de 2004)

Alcoómetro	Almofarizes de vidro e de porcelana	Balança de precisão sensível ao miligrama
Banho de água termostaticado	Cápsulas de porcelana	Copos de várias capacidades
Espátulas metálicas e não metálicas	Funis de vidro	Matrases de várias capacidades
Papel de filtro	Papel indicador pH universal	Pedra para a preparação de pomadas
Pipetas graduadas de várias capacidades	Provetas graduadas de várias capacidades	Tamises FVII, com abertura de malha 180 μ m e 355 μ m (com fundo e tampa);
Termómetro (escala mínima até 100°C)	Vidros de relógio	

⁶ Ver Tabela 2

2.3. A informática na farmácia

A constante entrada e saída de medicamentos do mercado, a actualização de preços, comparticipações e cálculo das mesmas, assim como as obrigações fiscais tornaram o sistema informático essencial ao bom funcionamento da farmácia comunitária.

Na Farmácia Moderna de Tolosa existem dois computadores, em rede, com acesso à internet via *modem* e via *Farmalink*⁷. Nesta rede encontram-se ligadas uma impressora a laser, uma impressora fiscal e duas “impressoras de verso de receita”.

Para além dos equipamentos acima referidos, a farmácia encontra-se provida de telefone e *fax*, ambos essenciais ao normal funcionamento da farmácia.

2.3.1. Sifarma Clássico

O *software* utilizado aquando do início do estágio era o Sifarma Clássico, também fornecido pela empresa Glintt.

Tendo sido lançado em 1987, o Sifarma Clássico teve como principal objectivo facilitar a actividade do farmacêutico, centralizando-se sobretudo nas vendas. No entanto, ao longo dos anos foi sofrendo alterações de forma a poder responder às necessidades das farmácias. Passou assim a abranger um maior leque de utilidades, as quais se encontram destacadas na tabela 3.

O Sifarma Clássico era periodicamente actualizado via *modem*, sendo estas actualizações fundamentais, devido à dinâmica de mudanças constantes no sector farmacêutico, seja a nível de novos produtos, quer ao nível de preços e comparticipações. A cessação destas actualizações a 1 de Agosto de 2013 por parte da Glintt, veio acentuar a necessidade de actualizar o sistema informático da farmácia. Esta actualização não se cingiu apenas ao *software*, mas também ao *hardware* da farmácia.

⁷ Farmalink: Rede de Comunicações de Dados das Farmácias da empresa Glintt

Tabela 3- Funcionalidades do Sifarma Clássico⁸

Vendas	
	<ul style="list-style-type: none"> • Actualização de Stocks • Geração de Encomendas • Incremento de facturação a entidades • Registo de valores em caixa
Encomendas	
	<ul style="list-style-type: none"> • Aprovar encomendas • Enviar encomendas a fornecedores • Processar a sua recepção • Gestão de Bónus de fornecedor • Gestão de devoluções a fornecedores e a sua regularização nos <i>stocks</i> • Comunicação a fornecedores via <i>modem</i> ou <i>RDIS</i>
Facturação	
	<ul style="list-style-type: none"> • Organização automática de receitas em lotes de 30 • Integração de receitas devolvidas • Gestão automática de sequência de lotes • Facturação detalhada • Emissão mensal de: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Verbetes de identificação de lote ➤ Resume de letras ➤ Fatura a entidade ➤ Documento para ANF ➤ Guia de Proveitos ➤ Relação mensal de produtos de protocolo
Fim do dia	
	<ul style="list-style-type: none"> • Emissão de documentos internos contabilísticos • Documentos emitidos diariamente <ul style="list-style-type: none"> ➤ Lista de produtos vendidos ➤ Diário de gestão ➤ Detalhe de vendas ➤ Talão recapitulativo diário ➤ Lista de irregularidades • Regularização de movimentos diários com correcção automática de movimentos relacionados
Inventários	
<ul style="list-style-type: none"> • Listagem de inventário • Preparação de inventário • Produtos sem consumo • Prazos de Validade 	<ul style="list-style-type: none"> • Contagem física • Recolha de quebras • Gestão de produtos • Estatísticas

⁸ Adaptado de MOTA, Pedro - Análise da Aplicação Informática: SIFARMA - 2004

2.3.2. Sifarma 2000

A partir de 27 de Julho de 2013, a Farmácia Moderna passou a utilizar o *software* Sifarma 2000, comercializado pela Glintt, tal como o seu antecessor.

A mudança de *software* pressupôs a necessidade de actualizar também o *hardware* da farmácia, contando-se assim com dois novos computadores, mais recentes a nível tecnológico, e, sobretudo, adaptados às necessidades deste novo *software*.

“O Sifarma 2000 consiste num sistema de informação assente num "motor" de base de dados Oracle®. Essa base de dados encontra-se no Servidor dedicado e é a responsável pela conservação da informação recolhida. A aplicação Sifarma 2000 é responsável pelo interface entre o utilizador e a referida base de dados.

Os postos de trabalho encontram-se ligados ao servidor de forma a acederem à base de dados e a executarem a aplicação, possibilitando assim a interacção do utilizador com a informação colectada. A informação é obtida do servidor, processada no posto e de novo armazenada no servidor.

Esta aplicação contém igualmente um conjunto de informação funcional e científica que é produzida e distribuída pela ANF (dicionário de produtos, lista de organismos, etc.). Esta informação é actualizada de forma automática e transparente ao utilizador.”⁹

A principal mais-valia do Sifarma 2000 é, sem dúvida, a possibilidade de um melhor acompanhamento feito a cada utente da farmácia, num período em que o Farmacêutico é chamado a responsabilizar-se por determinados Serviços Farmacêuticos¹⁰, entre os quais o serviço de Cuidados Farmacêuticos. Enquanto no Sifarma Clássico a ficha do utente pouco mais permitia que a identificação de dados do mesmo, o Sifarma 2000 permite através da ficha do utente todo o acompanhamento considerado necessário tendo em conta as necessidades de cada utente, sendo possível por exemplo aceder a toda a medicação do utente, aceder ao registo de compras na farmácia, registar parâmetros biológicos etc.

Desta forma, o Sifarma 2000:

“- Permite uma prática voltada para o utente ao promover a dispensa com aconselhamento em todos os atendimentos
- Assegura o acesso do utente aos medicamentos e produtos de saúde nas condições de segurança, qualidade e efectividade
- Disponibiliza informação de natureza técnica e científica adequada e actualizada sobre os medicamentos de uso humano e outros produtos de saúde (ex. suplementos alimentares, medicamentos de uso veterinário)
- Permite o registo da intervenção da farmácia na prática profissional e demonstra de forma efectiva os ganhos em saúde obtidos.”¹¹

⁹ In: Manual Funcional - Sifarma 2000. Glintt, 2011

¹⁰ Segundo a Portaria n.º 1429/2007, de 2 de Novembro

¹¹ IN: Manual Componente Profissional, Glintt - 2010

O Sifarma 2000 permite o controlo da actividade de cada colaborador da farmácia, uma vez que cada profissional possui um *Login* de acesso ao mesmo. De realçar que, no final do dia, é efectuada uma cópia de segurança do sistema, de forma a evitar a perda de informação em caso de avaria informática ou acidente.

2.4. Fontes de Informação

2.4.1. Biblioteca básica da Farmácia

Tal com referido anteriormente, existe na zona de armazenamento/laboratório da Farmácia Moderna uma pequena biblioteca, de apoio ao pessoal da Farmácia, da qual constam as publicações obrigatórias por lei¹², sejam a Farmacopeia Portuguesa 9 e o Prontuário Terapêutico 11. Segundo o Manual de Boas Práticas, aquando da dispensa, também deve estar presente o Resumo das Características dos Medicamentos (RCM). Actualmente este encontra-se disponível via Internet, podendo também ser consultado o Sifarma 2000.

Para além das publicações obrigatórias, existem uma série de outras publicações, das quais se destacam *Formulário Galénico Português*, o *Código Deontológico da Ordem dos Farmacêuticos*, o *Estatuto da Ordem dos Farmacêuticos*, o *Direito Farmacêutico*, o livro *Medicamentos não prescritos - Aconselhamento Farmacêutico*, o *Índice Nacional Terapêutico*, a versão em pdf de *Martindale - The Extra Pharmacopeia*, dossiers com informações provenientes do INFARMED, da Associação Nacional de Farmácias (ANF), informações sobre produtos farmacêuticos, assim como algumas publicações periódicas.

É obrigação do Farmacêutico, segundo o seu Código Deontológico, manter-se actualizado técnica e cientificamente, pois as Ciências Farmacêuticas encontram-se em constante evolução. A necessidade de uma biblioteca básica da Farmácia vem de encontro a esta necessidade, sendo deveras importante mantê-la actualizada e organizada.

2.4.2. Centros de Documentação e Informação

Na época das tecnologias de informação, é essencial que o farmacêutico possua as actualizações necessárias à sua actividade, no mínimo período de tempo possível. Assim, para além das publicações existentes na farmácia em formato de papel, é de realçar a importância

¹² Artigo 37º do Decreto-Lei 171/2012 de 31 de Agosto

dos recursos disponíveis na internet, como seja o caso dos centros de documentação e informação.

O Centro de Informação do Medicamento (CIM) da Ordem dos Farmacêuticos, sediado em Lisboa, foi criado em 1984 como um serviço destinado a proporcionar aos farmacêuticos informação sobre medicamentos e a sua utilização de forma rápida e objectiva¹³.

O Centro de Informação do Medicamento e dos Produtos de Saúde (CIMI), da responsabilidade do Infarmed, responde a pedidos de informação e esclarecimento de dúvidas relacionadas com medicamentos e produtos de saúde (dispositivos médicos, produtos cosméticos e de higiene corporal e produtos farmacêuticos homeopáticos), a todos os profissionais de saúde, agentes do sector, estudantes e público em geral¹⁴.

O Centro de Documentação e Informação de Medicamentos (CEDIME), criado pela ANF, pretende ser uma forma de apoio às farmácias associadas¹⁵.

O Centro de Estudos e Avaliação em Saúde (CEFAR) foi criado pela ANF com o objectivo de avaliar o grau de satisfação dos utentes relativamente a serviços de saúde, como as Farmácias¹⁶.

3. O farmacêutico e o pessoal de apoio

“A existência de um corpo farmacêutico com aptidões próprias, de sistemas informáticos para gerir a informação dos doentes e a existência de fontes de informação avançadas sobre medicamentos são alguns dos exemplos, dos recursos físicos que hoje a farmácia do século XXI necessita.” (MBPFC, 2009)

A equipa da farmácia Moderna é a seguinte:

Proprietário: Engenheiro Tiago José Granchinho Bicho Temudo;

Directora Técnica - Dra. Ana Rita Lopes da Silva;

Técnico Auxiliar de Farmácia - Ricardo Toucinho.

O proprietário da farmácia responsabiliza-se pelo serviço administrativo da mesma, efectuando as compras de maior volume, contactando com delegados, laboratórios e grossistas. É o proprietário que faz a gestão de *stocks* da farmácia, embora na sua ausência,

¹³ IN: <http://www.ordemfarmaceuticos.pt>

¹⁴ IN: <http://www.infarmed.pt>

¹⁵ IN: www.anf.pt

¹⁶ *Idem*

seja a Directora Técnica a fazer as encomendas diárias para a reposição dos produtos vendidos no dia, assim como dos produtos pedidos pelos utentes, a fim de dispor destes no prazo máximo de 12h, de acordo com a Deliberação N.º 021/CD/2011 do Infarmed, que esclarece:

“Porém, o Decreto-Lei n.º 307/2007, de 31 de Agosto, não define o que se entende por brevidade possível, embora se considere que, tal como resultava do direito anterior e atento o actual sistema de fornecimento de medicamentos às farmácias, será suficiente para o efeito o prazo máximo de 12 horas, para medicamentos que se encontrem esgotados na farmácia mas não o estejam no circuito de distribuição, satisfazendo-se, assim, o dever de fornecimento dos medicamentos solicitados, nos termos do citado artigo 6.º do Decreto-Lei n.º 176/2006, de 30 de Agosto;”

A principal responsabilidade do farmacêutico é para com a saúde e bem-estar do doente, promovendo o acesso a um tratamento com qualidade, eficácia e segurança, aconselhando sobre o uso racional dos medicamentos. (MBPFC, 2009).

É da responsabilidade exclusiva da Directora Técnica, o contacto com outros profissionais de saúde, o controlo de psicotrópicos e estupefacientes, assim como o contacto com os centros de informação dos medicamentos.

Segundo o Decreto-Lei n.º 307/2007:

“ 1 - Compete, em especial, ao director técnico:

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

2 - O director técnico pode ser coadjuvado por farmacêuticos, técnicos de farmácia e por pessoal devidamente habilitado, sob a sua direcção e responsabilidade.”

A Farmácia Moderna de Tolosa, não possui farmacêutico adjunto, ao abrigo do Artigo 57.º-A do Decreto-Lei n.º 171/2012, de 1 de Agosto segundo o qual:

“1 - As farmácias cujo valor de facturação ao Serviço Nacional de Saúde (SNS) seja igual ou inferior a 60 % do valor da facturação média anual por farmácia ao SNS, no ano civil anterior, podem beneficiar de excepções que viabilizem a assistência e cobertura farmacêutica da população.

2 - As farmácias nas condições previstas no número anterior podem beneficiar cumulativamente de:

- a) Dispensa da obrigatoriedade do segundo farmacêutico previsto no n.º 1 do artigo 23.º;
- b) Redução de áreas mínimas definidas nos termos do n.º 4 do artigo 29.º;
- c) Redução do horário de funcionamento definido nos termos do artigo 30.º”

O Técnico Auxiliar de Farmácia auxilia na recepção e acondicionamento de encomendas, conferência de receituário, assim como no atendimento ao balcão quando necessário.

Todos os elementos da farmácia envergam a bata característica das Farmácias Portuguesas, estando devidamente identificados mediante o uso de um cartão, contendo o nome e o título profissional conforme o exigido no artigo 32º do Regime jurídico das farmácias de oficina¹⁷.

4. Aprovisionamento e armazenamento de medicamentos e outros produtos de saúde

Foi no aprovisionamento e armazenamento de produtos que se iniciou este estágio curricular. O tempo passado a assistir às encomendas, diárias e pontuais, a recepção das mesmas e o seu armazenamento, permitiu uma maior familiaridade com a disposição dos produtos farmacêuticos na farmácia, assim como das regras para a sua aquisição, gestão de *stocks* e devolução, sempre que necessário. Neste início de estágio foram discutidas as novas regras das margens de comercialização¹⁸, assim como os procedimentos em caso de devolução. Também a gestão de psicotrópicos e estupefacientes foi abordada nesta fase, de forma a elucidar sobre os procedimentos correctos em função da lei mais recente.¹⁹

¹⁷ Decreto-Lei n.º 307/2007 de 31 de Agosto

¹⁸ Segundo o Decreto-Lei n.º 112/2011 de 29 de Novembro

¹⁹ Segundo a Portaria n.º 137-A/2012 de 11 de Maio

4.1. Fornecedores e critérios de aquisição

Uma boa gestão de *stocks* é actualmente uma componente essencial na farmácia comunitária. A situação de crise financeira e as suas repercussões, quer ao nível do poder económico do utente, quer ao da farmácia levam a que a gestão de *stocks* tenha que ser feita com o maior dos cuidados, de forma a evitar perdas inusitadas e desperdício.

Na Farmácia Moderna de Tolosa, trabalha-se com dois fornecedores diários, os quais foram seleccionados de acordo com os horários de entrega e suas condições, preço praticado e condições de pagamento.

4.2. Realização, recepção e conferência de encomendas

“Na recepção das encomendas deve sempre ser confirmado o fornecedor, verificar se os produtos recepcionados vêm em boas condições e não se encontram danificados, controlar os prazos de validade” (MBPFC, 2009)

Na Farmácia Moderna, são efectuadas diariamente duas encomendas, as quais se fundamentam nos produtos vendidos no dia e naqueles que possam ter sido solicitados pelos utentes.

O Sifarma 2000 é uma mais-valia neste campo, uma vez que através da “Encomenda Diária” faz uma proposta de encomenda de todos os produtos vendidos e daqueles cujo *stock* está abaixo do limite mínimo definido na ficha do produto. A análise desta proposta de encomenda é feita pela Directora Técnica, sendo posteriormente validada e enviada via *Farmalink* para o fornecedor.

No caso de produtos esgotados ou rateados, a encomenda deverá ser feita por telefone, pois, com frequência, só assim se consegue ter acesso a determinados medicamentos.

Para além das encomendas diárias, são efectuadas pontualmente encomendas de maior volume directamente aos laboratórios farmacêuticos, de forma a manter o *stock* dos produtos com maior rotação, assim como obter condições mais vantajosas a nível financeiro. Estas encomendas são, normalmente, efectuadas a um delegado de vendas, que se desloca à farmácia.

Na Farmácia Moderna de Tolosa, é geralmente o Técnico Auxiliar que faz a recepção e conferências das encomendas, sendo sempre confirmado o fornecedor, a existência da

respectiva factura, feita a verificação das condições em que os produtos se encontram, avaliando-se a conservação e a existência de danos.

Inicia-se o processo de recepção no Sifarma 2000 pela introdução dos dados da factura/guia de remessa (número da guia, valor total da encomenda e data da mesma). Os produtos são inseridos um a um através do leitor óptico, sendo em simultâneo confirmado se o prazo de validade se encontra certo. No caso do prazo de validade ser inferior ao do *stock* da farmácia, este deve ser alterado. Se o prazo for superior ao do *stock* da farmácia, deve manter-se o prazo existente. Por fim, caso não exista *stock*, deve confirmar-se o prazo e fixá-lo de acordo com o que vem na cartonagem.

No final da recepção da encomenda, é feita a conferência da factura²⁰ com os produtos recebidos, o seu preço de facturação (PVF), bem como os respectivos preços de venda ao público (PVP).

Os MNSRM, assim como outros produtos de saúde, não têm por norma o preço afixado nas embalagens, ao invés do que acontece nos MSRM. Como tal, é necessária a marcação desses produtos. O Sifarma 2000 permite introduzir o preço de facturação (PVF) e aplicar a margem de lucro da farmácia, tudo no mesmo ecrã em que é feita a recepção da encomenda, tornando o processo mais célere.

Todas estas informações são inseridas no *software* Sifarma 2000, o que permite, em caso de devolução ou findo o prazo de validade, ser relativamente simples encontrar o fornecedor a quem se encomendou o produto, a data e o número do documento de origem, obrigatórios para prosseguir com a devolução²¹. É também através da rigorosa confirmação dos prazos de validade aquando das encomendas, que é facilitado o trabalho mensal de inventariar os produtos com prazo de validade inferior a três meses, para a sua posterior devolução ao armazenista.

Após a validação da encomenda, é feita a impressão da mesma em papel, sendo arquivada em lugar próprio juntamente ao duplicado da factura do fornecedor. Se a encomenda contiver

²⁰ A factura que acompanha a encomenda deve possuir os dados seguintes:

- Nome, morada e número de contribuinte da entidade responsável pela expedição e da farmácia;
- Número da factura e da guia de remessa;
- Data, hora, local de carga e de descarga;
- Designação dos produtos (nome comercial, código nacional, forma farmacêutica, dosagem, número de embalagens);
- Preço total;
- Preço de venda ao público (PVP), excepto nos preços a marcar na farmácia;
- Preço de venda à farmácia (PVF);
- Percentagem do imposto sobre o valor acrescentado (IVA) referente a cada produto e IVA total.

²¹ Segundo o artigo 36º do Decreto-Lei n.º 197/2012 de 24 de agosto

medicamentos psicotrópicos ou estupefacientes, o Sifarma 2000 atribui um número de entrada a essa encomenda.

A legislação em relação aos medicamentos contendo substâncias estupefacientes e psicotrópicas obriga a um registo das entradas e saída destes da farmácia, sendo necessário o envio de diversas listagens ao INFARMED, tal como apresentado na tabela 4.

Tabela 4 - Requisitos de envio obrigatório ao INFARMED²²

REQUISITOS DE ENVIO OBRIGATÓRIO AO INFARMED				
ESTUPEFACIENTES E PSICOTRÓPICOS	REGISTO DE ENTRADAS	REGISTO DE SAÍDAS	MAPA DE BALANÇO	CÓPIA DE RECEITAS
TABELAS ²³ I, II-B, II-C	Trimestralmente Até 15 dias após o termo de cada trimestre	Mensalmente Até ao dia 8 do 2º mês seguinte	Anualmente Até 31 de Janeiro do ano seguinte	Mensalmente SÓ RECEITA MANUAL Até ao dia 8 do mês seguinte
TABELAS III E IV (incluem as benzodiazepinas)	Anualmente Até 31 de Janeiro do ano seguinte	Não se aplica	Anualmente Até dia 31 de Janeiro do ano seguinte	Não se aplica
MANTER ARQUIVO DE TODOS OS DOCUMENTOS DURANTE 3 ANOS				

Todos os registos são automaticamente efectuados pelo Sifarma 2000, sendo que este gera as listagens dos registos quando pedidos.

Recentemente após confirmação da recepção da encomenda, há a possibilidade de enviar via *Farmalink* ao INFARMED, a lista de produtos pedidos mas não recebidos, constituindo um modo deste organismo controlar as dificuldades e as faltas de abastecimento às farmácias.

4.3. Critérios e condições de armazenamento

Segundo o Manual de Boas Práticas para a farmácia comunitária:

“As condições de iluminação, temperatura, humidade e ventilação das zonas de armazenamento devem respeitar as exigências específicas dos medicamentos, de outros produtos farmacêuticos, químicos, matérias-primas e materiais de embalagem;
Estas condições devem ser verificadas e registadas periodicamente.” (2009)

²² Segundo Ofício Circular n.º 5832/2012 da ANF

²³ Tabelas anexas ao DL 15/93 de 22 de Janeiro

As condições de temperatura e de humidade devem ser medidas duas vezes ao dia, assim como a temperatura do frigorífico.

Todos os produtos recebidos na farmácia com prazo de validade são armazenados conforme a regra FEFO (*first expired, first out*), ou seja, os produtos com prazo de validade menor devem encontrar-se na frente dos de validade maior, de forma a serem os primeiros a serem dispensados. No caso dos produtos sem validade indicada na embalagem, estes são armazenados de acordo com a regra FIFO (*first in, first out*), sendo dispensados primeiro aqueles que se encontrem há mais tempo na farmácia.

Os MSRM na forma farmacêutica de comprimidos ou cápsulas são armazenados em armários, separando-se os medicamentos de marca dos medicamentos genéricos. Existem dois armários para as outras formas farmacêuticas, estando separados os xaropes e soluções orais, os colírios e inaladores, pomadas e *sprays*, supositórios e comprimidos ou óvulos vaginais, injectáveis e granulados. Os produtos de uso veterinário encontram-se fechados num armário separado. Os medicamentos que necessitam de ser conservados entre os 4 e os 8°C, como alguns colírios e as insulinas encontram-se devidamente armazenados no frigorífico.

Os produtos encontram-se arrumados por ordem alfabética, do nome comercial ou do princípio activo no caso dos medicamentos genéricos. Os estupefacientes e psicotrópicos são arrumados num armário fechado à chave.

Como referido anteriormente, os MNSRM, bem como os produtos de dermocosmética, fitoterapêuticos, higiene oral, capilar, corporal e produtos de puericultura encontram-se expostos em *vitruines* na zona de atendimento da farmácia de acordo com o tipo de produto e variando a sua localização de acordo com a sazonalidade e as montras da farmácia.

4.4. Devoluções

As devoluções de produtos aos fornecedores podem ser motivadas por diversos factores, tais como a recepção de produtos não encomendados pela farmácia, produtos danificados, medicamentos cujo prazo de validade expirou ou expira brevemente (prazo de validade inferior a três meses), assim como todos os medicamentos ou outros produtos farmacêuticos cuja recolha foi ordenada pelo INFARMED, quer por alguma inconformidade detectada no lote, quer por produtos retirados do mercado.

A devolução de produtos é efectuada com auxílio do Sifarma 2000, o qual permite emitir uma nota de devolução, que contém qual ou quais os produtos a devolver e respectiva quantidade,

o motivo da devolução, os dados da farmácia e do fornecedor, e, finalmente, ao abrigo das novas normas de facturação para 2013, o número do documento de origem do produto.

A nota de devolução é impressa na em triplicado, sendo enviado o original e o duplicado, devidamente carimbados e assinados para o fornecedor, ficando o triplicado arquivado na farmácia.

A regularização das devoluções pode dar origem a vários cenários. O fornecedor pode enviar uma nota de crédito no valor do produto enviado, enviar o mesmo produto (no caso de produtos danificados), enviar outros produtos no valor do produto devolvido, ou mesmo não aceitar a devolução (por exemplo, pelo facto do laboratório não aceitar devoluções de produtos). Esta regularização é executada uma vez mais no Sifarma 2000, ficando registado o desfecho de devolução.

5. O Medicamento e outros produtos de saúde

A farmácia comunitária é o espaço indicado por lei para aquisição de medicamentos, mas é também o local de excelência para aquisição de outros produtos de saúde. Convém, portanto, ter uma visão aprofundada sobre medicamentos, suas classificações, mas também sobre os outros produtos que podem ser dispensados na farmácia de oficina.

5.1. Classificação dos medicamentos

Entende-se por “Medicamento”:

“ toda a substância ou associação de substâncias apresentada como possuindo propriedades curativas ou preventivas de doenças em seres humanos ou dos seus sintomas ou que possa ser utilizada ou administrada no ser humano com vista a estabelecer um diagnóstico médico ou, exercendo uma acção farmacológica, imunológica ou metabólica, a restaurar, corrigir ou modificar funções fisiológicas;” (DL nº 176/2006)

5.1.1. Sistemas de classificação

Existem actualmente dois sistemas principais para a classificação de medicamento, sendo estes o sistema ATC e a classificação segundo a acção farmacoterapêutica.

Na classificação ATC (Anatomical Therapeutic Chemical), as substâncias activas são divididas em diferentes grupos de acordo com o órgão ou sistema em que actuam e segundo a suas propriedades terapêuticas, farmacológicas e químicas. Os medicamentos são classificados em grupos de cinco níveis diferentes. No primeiro nível, os fármacos são divididos em catorze grupos principais, com subgrupos farmacológicos/terapêuticos (2º nível). Os níveis 3 e 4 são subgrupos químicos / farmacológico / terapêutico e o 5º nível é a substância química. Os níveis 2, 3 e 4 são frequentemente utilizados para identificar subgrupos farmacológicos quando isso é considerado mais apropriado do que subgrupos terapêuticos ou químicos. Esta é a classificação adoptada pela OMS e pela qual a classificação farmacoterapêutica portuguesa se foi adaptando.²⁴

O Despacho n.º 6914/98, de 24 de Março, do Secretário de Estado da Saúde, publicado em Diário da República, 2.ª série, n.º 97, de 27 de Abril de 1998, que aprovou a classificação farmacoterapêutica dos medicamentos, visou uma primeira aproximação da classificação oficial em Portugal à classificação ATC (Anatomical Therapeutic Chemical Code) da OMS.

Com o Despacho n.º 21 844/2004, de 12 de Outubro, foi aprovada uma nova classificação farmacoterapêutica e feita a correspondência com a classificação ATC da OMS. Esta nova classificação foi adoptada pelo Prontuário Terapêutico e pelo Formulário Hospitalar Nacional de Medicamentos, bem como nos processos de autorização de introdução no mercado de medicamentos e nos instrumentos normativos em matéria de comparticipação do Estado no preço dos medicamentos²⁵.

5.1.2. Classificação quanto à dispensa

É de extrema importância saber classificar um produto na farmácia, pois dependendo da sua classificação, dependem as regras que se aplicam à sua dispensa, ao seu aconselhamento, de forma a promover sempre um tratamento de qualidade, eficácia e segurança. Cabe ao farmacêutico fazer a clara distinção entre medicamentos e outros produtos de saúde, entre MSRM e MNSRM, de forma a promover a educação para a saúde do doente/utente da farmácia, que muitas vezes procura um medicamento, aconselhado por terceiros, sem ter a noção se este é de prescrição médica obrigatória ou não. É obrigação do farmacêutico saber remeter o doente para consulta médica quando necessário, e saber, acima de tudo, definir até onde vão as suas competências, no âmbito da saúde e do medicamento.

²⁴ In: <http://www.whocc.no>

²⁵ Ver Anexo 1

Os medicamentos são classificados quanto à dispensa segundo o Estatuto do Medicamento²⁶ de acordo com a figura 2.

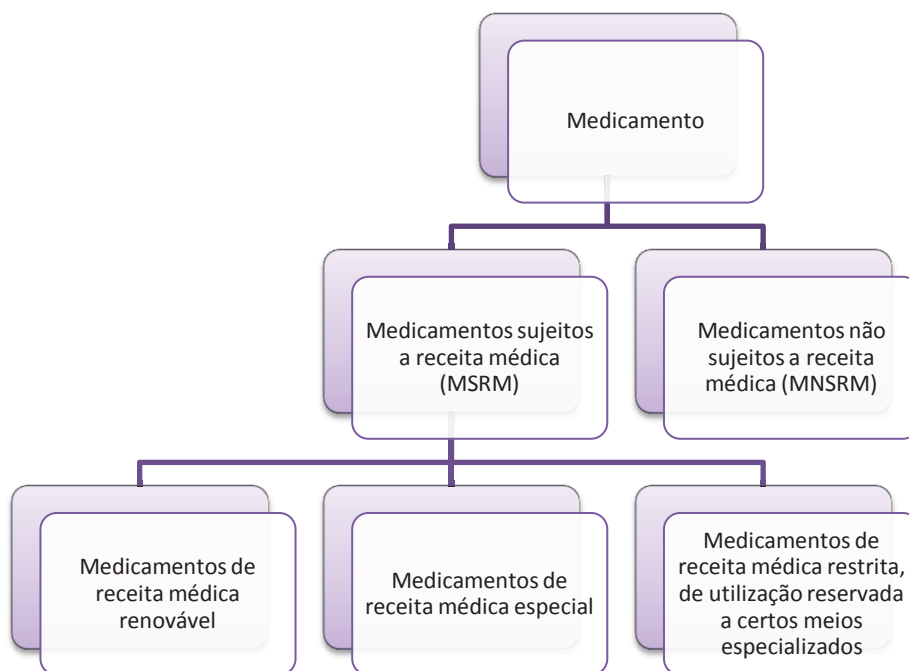


Figura 2 - Classificação dos medicamentos, quanto à dispensa ao público segundo o Estatuto do Medicamento

5.2 Medicamentos Sujeitos a Receita Médica

É da exclusiva responsabilidade da farmácia a dispensa de medicamentos sujeitos a receita médica aos utentes, assim como o aconselhamento ao seu uso. A sua dispensa está restrita à apresentação de receita médica, sendo obrigatório que o medicamento tenha um PVP (preço de venda ao público), estando todo o processo regido por diversas leis.

Segundo o Estatuto do medicamento:

“ 1 – Estão sujeitos a receita médica os medicamentos que preencham uma das seguintes condições:

- a) Possam constituir um risco para a saúde do doente, directa ou indirectamente, mesmo quando usados para o fim a que se destinam, caso sejam utilizados sem vigilância médica;
- b) Possam constituir um risco, directo ou indirecto, 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 actividade ou reacções adversas seja indispensável aprofundar;

²⁶ Decreto-Lei 176/2006 de 30 de Agosto

d) Destinem-se a ser administrados por via parentérica.

2 – As indicações, modelos ou formato a que devem obedecer as receitas médicas são aprovados por portaria do Ministro da Saúde.²⁷” (2006)

O Estatuto do Medicamento define ainda os tipos de receita médica disponíveis, e os tipos de medicamentos sujeitos a cada tipo de receita, conforme a Figura 3.

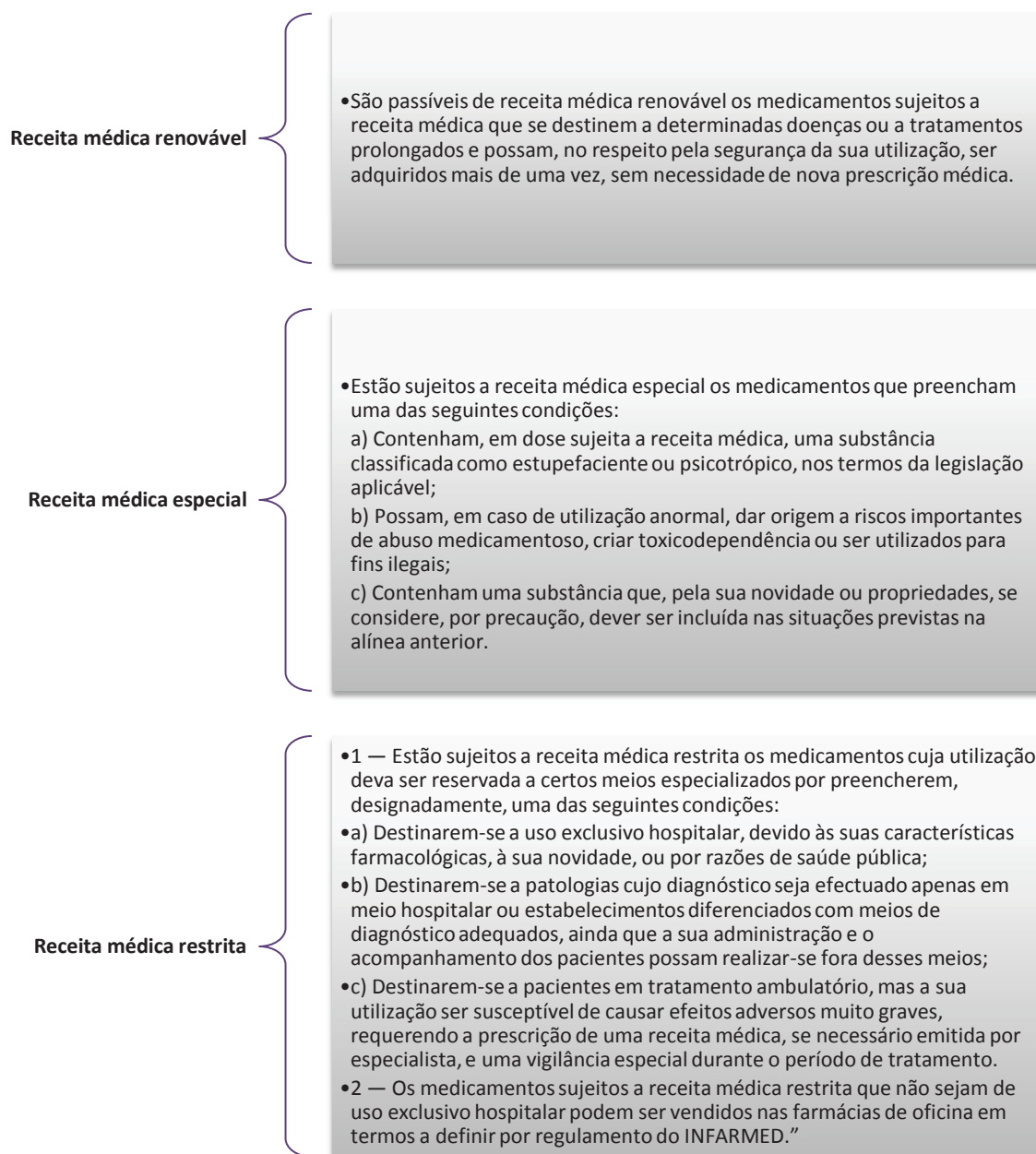


Figura 3 - Tipos de receita médica e medicamentos sujeitos a cada receita, segundo o Artigo 114º do Estatuto do Medicamento

²⁷ Ver Anexo 2

5.3. Medicamentos Não Sujeitos a Receita Medica

Segundo o Estatuto do medicamento, quando um medicamento não preenche qualquer condição prevista para ser considerado MSRM, pode ser classificado como MNSRM. Contudo, estes medicamentos têm de conter indicações terapêuticas incluídas nas situações passíveis de automedicação. Estes medicamentos não são comparticipáveis.

Os MNSRM podem ser dispensados nas Farmácias e nos Locais de Venda autorizados para o efeito, sendo o seu PVP sujeito ao regime de preços livres.

Os medicamentos homeopáticos e medicamentos tradicionais à base de plantas são considerados MNSRM, excepto se estiverem preenchidos quaisquer requisitos do Artigo 114º do Estatuto do Medicamento²⁸.

5.4. Medicamentos Genéricos

Considera-se “Medicamento Genérico”:

-“ medicamento com a mesma composição qualitativa e quantitativa em substâncias activas, a mesma forma farmacêutica e cuja bioequivalência com o medicamento de referência haja sido demonstrada por estudos de biodisponibilidade apropriados;” (DL 176/2006)

5.5. Psicotrópicos e/ou Estupefacientes

Os medicamentos contendo uma substância classificada como estupefaciente ou psicotrópica (compreendidas nas tabelas I a II anexas ao Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de Janeiro, ou qualquer das substâncias referidas no n.º 1 do artigo 86.º do Decreto-Regulamentar n.º 61/94, de 12 de Outubro), são considerados medicamentos Psicotrópicos e/ou Estupefacientes.

²⁸ Ver Figura 3

5.6. Preparações Oficiais e Magistrais

Na Farmácia Moderna de Tolosa, não se efectuaram, aquando deste estágio curricular, qualquer preparação de manipulados. Convém, no entanto, ter em atenção algumas definições sobre este tipo de produtos, presentes nas farmácias comunitárias e hospitalares.

“Medicamento Manipulado - qualquer fórmula magistral ou preparado oficial, preparado e dispensado sob a responsabilidade de um farmacêutico. “(DL nº 95/2004 de 22 de Abril)

“«Preparado 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 directamente aos doentes assistidos por essa farmácia ou serviço.” (DL 176/2006)

“Fórmula Magistral - todo o medicamento preparado numa farmácia ou serviço farmacêutico hospitalar, segundo uma receita médica que especifica o doente a quem o medicamento se destina.” (DL nº95/2004)

5.7. Medicamentos e produtos farmacêuticos homeopáticos

“ «Medicamento homeopático», medicamento obtido a partir de substâncias denominadas *stocks* ou matérias-primas homeopáticas, 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.” (DL 176/2006)

6. Dispensa de medicamentos

“a cedência de medicamentos é o acto 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 correcto uso dos medicamentos. Na cedência de medicamentos o farmacêutico avalia a medicação dispensada, com o objectivo de identificar e resolver problemas relacionados com os medicamentos (PRM), protegendo o doente de possíveis resultados negativos associados à medicação.” (MBPFC, 2009)

6.1. Recepção, validação e dispensa da prescrição médica

A venda de medicamentos sujeitos a receita médica está sujeita a diversos procedimentos, os quais estão legislados e fazem parte do Manual de Boas Práticas para a farmácia comunitária da Ordem dos Farmacêuticos.

Na Farmácia Moderna, é a Directora Técnica que faz a dispensa de MSR, delegando essa função ao Técnico, se necessário, sob a sua supervisão.

Aquando da recepção da prescrição, devem ser identificados e analisados os seguintes aspectos:

Tabela 5 - Elementos necessários à validação da prescrição médica, de forma a poderem ser dispensados os medicamentos nela contidos²⁹.

Número da receita	Verificar a existência de numeração, constituída por 19 dígitos
Identificação do prescriptor	Verificar a existência dos dados do médico e aposição de vinheta nas receitas manuais.
Dados do utente	Deve ser verificada a existência de: □ Nome e número do utente □ Número de beneficiário □ Regime especial de comparticipação de medicamentos, representado pelas letras “R” e “O”, se aplicável. - A letra “R” aplica-se aos utentes pensionistas abrangidos pelo regime especial de comparticipação. - A letra “O” aplica-se aos utentes abrangidos por outro regime especial de comparticipação identificado por menção ao respectivo diploma legal.
Identificação do medicamento	Prescrição por DCI - Denominação Comum Internacional (DCI) ou nome da substância activa - Dosagem (Dos) - Forma farmacêutica (FF) - Dimensão da embalagem (Dim) - Código representativo que agrupa, pelo menos, as seguintes características do medicamento: DCI + Dos + FF + n.º unidades - Código Nacional para a Prescrição Electrónica de Medicamentos (CNPEM) representado em dígitos e código de barras. Prescrição por marca Nos casos em que a lei permite a prescrição por nome comercial do medicamento ou do titular, a identificação do medicamento deve conter ainda: - Nome comercial do medicamento ou do respectivo titular de AIM - Número de registo do medicamento representado em dígitos e código de barras.

²⁹ Adaptado de Normas relativas à dispensa de medicamentos e produtos de saúde, INFARMED, 2012.

Posologia e duração do tratamento	O prescriptor deve especificar a dose de medicamento, o intervalo de administração, bem como, a duração do tratamento.
Comparticipações especiais	Além da identificação do utente com a letra “O”, o despacho que estabelece o regime especial de participação de medicamentos, se aplicável, tem de constar junto ao medicamento.
Número de embalagens	Em cada receita podem ser prescritos até 4 medicamentos distintos, num total de 4 embalagens por receita. No máximo, podem ser prescritas duas embalagens por medicamento. No caso dos medicamentos prescritos se apresentarem sob a forma de embalagem unitária podem ser prescritas até quatro embalagens do mesmo medicamento.
Data da prescrição	A verificação da data da prescrição é necessária para determinar a validade da receita. Receita normal - válida pelo prazo de 30 dias seguidos, contados a partir da data da sua emissão. Receita renovável - cada via tem uma validade de seis meses, contados a partir da data de emissão.
Assinatura do prescriptor	A assinatura do prescriptor é obrigatória e manuscrita.
Assinatura do utente	A assinatura do utente relativa à pretensão do exercício do direito de opção é manuscrita.

De acordo com a legislação, apesar de se encontrarem na Tabela anterior:

“Não constituem motivos para recusar o aviamento da receita, a ausência dos dados:

- Nome ou número do utente
- Data
- Entidade responsável pelo pagamento
- Assinatura do utente na frente da receita.” (INFARMED, 2012)

Se a prescrição estiver de acordo com a legislação³⁰, são identificados os medicamentos e confirmadas a forma farmacêutica, posologia, método de administração e duração do tratamento. Aquando da dispensa, é sempre interpretado o tratamento e as intenções do prescriptor, comunicando com este, geralmente via telefone, se alguma dúvida se impuser.

“Cada prescrição deve ser avaliada farmacoterapeuticamente pelo farmacêutico com base em:
Necessidade do Medicamento;
Adequação ao doente (contra indicações, interações, alergias, intolerâncias, etc.);
Adequação da Posologia (dose, frequência e duração do tratamento);
Condições do doente/ sistema para administrar o medicamento (aspectos legais, sociais e económicos) ” (MBPFC, 2009)

³⁰ De acordo com a Portaria n.º 137-A/2012, de 11 de Maio e do Despacho n.º 15700/2012. Ver Anexo 2.

Com base na avaliação da prescrição, é por vezes necessário colocar algumas questões aos utentes, explicar-lhes o objectivo do tratamento e, muitas vezes, reforçar a posologia. Este reforço, na Farmácia Moderna, é muitas vezes acompanhado da inscrição na cartonagem do medicamento da posologia, do nome do doente e “para que serve” o medicamento. Na impossibilidade de escrever na cartonagem, é colada uma etiqueta na embalagem. Este procedimento é bastante usual, principalmente tendo em conta que a maioria dos utentes da farmácia é idosa, polimedicada e com alguma dificuldade em memorizar, especialmente medicamentos novos. É comum, surgirem dúvidas sobre os medicamentos, na sua maioria por haver diferenças nas embalagens, situação que se repete, por exemplo, cada vez que o doente muda para um medicamento genérico diferente. Devido a este tipo de confusões são muitos os utentes da farmácia que se recusam a alterar a sua medicação habitual, mesmo que isso lhes custe, por vezes, mais dinheiro que o necessário.

“ No acto de dispensa do medicamento, o farmacêutico, ou o seu colaborador devidamente habilitado, deve informar o doente da existência dos medicamentos disponíveis na farmácia com a mesma substância activa, forma farmacêutica, apresentação e dosagem do medicamento prescrito, bem como sobre aqueles que são comparticipados pelo Serviço Nacional de Saúde e o que tem o preço mais baixo disponível no mercado.” (Lei 11/2012)

As receitas médicas são processadas no Sifarma 2000, o qual é um auxílio, impedindo e/ou diminuindo a ocorrência de erros na dispensa dos medicamentos prescritos. É também facilitado o dever de informar o doente sobre as opções que pode tomar em relação ao seu tratamento, uma vez que o *software* dispõe de informação sobre todos os medicamentos existentes no mercado, sendo actualizado periodicamente.

Depois de confirmado o tratamento e de terem sido tomadas em conta as opções do doente, são dispensados os medicamentos e feito o processamento da receita no sistema informático. É impresso o verso da receita³¹, que deve ser assinado pelo doente e é emitida uma factura.

Após a dispensa, a receita médica é sempre verificada, habitualmente pelo técnico e, posteriormente, pela Directora Técnica (correção cruzada), de forma a acautelar algum erro que possa ter surgido.

Um caso particular da dispensa de MSRM é a prescrição de medicamentos psicotrópicos e estupefacientes. Estes são sujeitos a um controlo excepcional, sendo necessário, para além de todo o procedimento normal, fazer a identificação do adquirente da receita, do médico prescriptor e registar esses dados para o cumprimento da legislação já abordada neste relatório.

³¹ O Verso da receita deve estar de acordo com o publicado no Despacho n.º 15700/2012. Ver Anexo 3

6.2. Subsistemas de saúde e entidades comparticipadoras

Os MSRM são, na maioria dos casos sujeitos a comparticipação. Assim, uma parte ou a totalidade do custo dos medicamentos é paga por uma entidade específica, pagando o utente a diferença entre este valor e o valor do PVP do medicamento.

Na Farmácia Moderna, a grande parte dos utentes beneficia da comparticipação do SNS (Sistema Nacional de Saúde), havendo alguns casos de outras entidades comparticipadoras, como seja o caso dos SAMS/ SBSI (Sindicato dos Bancários Sul e Ilhas), CGD (Caixa Geral de Depósitos) e Fidelidade Multicare. Nestes casos, a comparticipação pode ser apenas dessa entidade ou em conjugação com o SNS.

Segundo o Decreto-Lei nº48-A/2010, de 13 de Maio, existe a possibilidade de comparticipação de medicamentos através de um regime geral ou de um regime especial.

No regime geral de comparticipação, o Estado paga uma percentagem do preço dos medicamentos, de acordo com quatro escalões, Escalão A - 90%, Escalão B - 69%, Escalão C - 37%, Escalão D - 15% consoante a sua classificação farmacoterapêutica.

No regime especial de comparticipação, a comparticipação pode ser efectuada em função dos beneficiários. No caso dos pensionistas do regime especial, a comparticipação do Estado no preço dos medicamentos do escalão A é acrescida de 5% (95%) e é acrescida de 15% nos escalões B (84%), C (52%) e D (30%). A comparticipação do Estado no preço dos medicamentos para estes pensionistas é, ainda, de 95% para o conjunto dos escalões, para os medicamentos cujos preços de venda ao público sejam iguais ou inferiores ao 5.º preço mais baixo do grupo homogéneo³² em que se inserem.

A comparticipação do Estado no preço de medicamentos utilizados no tratamento de determinadas patologias ou por grupos especiais de utentes é definida por despacho do membro do Governo responsável pela área da Saúde. A comparticipação do medicamento pode ser restringida a determinadas indicações terapêuticas fixadas no diploma que estabelece a comparticipação, sendo que para assegurar o seu cumprimento, o prescriptor deve mencionar na receita expressamente o diploma correspondente junto ao medicamento.

³² Um grupo homogéneo é um conjunto de medicamentos (originais e genéricos) bioequivalentes entre si. IN: <<http://www.apogen.pt>>

Os diplomas legais que conferem a comparticipação especial a certos medicamentos encontram-se listados no documento *Dispensa exclusiva em Farmácia Oficina*³³.

Existem ainda casos especiais como o da Diabetes Mellitus, em que os utentes beneficiam de um protocolo que estabelece uma comparticipação fixa às tiras-teste para determinação de glicémia, cetonémia e cetonúria, assim como às agulhas, seringas e lancetas destinadas ao controlo da diabetes. Esta comparticipação é de 85% do preço de venda ao público (PVP) das tiras-teste e 100% das agulhas, seringas e lancetas, sendo que para efeitos de inclusão no regime de comparticipações, estes produtos estão sujeitos a um preço máximo de venda ao público. Estas receitas são submetidas a um regime de comparticipação particular e não podem conter na mesma receita outros produtos ou medicamentos que não os abrangidos pelo protocolo.

7 - Interação Farmacêutico-Utente-Medicamento

7.1 Interação com o utente

“ Nas relações com os utentes o farmacêutico deve observar a mais rigorosa correcção, cumprindo escrupulosamente o seu dever profissional e tendo sempre presente que se encontra ao serviço da saúde pública e dos doentes.” (DL 288/2001)

A informação ao doente é essencial para o uso racional dos medicamentos³⁴ e para o sucesso da terapêutica, evitando desperdícios e encargos desnecessários com cuidados de saúde. A interação com o doente deve pautar-se pelo profissionalismo e pela capacidade de adequação do discurso e das ferramentas disponíveis para a prestação de informação, tendo em conta as particularidades de cada doente. A informação ao utente deve ser simples, clara e compreensível, recorrendo, se necessário, a frases orientadas para a acção. (MBPFC, 2009)

³³ Disponível em:

<http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/MEDICAMENTOS_USO_HUMANO/AVALIACAO_E_CONOMICA_E_COMPARTICIPACAO/MEDICAMENTOS_USO_AMBULATORIO/MEDICAMENTOS_COMPARTICIPADOS/Dispensa_exclusiva_em_Farmacia_Oficina>

³⁴ Define-se uso racional dos medicamentos como: “Utilização do medicamento seleccionado, dispensado correctamente, tomado na altura e dose certas, com intervalos e duração adequados. O fármaco deve ser efectivo e com relação positiva benefício/risco e benefício/custo. O uso racional dos medicamentos tem como finalidade a promoção de uma prescrição racional e do uso correcto dos medicamentos.” (MBPFC, 2009)

O Farmacêutico deverá informar o utente, assegurar a segurança, eficácia e qualidade do tratamento, assegurando a este o sigilo profissional a que é obrigado ao abrigo do seu Código Deontológico. (DL 288/2001)

Deve ser permitido ao utente a toma de decisões informadas sobre o seu tratamento, sendo dever do farmacêutico encorajá-lo a um uso racional do medicamento, assim como à procura de informação sobre os seus problemas de saúde e medicamentos. Toda a informação solicitada acerca da sua medicação deve ser explicada ao doente, nomeadamente o equilíbrio que irá existir entre os resultados esperados e alguns efeitos secundários que possam ocorrer bem como potenciais contra-indicações existentes. (MBPFC, 2009)

O Farmacêutico deve fornecer toda a informação necessária relativamente ao armazenamento correcto e conservação dos medicamentos, dando especial atenção à temperatura e condições sob a qual o medicamento deve ser conservado, reforçando essa ideia no caso de medicamentos que necessitem de conservação no frigorífico.

Embora o uso racional do medicamento tenha também como objectivo evitar desperdícios, o farmacêutico deve informar o doente sobre o reencaminhamento dos medicamentos se o prazo de validade expirar ou se já não necessitar deles.

É com a consciência da especificidade do medicamento e dos seus resíduos que o farmacêutico deve incentivar os utentes a trazer para a farmácia não só os medicamentos fora de prazo, como aqueles que já não lhe são necessários, blisters e embalagens usadas. Para o depósito destes resíduos, a Farmácia Moderna possui um contentor da VALORMED³⁵ na zona de atendimento, visível ao público, o que tem incentivado a uma adesão cada vez maior dos utentes à reciclagem de medicamentos.

³⁵ “A VALORMED foi licenciada pelos Ministérios do Ambiente e da Economia para a gestão do Sistema Integrado de Gestão de Resíduos de Embalagens de Medicamentos - SIGREM. Embora o Sector do Medicamento represente menos de 0,5% dos Resíduos Sólidos Urbanos, o projecto VALORMED justifica-se em termos de saúde pública e ambiental.

Os cuidados especiais exigidos na manipulação dos medicamentos aconselham a que os respectivos resíduos tenham um sistema seguro de recolha, em contentores devidamente identificados e invioláveis. O material recolhido é objecto de um processo de triagem, sendo reencaminhados para reciclagem todo o material de embalagem susceptível deste tipo de tratamento ambiental.

Em 2007 o âmbito de intervenção da VALORMED foi alargado não só para os resíduos de embalagens de medicamentos e produtos equiparados recolhidos em farmácias comunitárias, mas também para resíduos de embalagens de medicamentos separados em farmácias hospitalares, resíduos de embalagens de venda provenientes das devoluções das farmácias e distribuidores, bem como resíduos de embalagens de medicamentos e produtos de uso veterinário.” IN: <<http://www.valormed.pt>>.

7.2. Farmacovigilância

“Definição: A Farmacovigilância é a actividade de saúde pública que tem por objectivo a identificação, quantificação, avaliação e prevenção dos riscos associados ao uso dos medicamentos em comercialização, permitindo o seguimento dos possíveis efeitos adversos dos medicamentos.” (MBPFC, 2009)

“A farmacovigilância visa, assim, contribuir para um melhor conhecimento do perfil de segurança dos medicamentos, para uma utilização mais racional dos mesmos e, conseqüentemente, para a defesa da saúde pública.

São objectivos da farmacovigilância: i) monitorizar a segurança dos medicamentos na prática clínica; ii) identificar precocemente possíveis reacções adversas; iii) avaliar a relação benefício-risco dos medicamentos e as implicações para a saúde pública; iv) intervir para minimizar o risco e maximizar o benefício; v) transmitir aos profissionais de saúde e ao público em geral informação sobre dados de segurança; vi) monitorizar o impacto das acções desenvolvidas.” (INFARMED, 2008)

A Farmacovigilância é um dos deveres do farmacêutico. A segurança do medicamento deve ser monitorizada após a obtenção da Autorização de Introdução no Mercado. A farmacovigilância também é referida como Ensaio Clínico de Fase IV, permitindo estudar os riscos e os benefícios de um determinado medicamento, ao longo de um maior período de tempo e num maior número de doentes do que em fases anteriores do desenvolvimento clínico.

No decorrer deste estágio curricular, foi notificada uma reacção adversa para o Infarmed. Foi preenchido o formulário *online* no Portal RAM³⁶, no qual foi necessário colocar a descrição da reacção adversa, a identificação do medicamento suspeito de ter provocado tal reacção, a informação da pessoa que sofreu a reacção (sexo, idade, peso, altura e evolução do caso), assim como os dados do notificador, neste caso a Directora Técnica da Farmácia Moderna. Em dois dias foi recebido um telefonema do INFARMED, a confirmar mais alguns dados, sobretudo sobre medicação concomitante e sobre o medicamento implicado no caso.

³⁶ “O Portal RAM é uma plataforma que permite a recolha de informação sobre suspeitas de reacções adversas a medicamentos (RAM). A notificação de reacções adversas por profissionais de saúde ou utentes é fundamental para a monitorização contínua da segurança dos medicamentos.” In: <<https://extranet.infarmed.pt/page.seram.frontoffice.seramhomepage>>.

8 - Indicação farmacêutica

A indicação farmacêutica é um acto profissional, no qual o farmacêutico se responsabiliza pela selecção de MNSRM e pela indicação de medidas não farmacológicas para a resolução ou alívio de um problema de saúde do doente. A perturbação de saúde em questão deve ser considerada como um transtorno menor ou sintoma menor de um problema de saúde não grave, autolimitante e de curta duração. O problema de saúde não deverá apresentar relação com manifestações clínicas de outros problemas de saúde do doente. (MBPFC, 2009)

Nas situações que não se enquadrem no acima referido, o farmacêutico têm o dever de remeter o doente para diagnóstico médico.

O farmacêutico é muitas vezes o primeiro profissional de saúde ao qual os doentes se dirigem, sendo esta situação bastante comum na Farmácia Moderna, acentuada pela dificuldade em ter acesso a cuidados médicos na localidade. A procura de alívio ou resolução de diarreias, vômitos, tosse e rouquidão, estomatites (principalmente em crianças), queimaduras solares e picadas de insectos, dores (em geral), astenia e febre são os casos mais regulares na Farmácia Moderna.

O facto deste estágio curricular ter decorrido no período de verão condicionou, decerto, os problemas de saúde que foram aparecendo na farmácia. Por vezes, não há a necessidade de indicação de algum tipo de medicamento, como é o caso das diarreias agudas, em que a recomendação de hidratação é a principal indicação, caso não haja motivos que levem à suspeita de algum tipo de diarreia mais complicada.

No final do estágio, com a chegada do tempo mais frio, começaram a aparecer mais frequentemente utentes com tosse e rouquidão, congestão nasal e constipações. Em todos estes casos o farmacêutico deve intervir, entrevistando cada doente a fim de recolher informação sobre o seu problema de saúde, da sua duração e da sua possível ligação a outros problemas de saúde.

Nos casos em que se verificam as condições para instaurar um tratamento ao doente, cabe ao farmacêutico fazer a selecção do MNSRM a utilizar, de acordo com o historial do doente, das suas morbilidades, e dentro do possível, dentro das suas preferências. Devem ser realçadas as indicações necessárias para promover o uso racional do medicamento, proporcionando ao doente toda a informação necessária (posologia, duração do tratamento, modo de administração, precauções de utilização, contra indicações, interacções, efeitos indesejáveis e reacções adversas).

8.1. Automedicação

“A automedicação é a utilização de medicamentos não sujeitos a receita médica (MNSRM) de forma responsável, sempre que se destine ao alívio e tratamento de queixas de saúde passageiras e sem gravidade, com a assistência ou aconselhamento opcional de um profissional de saúde.” (Despacho n.º 17690/2007)

Em Portugal, o mercado de medicamentos não sujeitos a receita médica (MNSRM) foi liberalizado em 2005, com a autorização de venda destes medicamentos fora das farmácias e o estabelecimento de um regime de preços livre, salvaguardando as regras da concorrência.

O Despacho n.º 17690/2007, que revoga o anexo ao despacho n.º 2245/2003, de 16 de Janeiro, aprova a Lista de situações passíveis de automedicação³⁷, sendo que: “O uso de MNSRM é actualmente uma prática integrante do sistema de saúde.”

9 - Aconselhamento e dispensa de outros produtos de saúde

Na Farmácia Moderna, não existe um leque muito grande de outros produtos de saúde, uma vez que esta se situa numa localidade relativamente pequena e com uma população bastante idosa. No entanto, há alguma procura de determinados produtos, os quais serão analisados de seguida.

9.1. Produtos de dermofarmácia, cosmética e higiene

“ «Produto cosmético» qualquer substância ou preparação 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 aspecto, proteger, manter em bom estado ou de corrigir os odores corporais.” (DL 189/2008)

É apresentada, no Anexo I do Decreto-Lei 189/2008 de 24 de Setembro a lista indicativa por categorias ou modos de apresentação de produtos cosméticos³⁸.

³⁷ Ver Anexo 4

Na gama de dermocosmética, são de presença habitual na Farmácia Moderna os cremes de rosto e de corpo, indicados para os diferentes tipos de pele, incluído peles atópicas ou no caso de psoríase. Os produtos de protecção solar foram dos mais dispensados devido à sua sazonalidade coincidir com o período de verão em que decorreu o estágio curricular. A nível de produtos de higiene, existem uma série de produtos capilares, sabonetes e geles-duche, assim como produtos para a higiene oral.

Estes produtos são muitas vezes procurados para problemas de dermatites (como a dermatite da fralda), acne, pele oleosa ou seca, queimaduras de primeiro grau (solares e outras), herpes labial, queda de cabelo, caspa, entre outras.

Aquando da procura destes produtos, a directora técnica ou o técnico de farmácia procuram informar o utente sobre os diversos tipos de produtos disponíveis, a forma correcta de aplicação, possíveis efeitos adversos, assim como outro tipo de aconselhamento sobre o produto ou o problema relacionado.

9.2. Produtos dietéticos para alimentação especial

Segundo o Decreto-lei 74/2010 de 21 de Junho, que estabelece o regime geral aplicável aos géneros alimentícios destinados a uma alimentação especial:

“ consideram-se géneros alimentícios destinados a uma alimentação especial os géneros alimentícios que, devido à sua composição especial ou a processos especiais de fabrico, se distinguem claramente dos alimentos de consumo corrente, são adequados ao objectivo nutricional pretendido e comercializados com a indicação de que correspondem a esse objectivo.”

Segundo o mesmo Decreto-Lei, a alimentação especial corresponde às necessidades nutricionais especiais de:

- a) Pessoas cujo processo de assimilação ou cujo metabolismo se encontrem perturbados;
- b) Pessoas que se encontram em condições fisiológicas especiais e que, por esse facto, podem retirar benefícios especiais de uma ingestão controlada de determinadas substâncias contidas nos alimentos;
- c) Lactentes ou crianças de pouca idade em bom estado de saúde.”

³⁸ Ver Anexo 5

Os produtos de alimentação especial incluem alimentos e leites para bebé, alimentos dietéticos, alimentos sem glúten e alimentos para diabéticos, entre outros.

Alguns destes produtos são comparticipados a 100%, sendo necessário que estes produtos sejam prescritos isoladamente, ou seja, a receita médica não pode conter outros medicamentos / produtos. A lista dos produtos de alimentação especial comparticipados, assim como as doenças a que se destinam estão disponíveis no *site* da DGS³⁹.

9.3. Produtos dietéticos infantis

Segundo a OMS, embora o desejável seja o aleitamento materno exclusivo durante o primeiro semestre de vida, o aleitamento por um menor período ou o aleitamento parcial têm também um efeito benéfico. É ainda desejável que o aleitamento materno prossiga ao longo de todo o programa de diversificação alimentar, mantendo-o até que o lactente e a mãe o desejem.

Os benefícios para a saúde do bebé com o aleitamento materno exclusivo durante os primeiros 6 meses de vida já se encontram bem demonstrados cientificamente. É aconselhada a diversificação da alimentação a partir dos 5 - 6 meses de vida, tendo em conta aspectos nutricionais e de desenvolvimento do lactente, de modo a suprir adequadamente o lactente em nutrientes e a permitir uma transição entre a alimentação láctea exclusiva e a alimentação familiar (a partir dos 12 meses).

Um dos primeiros alimentos a ser introduzido é o cereal, sob a forma de farinha. Estas podem ser lácteas (devendo ser reconstituídas com água) ou não lácteas e, neste caso, devem ser reconstituídas com leite materno ou com o leite que o lactente está a tomar. Podem ainda ser isentas de glúten (se elaboradas a partir de milho, arroz ou frutos). (Acta Pediatr Port, 2012)

Quando o leite materno não é suficiente ou por algum motivo a mãe não pode amamentar até aos 6 meses de idade, é necessária a introdução de fórmulas para lactentes. O Comité de Nutrição da Sociedade Francesa de Pediatria recomenda, na ausência de leite materno, a utilização de uma fórmula hipoalergénica, durante os primeiros 6 meses de vida, em lactentes de risco alérgico. (*Arch Pediatr*, 2007)

³⁹ In: <<http://www.dgs.pt/pagina.aspx?back=1&mid=5005&codigono=651266676670AAAAAAAAAAAA>>

Apesar da população de Tolosa não contar com muitas crianças dos 0 aos 3 anos, os leites e as papas estão disponíveis na Farmácia Moderna, embora com pouca diversidade. Geralmente, quando um lactente necessita de um leite em pó, a Farmácia passa a possuir esse leite no seu *stock*, para além do *stock* normal. Os leites em pó dividem-se em leites para lactentes (0-6 meses), leites de transição (6-12 meses) e leites de crescimento (12-36 meses). Além destes existem leites destinados a corrigir problemas específicos do lactente, como sejam os leites hipoalergénicos (HA), anti-regurgitantes (AR), anticólicas (AC), antidiarreicos (AD) e antiobstipação (AO). É importante, principalmente no início deste tipo de alimentação, o farmacêutico recomendar alguns cuidados, como sejam a esterilização dos biberons, tetinas e todo o material que possa ser utilizado para a preparação do leite, bem como o uso de água fervida para tal preparação, consoante as instruções da embalagem.

A situação que acontece com os leites repete-se com as papas, com a agravante destas se encontrarem muitas vezes à venda fora das farmácias. Apesar desta situação, é com frequência que as mães recorrem ao farmacêutico no início da diversificação alimentar, a fim de esclarecer algumas dúvidas e/ou problemas.

9.4. Fitoterapia e suplementos nutricionais (nutracêuticos)

Entende-se a Fitoterapia como uma ciência com bases milenares, que se baseia no uso de agentes activos extraídos de plantas inteiras ou de partes destas. (Grünwald et al., 2009)

Na Farmácia Moderna de Tolosa, a fitoterapia encontra-se escassamente representada, provavelmente por causa do género de população (idosa), assim como do facto de se encontrar no interior, numa zona rural. A maioria da população tem toda uma elevada experiência de chás e “mezinhas”, muitas vezes herdadas durante gerações, e faz a produção das suas plantas para o seu uso tradicional. Cabe, assim, ao farmacêutico ter um cuidado redobrado, aquando da dispensa de medicamentos, já que chás e “mezinhas” podem comprometer uma terapêutica, uma vez que nem sempre “o que é natural, não faz mal”. Ao longo dos últimos anos, muito se tem estudado e muito se tem descoberto sobre interacções e efeitos secundários dos medicamentos à base de plantas, devendo o seu uso ser provido da mesma segurança e racionalidade que os restantes medicamentos.

Existem na Farmácia Moderna alguns chás, como o chá de sene (para a obstipação), assim como os comprimidos à base de valeriana e/ou passiflora usados no tratamento da insónia e ansiedades ligeiras.

“ «Suplementos alimentares», os 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, estemes ou combinadas, comercializadas em forma doseada, tais como cápsulas, pastilhas, comprimidos, pílulas e outras formas semelhantes, saquetas de pó, ampolas de líquido, frascos com contagotas e outras formas similares de líquidos ou pós que se destinam a ser tomados em unidades medidas de quantidade reduzida.” (DL n.º 136/2003).

Em relação aos suplementos alimentares, estes variam desde a simples Vitamina C, aos suplementos alimentares para alívio do cansaço físico e mental (comprimidos e ampolas), emagrecimento ou tratamento dos sintomas e sinais relacionados com a insuficiência venosa (pernas pesadas, dor, cansaço, edema).

9.5. Medicamentos de uso veterinário

O facto de se encontrar numa zona rural, leva algumas pessoas a dirigirem-se à farmácia quando há algum problema com animais, sejam estes de estimação ou de produção.

Para os animais de estimação são principalmente procurados os desparasitantes de uso externo, em forma de coleiras, *sprays* ou soluções para unção punctiforme, assim como desparasitantes intestinais (comprimidos, solução ou pasta).

Quanto aos animais de produção, é hábito a farmácia possuir *stock* de antibióticos, vacinas para prevenção da mixomatose e doença vírica hemorrágica nos coelhos e alguns tipos de vitaminas. Estes medicamentos são normalmente solicitados pelo veterinário ao dono dos animais, quando o próprio veterinário não possui os produtos que são necessários para o caso em questão. Embora alguns destes medicamentos sejam sujeitos a receita do veterinário, como no caso dos antibióticos, nenhum destes medicamentos tem qualquer tipo de comparticipação.

Os medicamentos de uso veterinário (MUV) encontram-se legislados pelo Decreto-Lei n.º 232/99, de 24 de Junho, que estabelece as normas relativas ao fabrico, autorização de introdução no mercado, armazenamento, comercialização e utilização de produtos de uso veterinário.

9.6. Dispositivos médicos

“Os dispositivos médicos são importantes instrumentos de saúde, frequentemente utilizados por profissionais e por não profissionais. O seu impacto na saúde das populações e, consequentemente, na despesa com os cuidados de saúde é cada vez mais significativo.” (INFARMED, 2008)

“ «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 meios, destinado pelo fabricante a ser utilizado em seres humanos para fins de:

- i) Diagnóstico, prevenção, controlo, tratamento ou atenuação de uma doença;
- ii) Diagnóstico, controlo, tratamento, atenuação ou compensação de uma lesão ou de uma deficiência;
- iii) Estudo, substituição ou alteração da anatomia ou de um processo fisiológico;
- iv) Controlo da concepção.” (DL 145/2009)

Os dispositivos médicos estão divididos em quatro classes de risco: Dispositivos médicos de classe I (baixo risco); Dispositivos médicos de classe IIa (médio risco); Dispositivos médicos de classe IIb (médio risco); Dispositivos médicos classe III (alto risco). (DL n.º 145/2009)

Existem na Farmácia Moderna diversos dispositivos médicos, desde material ortopédico (ex. canadianas, meias compressão, cintas, pulsos, joelhos e pés elásticos etc.), pediátrico (ex. chupetas) e higiénico (ex. escova de dentes, fio dental), a artigos de penso e material de uso parentérico (ex. seringas).

10. Outros Cuidados de Saúde prestados na Farmácia

“A determinação dos parâmetros bioquímicos e fisiológicos permite a medição de indicadores para avaliação do estado de saúde do doente.” (MBPFC, 2009)

A Portaria n.º 1429/2007 de 2 de Novembro, define os serviços farmacêuticos que podem ser prestados pelas farmácias:

“ As farmácias podem prestar os seguintes serviços farmacêuticos de promoção da saúde e do bem-estar dos utentes:

- a) Apoio domiciliário;
- b) Administração de primeiros socorros;
- c) Administração de medicamentos;
- d) Utilização de meios auxiliares de diagnóstico e terapêutica;
- e) Administração de vacinas não incluídas no Plano Nacional de Vacinação;
- f) Programas de cuidados farmacêuticos;
- g) Campanhas de informação;

h) Colaboração em programas de educação para a saúde.”

Na Farmácia Moderna, os serviços prestados a população, limitam-se às medições de glicémia capilar, colesterol e pressão arterial, uma vez que não existe uma sala própria e privada onde se possam realizar outros cuidados farmacêuticos.

Como referido anteriormente, perante a escassez de médico de família e a dificuldade em se deslocarem a outras localidades para fazer análises, alguns utentes controlam a sua pressão arterial, glicémia e/ou colesterol na Farmácia.

A monitorização da pressão arterial é um serviço gratuito, realizado através de um aparelho automático que fornece os valores relativos à pressão sistólica, pressão diastólica e frequência cardíaca.

A determinação da glicémia é realizada com um aparelho medidor de glicémia, através de punção capilar, executada com uma lanceta descartável e deposição de uma gota de sangue na tira-teste que foi previamente introduzida no aparelho.

A determinação do colesterol é realizada de forma semelhante, sendo que o equipamento de leitura usado é diferente, assim como as tiras reactivas. É de salientar a obrigatoriedade do uso de luvas em todos os procedimentos que envolvam sangue, bem como a eliminação de resíduos que são descartados para um contentor amarelo, o qual é recolhido periodicamente na farmácia por uma empresa especializada no tratamento de resíduos hospitalares.

11 - Preparação de Medicamentos

“A preparação de fórmulas magistrais ou de preparados officinais só pode ser realizada pelo farmacêutico director técnico ou sob a sua supervisão e controlo.” (Portaria n.º 594/2004)

Como já foi referido anteriormente, não foi efectuado no decurso deste estágio curricular qualquer preparação magistral ou de preparado oficial. No entanto, a farmácia dispõe de um pequeno laboratório, tal como o material legalmente exigido, tal como referido na Tabela 2 do presente relatório.

Todos os medicamentos manipulados, assim como as matérias-primas têm que estar registadas na farmácia de acordo com a legislação em vigor. Para as preparações efectuadas, devem ser registados o número de lote, as substâncias utilizadas e respectivo lote, modo de

preparação, dados do utente e do prescriptor, controlo da qualidade, prazos de utilização e condições de conservação, bem como o cálculo do respectivo preço de venda ao público. Todos os medicamentos manipulados na farmácia têm que possuir um rótulo de acordo com a legislação.

As matérias-primas utilizadas na preparação de medicamentos manipulados devem possuir um boletim analítico, o qual comprove que as mesmas cumprem com os requisitos da farmacopeia onde a respectiva matéria-prima se encontra descrita. Este boletim deve ficar arquivado na farmácia. (MBPFC, 2009)

Outros aspectos regulamentados dizem respeito às substâncias que podem ou não ser usadas na preparação de um medicamento manipulado⁴⁰, quais as Farmacopeias e formulários reconhecidos pelo INFARMED⁴¹, e, por fim, o cálculo do preço do medicamento manipulado.⁴² Os medicamentos manipulados podem ser comparticipados em 30% do seu preço, devendo para isso ser prescritos por um médico, em receita médica normal, na qual não podem constar outros medicamentos que não o medicamento manipulado.⁴³

12. Contabilidade e Gestão na Farmácia

12.1. Processamento de Receituário e Facturação

O processamento do receituário é uma actividade de grande importância para a Farmácia, uma vez que dele depende grande parte dos seus rendimentos. Este procedimento deve iniciar-se no balcão da farmácia, assim que se recepciona a receita, verificando-a atentamente.

Aquando do atendimento, a receita é classificada no sistema informático como referente a um determinado organismo de comparticipação. Assim, no final do atendimento, o Sifarma 2000 atribui à receita um número e um lote, sendo impresso no verso da receita, o documento de facturação. Este documento inclui vários dados:

- “a) Identificação da farmácia;
- b) Assinatura do farmacêutico;
- c) Data da dispensa dos medicamentos na farmácia;
- d) Preço total de cada medicamento dispensado, valor total da receita, encargo do utente em valor por medicamento e respectivo total,

⁴⁰ Deliberação n.º 1498/2004, 7 de Dezembro

⁴¹ Deliberação n.º 1504/2004, de 7 de Dezembro

⁴² Portaria n.º 769/2004, de 1 de Julho

⁴³ Despacho n.º 18694/2010, 18 de Novembro

comparticipação do Estado em valor por medicamento e respectivo total, número de registo dos medicamentos dispensados em caracteres e código de barras;

e) Espaço dedicado à declaração pelo utente da dispensa dos medicamentos, onde conste a frase: «Declaro que me foram dispensadas as nn,nn embalagens de medicamentos constantes na receita e prestados os conselhos sobre a sua utilização»;

f) Espaço dedicado à declaração pelo utente em relação ao não exercício do direito de opção: «Declaro que não exerci direito de opção»;

g) Espaço dedicado à declaração pelo utente do seu direito de opção: «Declaro que exerci o direito de opção para medicamento com preço superior ao 5.º mais barato»;

h) Espaço dedicado à declaração pelo utente do seu direito de opção no caso de prescrição com justificação técnica destinada a assegurar continuidade terapêutica de tratamento superior a 28 dias: «Declaro que exerci direito de opção por medicamento mais barato que o prescrito para continuidade terapêutica de tratamento superior a 28 dias»;

i) No verso da receita a farmácia deverá apor ainda o respectivo carimbo de identificação.” (Despacho n.º 15700/2012)

Após a venda, as receitas são guardadas numa gaveta. Estas são conferidas diariamente, sendo organizadas por organismo e por lotes de 30 receitas. No momento da conferência da receita, deve-se ter especial atenção à sua validade, à existência da assinatura do médico prescriptor e do utente, à correspondência entre os medicamentos dispensados e os aos prescritos, observando, em particular, a dimensão da embalagem e a existência ou não de grupo homogéneo para esse medicamento.

A importância da conferência baseia-se na segurança para o utente (que é imediatamente contactado no caso de se detectar qualquer erro na dispensa), mas sobretudo por causa do valor de participação, pois se for detectado algum erro na receita por parte do organismo participante (no caso do SNS, pelo centro de conferência de receituário) o valor da participação não é reembolsado à farmácia.

Como foi dito anteriormente, a cada lote correspondem 30 receitas, sendo que ao fim destas se inicia um novo lote. Ao completar um lote, são emitidos os verbetes de identificação do lote, nos quais constam:

“a) Nome e código da farmácia (número de código fornecido pelo INFARMED, l. P.);

b) Mês e ano da respectiva factura;

c) Tipo e número sequencial do lote;

d) Quantidade de receitas;

e) Quantidade de etiquetas;

f) Importância total do lote correspondente ao PVP;

g) Importância total do lote paga pelos utentes;

h) Importância total do lote a pagar pelo Estado.” (Portaria nº 193/2011)

Os valores deste verbete são comparados aos valores das receitas do mesmo, sendo efectuada uma segunda conferência às receitas. Por fim, o verbete é carimbado e anexado ao lote a que se refere.

No final de cada mês, efectua-se o fecho dos lotes, para que no mês seguinte se inicie uma nova série. Emite-se uma relação-resumo de lotes de cada organismo que inclui:

- “a) Nome e código da farmácia (número de código fornecido pelo INFARMED, I. P.);
- b) Mês e ano da respectiva factura;
- c) Número da folha, relativo ao total de folhas da relação-resumo dos lotes;
- d) Dados informativos, discriminados por lotes e transcritos dos respectivos verbetes de identificação:
- i) Tipo e número sequencial do lote;
- ii) Importância total dos lotes correspondente ao PVP;
- iii) Importância total dos lotes paga pelos utentes;
- iv) Importância total dos lotes a pagar pelo Estado.” (Portaria nº 193/2011)

É, também, emitida a factura mensal, em quadruplicado, na qual constam:

- “a) Identificação da entidade adquirente, nos termos do CIVA, correspondente à ARS da área da farmácia;
- b) Indicação de que se trata de documento de original ou duplicado;
- c) Nome e código da farmácia (número de código fornecido pelo INFARMED, I.P.);
- d) Número da factura;
- e) Data da factura, correspondente ao último dia do mês do fornecimento dos medicamentos (dd.mm.aaaa);
- f) Número fiscal;
- g) Total do número de lotes;
- h) Total do número de lotes, por tipo;
- i) Importância total, por tipo de lote, correspondente ao PVP;
- j) Importância total, por tipo de lote, paga pelos utentes;
- k) Importância total, por tipo de lote, a pagar pelo Estado;
- l) Importância total do PVP;
- m) Importância total paga pelos utentes;
- n) Importância total a pagar pelo Estado;
- o) Assinatura.” (Portaria nº 193/2011)

Até ao dia 5 do mês seguinte, as receitas relativas ao SNS são remetidas pelas farmácias ao Centro de Conferência de Facturas da Maia (CCF) do Sistema Nacional de Saúde - Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), juntamente com os verbetes de identificação de lote, a relação-resumo de lotes e a factura mensal em duplicado. Posteriormente o receituário enviado pela farmácia é conferido pelo Centro de Conferência de Facturas e, caso não existam irregularidades, a ANF paga à farmácia o valor respeitante à comparticipação dos medicamentos por parte do Estado Português, sendo a ANF depois reembolsada pela ARS. O tratamento das receitas relativas a outros organismos participantes é igual ao anteriormente descrito, excepto o facto de neste caso os vários lotes de receitas e os respectivos documentos serem enviados, até ao dia 10, à ANF, que funciona como intermediário entre a Farmácia e os organismos participantes. A ANF paga à Farmácia os valores relativos às comparticipações dos diferentes organismos, sendo posteriormente reembolsada pelos mesmos. É, também, impresso em duplicado um mapa

comprovativo da entrega do receituário do mês, e envia-se à ANF, sendo, posteriormente, devolvido à Farmácia pela ANF o duplicado desse documento.

Caso se verifiquem erros nas receitas, que não tenham sido detectados na conferência das mesmas, o Centro de Conferência de Facturas envia à Farmácia uma relação-resumo contendo o valor das desconformidades, a justificação destas desconformidades e as receitas, as facturas e a relação-resumo do lote e os verbetes de identificação do lote a que correspondem as desconformidades. Depois de corrigidas as receitas com erros, estas podem entrar na facturação do mês seguinte. As farmácias podem reclamar das receitas que foram devolvidas, mas que na realidade estavam correctas, até um prazo máximo de 40 dias após o envio das receitas com erros.

12.2 Aspectos Fiscais^{44, 45}

Em Portugal, os impostos dividem-se em Impostos directos e indirectos. Impostos directos são aqueles que tributam manifestações directas ou imediatas de riqueza (ex: IRS, IRC), sendo indirectos os impostos que tributam manifestações indirectas ou mediatas de riqueza (ex: o IVA). O Imposto sobre o Valor Acrescentado (IVA) encontra-se dependente do valor das compras e vendas mensais, sendo pago trimestralmente.

Em relação aos documentos contabilísticos, importa clarificar:

Factura é um documento sem valor contabilístico que apresenta uma lista discriminada de bens ou serviços vendidos e seus respectivos preços. A factura deve ser emitida até ao 5º dia útil após a realização da operação, por isso pode ou não acompanhar a mercadoria.

Recibo é o documento emitido no acto de aquisição de um bem ou serviço, que regista e comprova o pagamento do mesmo.

Guia de remessa é o documento que acompanha a mercadoria e serve para o comprador proceder à conferência dos artigos recebidos.

Nota de débito é o documento que rectifica positivamente o valor da factura, quando o vendedor, por lapso, se esqueceu de mencionar alguma despesa por conta do comprador ou errou algum cálculo. Tal como a nota de débito, também a nota de crédito é emitida pelo vendedor para rectificar o valor da factura, só que neste caso para menos.

⁴⁴ IN: <http://www.instituto-camoes.pt/lextec/por/domain_3/index/17849.html>

⁴⁵ ESTÊVÃO, C. (2007) Textos de Apoio ao Módulo Prática em Contexto de Formação.

O Inventário consiste na relação dos elementos patrimoniais com a indicação do seu valor. Proceder ao inventário consiste em analisar os elementos de um dado património, descrevê-los e atribuir-lhes um valor.

O Balancete é um quadro recapitulativo de todas as contas do razão⁴⁶, onde consta a soma do débito e do crédito de cada conta, bem como os respectivos saldos (devedor ou credor). A soma dos totais dos débitos e dos créditos tem que ser igual, coincidindo também com o total do diário. Os balancetes são documentos que servem para verificar e conferir o trabalho contabilístico feito no diário e no razão. Normalmente fazem-se balancetes mensais que são designados balancetes de verificação.

Balanco é o documento que revela a situação patrimonial da empresa, a composição e o valor do património, em determinado momento. O Balanço compara o activo com o passivo, representa o balanceamento entre aquelas massas patrimoniais e evidencia a sua diferença, isto é, o Capital Próprio ou a situação líquida.

A contabilidade da Farmácia Moderna de Tolosa é assegurada por uma empresa externa.

13. Conclusão

O estágio em farmácia comunitária é o passo final para a conclusão do MICF. É através deste estágio que as capacidades técnico-científicas do futuro farmacêutico são testadas em ambiente profissional, sendo também este o início da escolha do caminho a seguir pelo quase farmacêutico.

Esta experiência foi, neste caso particular, talvez menos empolgante que para os colegas do MICF, devido à minha experiência de trabalho anterior em farmácia comunitária.

Foi, no entanto, percorrido todo o caminho que o estagiário deve percorrer, sendo iniciado pelas encomendas e recepção de produtos, marcação de preços, revisão de prazos de validade e todos os procedimentos necessários à recepção e armazenamento de produtos farmacêuticos.

⁴⁶ O Razão é registo dos factos patrimoniais agrupados por conta. Cada conta representa um fólio. Utiliza-se o razão geral para as contas colectivas ou de 1º grau e os razões auxiliares para as contas de 2º, 3º e mais graus. O razão é um registo sistemático, é o livro das contas. (ESTÊVÃO, 2007)

Após o período de habituação ao espaço e às pessoas, foi iniciado o atendimento ao balcão, nas vendas com e sem receita médica, sendo dada especial atenção ao aconselhamento à população, contribuindo deste modo para um uso mais seguro e eficaz dos medicamentos.

Foram executados os procedimentos de medição de parâmetros bioquímicos e fisiológicos que muitas vezes ajudam o doente a controlar os seus problemas de saúde, como é o caso da medição de pressão arterial (gratuita), bastante utilizada pela população visto ser incerta a prestação de serviço no centro de saúde da localidade.

Como já foi referido, este não foi o primeiro contacto com o ambiente profissional, mas foi mais uma forma de desenvolver competências, pois a aprendizagem é contínua. O facto de ter havido a alteração do *software* para o Sifarma 2000 abriu todo um novo leque de opções que não se encontravam disponíveis anteriormente.

No final deste estágio curricular, é minha forte convicção que o farmacêutico não é apenas o “especialista do medicamento”, sendo muitas vezes o ponto de apoio de uma população cujas dificuldades aumentam, quer com o ambiente económico que se faz sentir, quer com a localização no interior de Portugal, neste caso em particular. Haverá sempre uma dúvida, uma confusão, um pedido de apoio ao qual o farmacêutico deve saber responder prontamente, pois na maioria das vezes ele é o profissional de saúde mais acessível à população. É pela população em geral e pelo doente, em especial, pela sua segurança e saúde que o farmacêutico deve empenhar-se em continuar a fazer sempre mais e melhor.

14. Bibliografia

Monografias e Artigos

Comissão de Nutrição da SPP. (2012) Alimentação e nutrição do lactente. *Acta Pediátrica Portuguesa*. Vol.43 nº2 Set/Out. ISSN: 0873-9781

COMITÉ DE NUTRITION DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE PÉDIATRIE.(2007) Evidence-based dietetics: what has to be kept in mind for the prescription of infant formulae and follow-on formulae in 2007th?. *Arch Pediatr*; vol 14: 370-3755

GLINTT. (2011) *Manual Funcional do Sifarma 2000*. Versão: 2.8.2. Glintt

GLINTT. (2010) *Manual Componente Profissional*. Glintt

GRÜNWALD J, et al. (2009) *A farmácia verde*. 1ª edição. München: Everest editora. ISBN: 9789895003488

INFARMED. (2008) *INFARMED 15 anos: olhar o passado, projectar o futuro*. ISBN: 978-972-8425-90-6

INFARMED. (2012) *Normas relativas à dispensa de medicamentos e produtos de saúde*. Versão 1.0. Infarmed.

PIMENTA, ME, et al. (2013) *Guia dos Impostos em Portugal 2013*. Quid Juris ISBN: 9789727246311

SOARES MA. (2002) *Medicamentos não prescritos: Aconselhamento farmacêutico*. 2ª edição. Lisboa: Publicações Farmácia Portuguesa, Associação Nacional das farmácias; vol. 1 e 2. ISBN: 9789729857980

GRUPO DE REVISÃO DAS BOAS PRÁTICAS FARMACÊUTICAS PARA A FARMÁCIA COMUNITÁRIA. *Boas Práticas Farmacêuticas para a farmácia comunitária* (2009), Conselho Nacional da Qualidade, Ordem dos Farmacêuticos, ISBN:

Fontes Legislativas e Judiciais

ANF, Ofício Circular n.º 5832/2012 de 6 de Junho de 2012

DECRETO-LEI n.º 48-A/2010. *D.R. 1ª Série*, n.º93 de 13 de Maio de 2010

DECRETO-LEI n.º 54/2010. *D.R. 1ª Série*, n.º 104 de 28 de Maio

DECRETO-LEI n.º 74/2010. *D.R. 1ª Série*, n.º 118 de 21 de Junho de 2010

DECRETO-LEI n.º 95/2004. *D.R. 1ª Série*, n.º 95 de 22 de Abril de 2004

DECRETO-LEI n.º 112/2011. *D.R. 1ª Série*, n.º 229 de 29 de Novembro de 2011

DECRETO-LEI n.º 136/2003. *D.R. 1ª Série* n.º 147 de 28 de Junho

DECRETO-LEI n.º 145/2009. *D.R. 1ª Série* n.º 115 de 17 de Junho

DECRETO-LEI n.º 184/97. *D.R. 1ª Série n.º 171* de 26 de Julho

DECRETO-LEI n.º 189/2008. *D.R. 1ª Série n.º 185* de 24 de Setembro

DECRETO-LEI n.º 197/2012. *D.R. 1ª Série n.º 164* de 24 de agosto

DELIBERAÇÃO N.º 021/CD/2011 do INFARMED, de 27 de Janeiro de 2011

DELIBERAÇÃO n.º 414/CD/2007, do INFRMED de 29 de Outubro de 2007

DELIBERAÇÃO n.º 1498/2004, 7 de Dezembro. *D.R. 2ª série, n.º 303*, de 29 de Dezembro de 2004

DELIBERAÇÃO n.º 1500/2004, 7 de Dezembro. *D.R. 2ª série, n.º 303*, de 29 de Dezembro de 2004

DELIBERAÇÃO n.º 1504/2004, 7 de Dezembro. *D.R. 2ª Série, n.º 304*, de 30 de Dezembro de 2004

DESPACHO n.º 15700/2012. *D.R. 2ª Série n.º 238* de 10 de Dezembro de 2012

DESPACHO n.º 17690/2007, de 23 de Julho. *D.R. 2ª Série, n.º 154*, de 10 de Agosto de 2007

DESPACHO n.º 18694/2010. *D.R. 2ª Série, n.º 242*, de 18 de Novembro de 2010.

DESPACHO n.º 21 844/2004, de 12 de Outubro. *D.R. 2ª Série, n.º 131*, de 6 de Junho de 2004

ESTATUTO DO MEDICAMENTO, Decreto-Lei n.º 176/2006. *D.R. 1ª Série n.º 167* de 30 de Agosto de 2006

LEI n.º 11/2012, *D.R. 1ª Série n.º 49* de 8 de Março

PORTARIA n.º 137-A/2012. *D.R. 1ª Série n.º 49* de 11 de Maio

PORTARIA n.º 193/2011 *D.R. 1ª Série n.º 93* de 13 de Maio

PORTARIA n.º 594/2004, *D.R. 1ª Série n.º 129* de 2 de Junho

PORTARIA n.º 1429/2007. *D.R. 1ª Série n.º 211* de 2 de Novembro

Fontes electrónicas

Análise da Aplicação Informática: SIFARMA (*Documento adaptado de trabalho realizado por Pedro Ivo Mota, Março 2004*) [Em linha] [Consult. 2013-08-29]. Disponível em [www: <URL:http://www.dsi.uminho.pt/~jac/documentos/exemploanaliseati.pdf](http://www.dsi.uminho.pt/~jac/documentos/exemploanaliseati.pdf)

ANF - Associação Nacional das Farmácias. [Em linha] [Consult. 2013-08-20]. Disponível em [www: <URL: http://www.anf.pt>](http://www.anf.pt)

APOGEN. *Glossário*. [Em linha] [Consult. 2013-07-20]. Disponível em [www: <URL: http://www.apogen.pt>](http://www.apogen.pt)

DGS. *Produtos Dietéticos com Caráter Terapêutico*. [Em linha] [Consult. 2013-08-30]. Disponível em [www: <URL: http://www.dgs.pt/pagina.aspx?back=1&mid=5005&codigono=651266676670AAAAAAAAAAAAA>](http://www.dgs.pt/pagina.aspx?back=1&mid=5005&codigono=651266676670AAAAAAAAAAAAA).

ESTÊVÃO, C. (2007) *Textos de Apoio ao Módulo Prática em Contexto de Formação*. [Em linha] [Consult. 2013-08-27]. Disponível em [www: <URL: http://www.forma-te.com/mediateca.html>](http://www.forma-te.com/mediateca.html)

INFARMED. *Dispensa exclusiva em Farmácia Oficina*. [Em linha] [Consult. 2013-08-20]. Disponível em [www: <URL: http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/MEDICAMENTOS_USO_HUMANO/AVALIACAO_ECONOMICA_E_COMPARTICIPACAO/MEDICAMENTOS_USO_AMBULATORIO/MEDICAMENTOS_COMPARTICIPADOS/Dispensa_exclusiva_em_Farmacia_Oficina>](http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/MEDICAMENTOS_USO_HUMANO/AVALIACAO_ECONOMICA_E_COMPARTICIPACAO/MEDICAMENTOS_USO_AMBULATORIO/MEDICAMENTOS_COMPARTICIPADOS/Dispensa_exclusiva_em_Farmacia_Oficina).

INFARMED. *Legislação Farmacêutica Compilada*. [Em linha] [Consult. 2013-07-03]. Disponível em [www: <URL: http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/LEGISLACAO/LEGISLACAO_FARMACEUTICA_COMPILADA>](http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/LEGISLACAO/LEGISLACAO_FARMACEUTICA_COMPILADA).

INFARMED, (2012) *Normas relativas à dispensa de medicamentos e produtos de saúde*. [Em linha] [Consult. 2013-07-30]. Disponível em [www: <URL: http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/MEDICAMENTOS_USO_HUMANO/PRESCRICAO_DISPENSA_E_UTILIZACAO/20130117_NORMAS_DISPENSA_vFinal.pdf>](http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/MEDICAMENTOS_USO_HUMANO/PRESCRICAO_DISPENSA_E_UTILIZACAO/20130117_NORMAS_DISPENSA_vFinal.pdf).

INFARMED. Sobre o INFARMED - Apresentação [Em linha] [Consult. 2013-08-24] Disponível em
www:

<URL:http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/SOBRE_O_INFARMED/APRESENTACAO>.

INFARMED. [Em linha] [Consult. 2013-08-20]. Disponível em www: <URL:
http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/CONTACTOS/ATENDIMENTO_ESPECIALIZADO/CENTRO_DE_INFORMACAO>

LEXTEC. [Em linha] [Consult. 2013-08-27]. Disponível em www: <URL: http://www.instituto-camoes.pt/lextec/por/domain_3/index/17849.html>

ORDEM DOS FARMACÊUTICOS. [Em linha] [Consult. 2013-08-20]. Disponível em www: <URL:
http://www.ordemfarmaceuticos.pt/scid//ofWebInst_09/defaultCategoryViewOne.asp?categoryId=2015>

PORTAL RAM. [Em linha] [Consult. 2013-08-28]. Disponível em www: <URL:
<https://extranet.infarmed.pt/page.seram.frontoffice.seramhomepage>>.

VALORMED. [Em linha] [Consult. 2013-08-28]. Disponível em www:
<URL:http://www.valormed.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=26&Itemid=84>.

SANTOS, H.J., et al. (2007) *Introdução ao Seguimento Farmacoterapêutico*. [Em linha] Lisboa:
Grupo de Investigação em Cuidados Farmacêuticos da Universidade Lusófona. [Consult. 2013-
09-02]. Disponível em www: <URL:http://www.pharmcare.pt/wp-content/uploads/file/Int_cud_farm.pdf>.

WHO: Structure and Principles of ATC. [Em linha] [Consult. 2013-08-20]. Disponível em www:
<URL: http://www.whocc.no/atc/structure_and_principles/>

Adequação do Método Dáder no seguimento farmacoterapêutico em doentes hipertensos
institucionalizados num Lar de Idosos.

Capítulo 2

1. Introdução

1.1. Epidemiologia do envelhecimento

Conforme referiu Alfred Sauvey: “O século XXI é o Século do Envelhecimento!”. O envelhecimento da população é hoje um dos fenómenos demográficos mais preocupantes nas sociedades modernas devido às suas implicações na esfera social e económica, para além das modificações que se reflectem a nível individual e em novos estilos de vida. Em 2011, 19% da população portuguesa era composta por idosos, prevendo-se que esta proporção volte a duplicar nos próximos 45 anos, representando, em 2050, 32% do total da população. (INE, 2011)

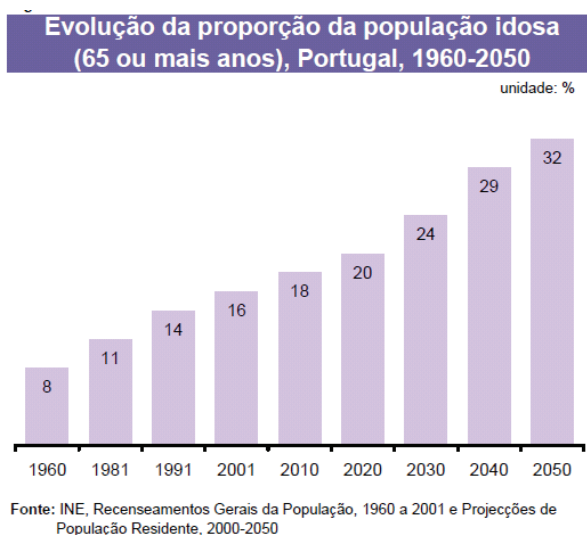


Figura 4 - Previsão da evolução da proporção da população idosa entre 1960-2050 segundo o INE

Portugal mantém a tendência de envelhecimento demográfico, com a redução dos efectivos populacionais jovens, como resultado da baixa da natalidade, a par com o acréscimo do número de pessoas idosas, devido ao aumento da esperança de vida. (INE, 2011)

Os desafios provenientes deste envelhecimento demográfico são muitos, tendo sido debatidos na II Assembleia Mundial do Envelhecimento realizada em Madrid em 2002. Desta assembleia surgiram muitas recomendações para assegurar uma sociedade voltada para todas as idades.

“As pessoas, em todos os lugares, devem envelhecer com dignidade e segurança, desfrutando da vida através da plena realização de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais.” (UNFPA, 2012)

A II Assembleia Mundial sobre Envelhecimento, realizada em Madrid, Espanha, em 2002, para tratar dos desafios trazidos pelo rápido envelhecimento da população, adoptou o Plano de Acção Internacional para o Envelhecimento, cujo enfoque foi o de promover a integração entre envelhecimento e desenvolvimento, promover a saúde e o bem-estar nessa fase específica da vida e assegurar ambientes acolhedores, que estimulem a autonomia.

Segundo o relatório da assembleia de Madrid, em todo o Mundo, mais de 46% das pessoas com 60 anos ou mais apresentam incapacitações. Mais de 250 milhões de idosos apresentam incapacitação moderada a grave nessa fase da vida.

O aumento crescente da actividade profissional entre as mulheres, tradicionalmente prestadoras dos cuidados informais, a complexidade das sociedades modernas e o progressivo aumento do número de pessoas idosas, levaram a uma procura maior das instituições prestadoras de cuidados formais.

1.2. O doente geriátrico institucionalizado

Perante a realidade, irrefutável, do envelhecimento da população, as recomendações internacionais apontam para encarar o envelhecimento das sociedades como um desafio e uma oportunidade. Em 2001, cerca de 57 mil pessoas idosas encontravam-se institucionalizados em convivências de apoio social, saúde e religiosas, representando quase 4% da população idosa total em Portugal. (INE, 2007)

Segundo Gonçalves, C.- 2003, a viuvez era o estado civil predominante na população residente em convivências de apoio social, especialmente entre as mulheres, em consequência de uma estrutura etária bastante envelhecida. Os níveis de qualificação académica eram bastante baixos: a maioria dos idosos institucionalizados era analfabeta ou detinha apenas o 1º ciclo do ensino básico. A situação de *reformado* era a mais comum, constituindo a *pensão ou reforma* o principal meio de vida.

Os doentes geriátricos apresentam-se como consumidores de cerca de 30 a 50% de todos os fármacos prescritos, sendo na maioria dos casos, doentes polimedicados. (Stegemann et al, 2010; Swanlund, 2010; Nash et al., 2000; Sancar et al., 2011)

Segundo a OMS, estima-se que 50% de todos os medicamentos são prescritos, dispensados ou vendidos de forma inapropriada e que 50% dos doentes não os utilizam de forma correcta, sendo urgente a promoção do uso mais racional do medicamento. Estudos anteriores

revelaram que mais de 50% dos fármacos prescritos em Cuidados de Saúde Primários não têm indicação e que em 55% dos idosos em ambulatório e 25% dos institucionalizados não foram prescritos fármacos considerados necessários.

Estima-se mesmo que 97% dos idosos institucionalizados e 61% dos idosos em ambulatório consomam pelo menos um fármaco inapropriado. Atendendo às mudanças nas funções vitais, presença de várias doenças e polimedicação associada, os doentes geriátricos constituem, um grupo de doentes vulnerável, desenvolvendo reacções adversas graves, muitas delas evitáveis (Delafuente, 2003). Num estudo efectuado por Gurwitz et al (2003), verificou-se que cerca de 95% das reacções adversas associadas à medicação são previsíveis e que 28% destas são facilmente contornáveis. Atendendo ao facto de o número de idosos que requerem de cuidados médicos a longo prazo estar a aumentar, verifica-se também uma maior afluência destes aos lares, para que aí recebam os cuidados de que necessitam. (Crespin et al., 2010)

Os idosos que residem em lares apresentam predisposição para erros de medicação. Aproximadamente 75% dos idosos apresentam algum nível de comprometimento cognitivo e 61% dos residentes tomam nove ou mais fármacos por dia. (Crespin et al, 2010)

Aos idosos institucionalizados são administrados diariamente muitos medicamentos, sendo esta tarefa dependente de enfermeiros ou técnicos auxiliares sem formação adequada, estando ao cuidado destes, entre outros, a administração de fármacos em crises agudas.

1.3. A hipertensão arterial

Segundo a Organização Mundial de Saúde, a hipertensão arterial (HTA) é responsável, pelo menos, por 45% das mortes por doença cardíaca e 51% das mortes por acidente vascular cerebral, sendo que as doenças cardiovasculares são responsáveis por cerca de 17 milhões de mortes anualmente (cerca de um terço do total de mortes).

A crescente prevalência da hipertensão é atribuída ao crescimento populacional, ao envelhecimento e aos factores de risco comportamentais, como alimentação inadequada, uso nocivo do álcool, a falta de actividade física, excesso de peso e exposição ao *stress* persistente.

Segundo estudo da Sociedade Portuguesa de Hipertensão (SPH), aproximadamente 42% da população portuguesa é hipertensa, aumentando este valor para 74% para a população com mais de 64 anos. (2013)

A pressão arterial (PA) é medida em milímetros de mercúrio (mm Hg), sendo registada com dois números sucessivos. O primeiro número é a pressão arterial sistólica (PAS)⁴⁷ e o segundo a pressão diastólica (PAD)⁴⁸. A pressão arterial normal no adulto é definida como uma PAS de 120 mm de Hg e uma PAD de 80 mm de Hg.

A hipertensão arterial é definida como uma pressão sanguínea sistólica igual ou superior a 140 mm de Hg e/ou pressão sanguínea diastólica igual ou acima de 90 mm de Hg. Os níveis normais de ambas a pressão arterial sistólica e a diastólica são particularmente importantes para a função eficiente de órgãos vitais, como o coração, o cérebro e os rins e para a saúde geral e bem-estar.

Tabela 6- Classificação da hipertensão arterial segundo as Guidelines ESH/ESC 2013

Categoria	Sistólica (mmHg)		Diastólica (mmHg)
Ótima	<120	e	<80
Normal	120-129	e/ou	80-84
Normal-alta	130-139	e/ou	85-89
Hipertensão grau 1	140-159	e/ou	90-99
Hipertensão grau 2	160-179	e/ou	100-109
Hipertensão grau 3	≥180	e/ou	≥110
Hipertensão sistólica isolada	≥140	e	<90

Segundo a Direcção Geral de Saúde (DGS)⁴⁹, para haver o diagnóstico de HTA, é necessário que a PA se mantenha elevada nas medições realizadas em, pelo menos, duas diferentes consultas, com um intervalo mínimo entre elas de uma semana. Em cada consulta deve medir-se a PA, pelo menos duas vezes, com um intervalo mínimo entre elas de um a dois minutos, sendo registadas no processo clínico o valor mais baixo registado da PAS e da PAD.

“ A medição da PA deve obedecer às seguintes premissas:
i. efectuada em ambiente acolhedor;
ii. realizada sem pressa;
iii. com o doente sentado e relaxado, pelo menos, durante 5 minutos;
iv. com a bexiga vazia;

⁴⁷ PAS - a maior pressão nos vasos sanguíneos e acontece quando o coração se contrai.

⁴⁸ PAD - a menor pressão nos vasos sanguíneos entre batimentos cardíacos, quando o músculo do coração relaxa.

⁴⁹ DGS. Norma 020/2011, de 28/09/2011. Actualizada a 19/03/2013

- v. não ter fumado nem ingerido estimulantes (café por exemplo) na hora anterior;
- vi. com o membro superior desnudado;
- vii. usando braçadeira de tamanho adequado;
- viii. medição sistemática no membro superior em que foram detectados valores mais elevados da PA na primeira consulta.” (DGS, 2013)

A medição da PA no idoso deve ser efectuada com o doente em pé, devido ao maior risco de hipotensão postural neste grupo.

De salientar que o diagnóstico da HTA é feito apenas pelo médico, sendo o controlo da PA feito apenas após esse diagnóstico. O controle pode ser feito por enfermeiros, farmacêuticos ou mesmo pelo próprio doente através de medições feitas em ambulatório ou em casa.

1.3.1. Tratamento da HTA

As decisões sobre o início do tratamento dependem não apenas dos valores da PA, mas também do risco cardiovascular global. A European Society of Cardiology (ESC) estratifica o risco cardiovascular global em quatro categorias. Um risco baixo, moderado, alto e muito alto. Esta classificação tem em conta um risco a 10 anos de um episódio cardiovascular, seja este fatal ou não fatal.

Pressão arterial (mmHg)					
Outros factores de risco, LO ou doença	Normal PAS 120-129 ou PAD 80-84	Normal alta PAS 130-139 ou PAD 85-89	HT Grau 1 PAS 140-159 ou PAD 90-99	HT Grau 2 PAS 160-179 ou PAD 100-109	HT Grau 3 PAS >180 ou PAD >110
Ausência de outros factores de risco	Risco moderado	Risco moderado	Risco acrescido baixo	Risco acrescido moderado	Risco acrescido alto
1-2 factores de risco	Risco acrescido baixo	Risco acrescido baixo	Risco acrescido moderado	Risco acrescido moderado	Risco acrescido muito alto
3 ou mais factores de risco, SM, LO ou Diabetes	Risco acrescido moderado	Risco acrescido alto	Risco acrescido alto	Risco acrescido alto	Risco acrescido muito alto
DCV confirmada ou doença renal	Risco acrescido muito alto	Risco acrescido muito alto	Risco acrescido muito alto	Risco acrescido muito alto	Risco acrescido muito alto

PAS: pressão arterial sistólica; PAD: pressão arterial diastólica; DCV: doença cardiovascular; HT: hipertensão. LO: lesão subclínica de órgão; SM: síndrome metabólica.

Figura 5- Estratificação do risco cardiovascular em quatro categorias de risco acrescido (ESC, 2007)

Nem todos os pacientes diagnosticados com hipertensão necessitam de medicação, mas os de médio e alto risco podem necessitar de um ou mais medicamentos para reduzir o seu risco cardiovascular, como por exemplo: um diurético tiazídico, um inibidor da enzima de conversão da angiotensina - IECA, antagonista do cálcio de longa duração - BECA, um bloqueador adrenérgico-beta - BB, metformina, insulina, estatina e /ou aspirina. (ESH/ESC, 2013)

Segundo a ESC, o início do tratamento para a redução da PA, deve ser decidido com base no nível de PAD e PAS, mas também o nível do risco cardiovascular global.

A figura seguinte ilustra as recomendações da ESC em relação ao início do tratamento, tendo em conta os vários níveis de PAD, PAS, os níveis de risco cardiovascular global, a presença de diabetes e doença cardiovascular ou renal estabelecida.

EXAMES DE ROTINA					
Outros factores de risco, LO ou doença	Normal PAS 120-129 ou PAD 80-84	Normal /alta PAS 130-139 ou PAD 85-89	HT Grau 1 PAS 140-159 ou PAD 90-99	HT Grau 2 PAS 160-179 ou PAD 100-109	HT Grau 3 PAS \geq 180 ou PAD \geq 110
Risco moderado Sem outros factores de risco	Não intervir na PA	Não intervir na PA	Alterações no estilo de vida durante vários meses e depois tratamento farmacológico se a PA não estiver controlada	Alterações no estilo de vida durante várias semanas e depois tratamento farmacológico se a PA não estiver controlada	Alterações no estilo de vida + tratamento farmacológico imediato
1-2 factores de risco	Alterações no estilo de vida	Alterações no estilo de vida	Alterações no estilo de vida durante várias semanas e depois tratamento farmacológico se a PA não estiver controlada	Alterações no estilo de vida durante várias semanas e depois tratamento farmacológico se a PA não estiver controlada	Alterações no estilo de vida + tratamento farmacológico imediato
\geq 3 factores de risco, SM ou LO	Alterações no estilo de vida	Alterações no estilo de vida e considerar tratamento farmacológico	Alterações no estilo de vida + tratamento farmacológico	Alterações no estilo de vida + tratamento farmacológico	Alterações no estilo de vida + tratamento farmacológico imediato
Diabetes	Alterações no estilo de vida	Alterações no estilo de vida + tratamento farmacológico	Alterações no estilo de vida + tratamento farmacológico	Alterações no estilo de vida + tratamento farmacológico	Alterações no estilo de vida + tratamento farmacológico imediato
Doença cardiovascular ou renal estabelecida	Alterações no estilo de vida + tratamento farmacológico imediato	Alterações no estilo de vida + tratamento farmacológico imediato	Alterações no estilo de vida + tratamento farmacológico imediato	Alterações no estilo de vida + tratamento farmacológico imediato	Alterações no estilo de vida + tratamento farmacológico imediato

LO: lesão de órgão; SM: síndrome metabólica.

Figura 6 - Recomendações da ESC em relação ao início do tratamento, tendo em conta os vários níveis de PAD, PAS, os níveis de risco cardiovascular global, a presença de diabetes e doença cardiovascular ou renal estabelecida. (ESC, 2007)

Segundo a Norma da DGS de 2013, o tratamento da hipertensão arterial tem como objectivo, a curto prazo, a redução e controlo da pressão arterial para valores inferiores a 140/90 mm Hg, desde que sejam tolerados e não estejam contra-indicados. É ainda recomendado que as intervenções sobre o estilo de vida do doente sejam sistematicamente integradas no tratamento da hipertensão arterial.

As alterações do estilo de vida devem ser aplicadas a todos os doentes, incluindo os que necessitam de tratamento farmacológico, com o objectivo de reduzir a PA, mas também controlar outros factores de risco cardiovascular e reduzir o número ou as doses de fármacos anti-hipertensores necessários. (ESC, 2007)

As alterações do estilo de vida mais recomendadas passam pelo abandono do tabagismo, redução e estabilização do peso, redução da ingestão excessiva de álcool e sal, a prática de exercício físico, assim como o aumento de ingestão de frutas e legumes, diminuindo a ingestão de gorduras saturadas e totais.

Na Norma da DGS relativa à abordagem de terapêutica da HTA, estão referenciados os fármacos de primeira linha para os diferentes graus de hipertensão, as terapêuticas preferenciais em função de lesões ou patologias presentes⁵⁰ e as contra indicações absolutas e relativas ao tratamento anti-hipertensor⁵¹.

Os principais benefícios da terapêutica anti-hipertensora, devem-se à redução da PA *per se*. As 5 classes de medicamentos de primeira linha - diuréticos tiazídicos, BECAs, IECAs, Antagonistas dos Receptores da Angiotensina (ARAs) e BBs - são apropriados para o início e continuação da terapêutica, isolados ou em combinação. Na escolha do medicamento adequado, deve ter-se em conta o historial do doente, os seus factores de risco cardiovascular, a presença de doença CV, doença renal ou diabetes, as possíveis interações com fármacos que o doente esteja a tomar, assim como o custo do medicamento. De realçar, no entanto, que o custo do medicamento nunca deve prevalecer sobre a eficácia, a tolerância e a protecção do doente. (ESC, 2007)

O efeito da terapêutica anti-hipertensora deve persistir por 24 horas, sendo verificado por medições da PA no consultório, em casa ou monitorizada em ambulatório.

⁵⁰ Ver Anexo 6

⁵¹ Ver Anexo 7

Os fármacos que permitem uma única toma diária (efeito anti-hipertensor de 24 horas), serão preferíveis, uma vez que um esquema simples de tratamento favorece a adesão do doente ao tratamento, factor indispensável ao sucesso do mesmo.

A monoterapia, no entanto, permite alcançar a PA-alvo apenas num número limitado de doentes, sendo muitas vezes necessária uma terapia combinada. Encontram-se disponíveis diversas combinações de fármacos eficazes e bem toleradas.

A monoterapia como tratamento inicial, pode ser utilizada para doentes com elevação ligeira da PA e com RCV global baixo ou moderado.

Para doentes com PA inicial de grau 2 ou 3 ou com RCV global alto ou muito alto, é preferível a combinação de dois fármacos de baixa dose como primeiro passo do tratamento, existindo no mercado combinações fixas de medicamentos que podem simplificar o regime de tratamento e, assim, favorecer a adesão do doente. Nalguns doentes, em que a PA não se encontra controlada com dois medicamentos, pode ser necessária a combinação de três ou mais fármacos. (ESC, 2007)

Em doentes hipertensos sem complicações e, especialmente, no doente idoso, a terapia anti-hipertensora deve ser iniciada de forma gradual.

A recomendação de reduzir a PAS para valores inferiores a 150mmHg em indivíduos idosos com PAS superior a 160mmHg é baseada na evidência. Segundo as Guidelines da ESH/ESC 2013 parece haver benefícios na redução da PA por tratamento anti-hipertensivo em idosos. Para idosos com menos de 80 anos, o tratamento anti-hipertensor destina-se a atingir valores inferiores a 140mmHg (dependendo da condição do indivíduo).

Os benefícios no tratamento e controlo da PA em pessoas com mais de 60 anos de idade, com redução da PAS em 15 mmHg e da PAD em 6 mmHg são:

- “ (i) redução da mortalidade total em 15%;
- (ii) redução da mortalidade CV em 36%;
- (iii) redução da incidência de AVC em 35%;
- (iv) redução de doença coronária em 18%. ” (DGS, 2013)

Assim sendo, é conclusão das várias instituições acima citadas que o controle e tratamento da HTA é de extrema importância na redução da morbilidade e mortalidade provocadas pela HTA, assim como na redução do desenvolvimento, morbilidade e mortalidade das doenças cardiovasculares. No doente idoso, o aumento da PAS é um factor de risco mais importante que a elevação da PAD. Os benefícios demonstrados pelo tratamento anti-hipertensivo em

doentes com idade superior a 65 anos, muitos dos quais apresentam hipertensão sistólica isolada são, pelo menos, iguais ou superiores aos dos outros grupos etários. Devido ao risco absoluto nesta população ser mais elevado que na população geral, ela apresenta, provavelmente, um maior benefício. (DGS, 2013)

A terapia farmacológica no idoso deve respeitar as normas para a população adulta em geral, sendo que o tratamento se pode iniciar com diuréticos tiazídicos, BECA, IECA, ARA e bloqueadores adrenérgicos-beta. No entanto, as dosagens iniciais e a subsequente titulação de dosagens deve ser efectuada de forma mais gradual, pois existe maior probabilidade nesta população de efeitos indesejáveis, especialmente nos indivíduos muito idosos e fragilizados. O tratamento anti-hipertensor no idoso deve ser adaptado aos factores de risco, às lesões de órgão-alvo e às doenças cardiovasculares e não-cardiovasculares que este padece. (ESC, 2007)

1.4. Seguimento Farmacoterapêutico (SF)

O objectivo maior da utilização de medicamentos é melhorar a qualidade de vida dos doentes, atingindo a cura das doenças, ou, caso isto não seja possível, controlar as suas consequências e sintomas. O medicamento é, assim, a “arma terapêutica” mais usada para manter ou melhorar a saúde da população, existindo um número crescente de medicamentos, cada vez com mais qualidade, mais seguros e eficazes.

No entanto, nem sempre o resultado do uso de medicamentos é bom, muitas vezes, a farmacoterapia falha. Esta falha na farmacoterapia assenta sobretudo em duas situações: quando os medicamentos causam dano, não sendo seguros e/ou quando não são efectivos, não atingindo o objectivo para o qual foram usados. Porém, segundo diversos estudos, grande parte destes fracassos na farmacoterapia são evitáveis. (Hernández [et.al.], 2009)

É neste contexto que surge o conceito de Cuidados Farmacêuticos (CF), que pretende ser uma mais-valia na prevenção, detecção e resolução destes fracassos farmacoterapêuticos. Os Cuidados Farmacêuticos abrangem todas as actividades assistenciais activas do farmacêutico para com o doente que utiliza medicamentos, incluindo-se neste conceito a dispensa activa, a consulta de indicação farmacêutica, a farmacovigilância, a manipulação magistral, a educação para a saúde e o seguimento farmacoterapêutico (SF), ou seja, todas as actividades dirigidas para um doente concreto.

SF é considerado uma prática clínica, cujo objectivo principal é o de melhorar os resultados em saúde, através da monitorização a avaliação contínua da farmacoterapia do doente. De acordo com o Terceiro Consenso de Granada⁵², SF define-se como:

“o serviço profissional que tem como objectivo detectar problemas relacionados com medicamentos (PRM), para prevenir e resolver os resultados negativos associados à medicação (RNM). Este serviço implica um compromisso e deve ser disponibilizado de um modo contínuo, sistemático e documentado, em colaboração com o doente e com os profissionais do sistema de saúde, com a finalidade de atingir resultados concretos que melhorem a qualidade de vida do doente”. (2007)

Os PRM são classificados no terceiro Consenso de Granada como: “aquelas situações que, durante o processo de uso dos fármacos, causam ou podem causar o aparecimento de um RNM”. Define-se igualmente RNM como: “Resultados não adequados ao objectivo da farmacoterapia e associados ao uso ou falha no uso de medicamentos”.

Durante este terceiro Consenso, foi proposta uma listagem, não exaustiva nem excludente, de PRM que podem ser apontados como possíveis causas de RNM. (Tabela 7)

Tabela 7 - Listagem de PRM que podem ser apontados como possíveis causas de um RNM segundo o Terceiro Consenso de Granada

Administração errada do medicamento
Características pessoais
Conservação inadequada
Contra-indicação
Dose, esquema terapêutico e/ou duração não adequada
Duplicação
Erros na dispensação
Erros na prescrição
Incumprimento
Interacções
Outros problemas de saúde que afectam o tratamento
Probabilidade de efeitos adversos
Problema de saúde insuficientemente tratado
Outros

Os RNM são classificados em função dos requisitos que todo o medicamento deve ter para ser utilizado: que seja necessário, efectivo e seguro. (Tabela 8)

⁵² COMITÉ DE CONSENSO. Tercer Consenso de Granada sobre problemas relacionados con los medicamentos (PRM) y resultados negativos asociados a la medicación (RNM)

Tabela 8- Classificação de Resultados Negativos da Medicação, segundo Terceiro Consenso de Granada

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

Estudos demonstram que a implementação do seguimento farmacoterapêutico em ambulatório ou em hospital melhora os resultados pretendidos com a farmacoterapia. (GARÇÃO JA, CABRITA J., 2002) (DE CASTRO MS et al, 2006) (AMARILES, P., 2012)

O farmacêutico é, por excelência, o profissional indicado para o seguimento farmacoterapêutico (SF), não só pela sua formação específica em medicamentos, mas também pela sua acessibilidade e motivação para o reconhecimento do seu trabalho assistencial.

O Método Dáder de Seguimento Farmacoterapêutico é um procedimento operativo simples que permite realizar SF a qualquer doente, em qualquer âmbito assistencial, de forma sistematizada, continuada e documentada. A sua aplicação permite registar, monitorizar e avaliar os efeitos da farmacoterapia utilizada por um doente, através de procedimentos simples e claros. O Método Dáder baseia-se na obtenção de informação de forma sistematizada sobre os problemas de saúde e a farmacoterapia administrada ao doente com o objectivo de construir a história farmacoterapêutica. A partir da informação contida na história, elaboram-se os estados da situação do doente, os quais permitem visualizar o panorama sobre a sua saúde e o seu tratamento em momentos distintos, assim como avaliar os resultados da farmacoterapia. Em consequência da avaliação e da análise dos estados da situação, estabelece-se um plano de actuação com o doente, onde ficarão registadas todas as intervenções farmacêuticas que se considerem oportunas para melhorar ou preservar o seu estado de saúde. Apesar do Método Dáder estabelecer normas básicas para a realização do SF, este método caracteriza-se por ser adaptável e por se ajustar às particularidades do local assistencial onde se pode realizar. (Hernández [et al.], 2009)

O método de Dáder tradicional implica sete fases:

1 - Oferta do Serviço; 2- Primeira entrevista farmacêutica; 3 - Estado de situação 4 - Fase de estudo; 5 - Fase de avaliação; 6 - Fase de intervenção; 7- Fase de entrevistas sucessivas.

1 - Oferta do serviço

Tradicionalmente nesta fase é escolhido um doente (usualmente em farmácia comunitária) ao qual se oferece o serviço. Consiste em explicar, de forma clara a prestação de cuidados de saúde que se oferecem ao doente, sendo o seu propósito a inclusão do doente no SF. Em determinados contextos assistenciais, esta oferta de serviço inicia-se com a oferta do serviço a outros profissionais de saúde (geralmente os médicos responsáveis pela saúde do doente em lares, hospitais ou centros de cuidados primários de saúde), que decidirão se é conveniente este serviço. O serviço é, geralmente, oferecido quando o farmacêutico percepção alguma necessidade do doente em relação aos seus medicamentos. Nesta fase o doente é incentivado a ir a uma primeira consulta (primeira entrevista).

2 - Primeira entrevista farmacêutica

A primeira entrevista tem como objectivo principal obter informação inicial sobre os problemas de saúde de doente e sobre os seus medicamentos, permitindo iniciar a história farmacoterapêutica do doente. O método de Dáder divide esta entrevista em três fases: a) Preocupações e problemas de saúde; b) Medicamentos; c) Revisão geral por sistemas.

3 - Estado de situação.

Nesta fase, o farmacêutico redige um documento, onde resume a relação entre os problemas de saúde do doente e os seus medicamentos, numa determinada data. Os objectivos da determinação do estado de situação são a avaliação da farmacoterapia do doente e a visualização do panorama global do estado de saúde.

4 - Fase de estudo

Na fase de estudo, o farmacêutico vai consultar todas as fontes de evidência científica sobre os problemas de saúde do doente, bem como dos seus medicamentos, a fim de obter informação objectiva e credível sobre estes. Sempre que se verificar um novo estado da situação, será necessária uma nova fase de estudo.

5 - Fase de avaliação

O objectivo desta fase é o de avaliar os resultados e identificar os resultados negativos associados à medicação que o doente apresenta (quer os RNM manifestados, quer as suspeitas de RNM). Nesta fase o farmacêutico questiona-se sobre os três fundamentos básicos que um medicamento deve ter: necessidade, efectividade e segurança. Devem, igualmente, ser analisados os problemas de saúde que não estejam a ser tratados farmacologicamente e verificar se estes estão relacionados com algum RNM do doente.

Esta fase é finalizada com uma lista de todos os resultados negativos da medicação numa determinada data.

6 - Fase de intervenção

O propósito desta fase é conceber e pôr em prática um plano de actuação com o doente. A finalidade deste plano será: 1) resolver ou prevenir os RNM; 2) preservar ou melhorar os resultados positivos alcançados ou 3) assessorar ou instruir o doente nos cuidados que deve ter com a sua saúde, assim como no que pode fazer para obter o máximo benefício dos seus medicamentos. Os tipos de intervenção que o farmacêutico em exercício de SF pode realizar para tentar resolver ou prevenir os RNM foram descritos por Sabater e colaboradores⁵³. (Sabater et al. ,2005)

“ Para atingir um objectivo podem-se empreender tantas intervenções quantas as necessárias; o efeito sinérgico de várias intervenções pode favorecer o sucesso dos propósitos planeados. Assim sendo, as intervenções empreendidas podem contribuir para o sucesso de vários objectivos, rentabilizando ao máximo o efeito das mesmas.” (Hernández [et al.], 2009)

Tabela 9 - Dez tipos de intervenções que um farmacêutico em exercício com doentes reais, pode realizar para tentar resolver ou prevenir os RNM (Sabater, D. et al., 2005)

CATEGORIA	INTERVENÇÃO	DEFINIÇÃO
Intervir na quantidade de medicamentos	Alterar a dose	Ajuste da quantidade de fármaco que se administra de uma vez.
	Alterar a dosagem	Alteração na frequência e/ou duração do tratamento.
	Alterar a frequência da administração (redistribuição da quantidade)	Alteração do esquema pelo qual ficam repartidas as tomas do medicamento ao longo do dia.

⁵³ Ver Tabela 9

Intervir na estratégia farmacológica	Adicionar um medicamento (s)	Adição de um novo medicamento que não doente não utilizava.
	Retirar um medicamento (s)	Abandono da administração de um determinado(s) medicamento(s) dos que o doente utiliza.
	Substituir um medicamento (s)	Substituição de algum medicamento dos que o doente utilizava por outros de composição diferente, diferente forma farmacêutica ou via de administração.
Intervir na educação ao doente	Educar no uso do medicamento (diminuir o incumprimento involuntário)	Educação nas instruções e precauções para a correta utilização e administração do medicamento.
	Alterar atitudes respeitantes ao tratamento (diminuir incumprimento voluntário)	Reforço da importância da adesão do doente ao seu tratamento.
	Educar nas medidas não farmacológicas	Educação do doente em todas as medidas higieno-dietéticas que favoreçam a realização dos objectivos terapêuticos.
Não está claro: Encaminha-se ao médico para que este avalie a situação do doente e leve a cabo a acção mais adequada.		

De salientar que esta intervenção farmacêutica pode ser realizada entre Farmacêutico-Doente ou, no caso de ser necessário, entre Farmacêutico-Doente-Médico (em que se relata ao médico, de forma escrita, os RNM encontrados e se dá o parecer farmacêutico sobre o caso).

7- Fase de entrevistas sucessivas

As entrevistas farmacêuticas após a fase de intervenção fecham o processo de seguimento do doente, tornando-o cíclico a partir deste ponto. Assim, o SF ao doente só termina quando este ou o farmacêutico decidirem abandoná-lo.

As entrevistas sucessivas servem para o farmacêutico fazer o acompanhamento do doente, conhecendo a resposta deste e/ou do médico à sua proposta de intervenção. Este acompanhamento deve ser contínuo, podendo destas entrevistas sucessivas surgir novas circunstâncias que possam iniciar novo ciclo de intervenção farmacêutica (novo estado de situação).

O método de Dáder apresenta-se como uma ferramenta útil para a realização de seguimento farmacoterapêutico por parte do farmacêutico, sendo no entanto maioritariamente utilizado em farmácia comunitária, pouco se sabendo sobre a sua aplicação a instituições como os lares. (Hernández [et.al], 2009)

2. Justificação e Objectivos do Estudo

Salientando o papel do farmacêutico como o profissional indicado para o SF, bem como o facto de existirem poucos conhecimentos sobre uma possível intervenção do farmacêutico em lares de idosos e atendendo ao anteriormente exposto, em particular a importância do controle e tratamento da HTA nos doentes idosos para a prevenção de DCV e outros problemas de saúde, em conjunto com a elevada frequência encontrada de erros de medicação nos doentes institucionalizados, leva a que seja de grande interesse uma intervenção do farmacêutico neste âmbito.

Este estudo tem como objectivo principal estudar a aplicação do Método de Dáder no SF num lar de idosos. Para alcançar este objectivo, definimos os seguintes objectivos específicos:

- Caracterização do perfil dos idosos hipertensos no centro social de Tolosa;
- Caracterização dos grupos farmacoterapêuticos utilizados no tratamento da hipertensão e a sua adequação ao idoso;
- Identificação dos possíveis PRM (problemas relacionados com os medicamentos) e RNM (resultados negativos associados à medicação);
- Aplicação do método Dáder e análise crítica do mesmo.

3. Métodos

3.1. População estudada

A população em estudo consistiu na população idosa residente no centro social de Tolosa. Foram incluídos todos os indivíduos que obedeciam aos seguintes critérios :

- ter idade igual ou superior a 65 anos,
- ter hipertensão arterial diagnosticada,
- ter registos de medições de PA,
- ter aceitado participar no estudo através de assinatura de consentimento informado.

Dos 65 utentes do lar, apenas 9 cumpriam estes requisitos.

Foi sempre garantida a confidencialidade e a preservação da identidade dos utentes no decorrer deste estudo.

Este projecto foi aprovado pela Comissão de Ética da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira interior com o código CE-FCS-2013-020 (3), a 1 de Outubro de 2013.

3.2. Recolha de Informação

Relativamente à recolha de informação, foram obtidos os dados pessoais de cada utente (nome, idade e sexo) e uma cópia do seu registo de medicação, bem como dos seus registos de PA. Foram efectuadas entrevistas à Directora Técnica acerca instituição e sobre os procedimentos de preparação e administração da medicação.

3.3. Tipo de estudo

Este é um estudo piloto, sobre a aplicação do método de Dáder no contexto de um lar de idosos.

3.4. Análise Estatística

Tendo em conta o tamanho da amostra apenas se realizou uma análise estatística descritiva básica.

4. Resultados e discussão

4.1. Caracterização da Instituição⁵⁴

A Instituição Centro Social de Tolosa (CST) tem personalidade jurídica civil e é reconhecida como Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS), em 30 de Julho de 1987.

⁵⁴ Informação retirada da entrevista efectuada à Directora da Instituição e do *site* próprio da instituição, disponível em: <URL: <http://www.cstolosa.pt>>

O objectivo primário desta instituição é o de contribuir para a promoção do desenvolvimento da freguesia e da sua população, cooperando, para o efeito, com os serviços públicos competentes e outras instituições, num autêntico espírito de solidariedade, cooperação e entreaajuda. Todo o trabalho desenvolvido na instituição visa essencialmente a superação das necessidades locais, bem como a criação e consolidação do bem-estar social.

A Instituição presta apoio social, prioritariamente, a pessoas naturais ou residentes em Tolosa, sendo estendido a pessoas não ligadas à freguesia, mas que se encontrem necessitadas de tal apoio.

Os objectivos da instituição visam principalmente o apoio à família, à infância e à velhice, através da criação e manutenção das valências de Centro de Dia, Serviço de Apoio Domiciliário, Lar e Actividades de Tempos Livres para crianças em idade escolar.

A resposta social de lar, encontra-se desenvolvida em equipamento, destinado ao acolhimento colectivo, de utilização temporária ou permanente, para pessoas idosas ou outras em situação de maior risco de perda de independência ou de autonomia. São recebidos idosos de ambos os sexos, a partir dos 65 anos, exceptuando-se casos de força maior, nos quais podem ser admitidos utentes de idade inferior.

A resposta social de Lar assegura a prestação dos seguintes serviços aos seus utentes:

- Alojamento
- Vigilância 24 horas por dia, durante a permanência no Lar
- Higiene e Conforto
- Nutrição e Alimentação
- Acompanhamento médico e de enfermagem
- Assistência Medicamentosa
- Transporte e acompanhamento ao Centro de Saúde do Concelho de Nisa e ao Hospital Distrital de Portalegre, bem como a consultas e exames auxiliares de diagnóstico
- Animação e recreação
- Apoio Psicossocial
- Ginástica
- Fisioterapia

A Resposta Social Centro de Dia, presta um conjunto de serviços que contribuem para a manutenção das pessoas idosas no seu meio sociofamiliar, recebendo idosos de ambos os sexos, a partir do 65 anos, ou, excepcionalmente, de outras idades quando a saúde física ou

mental o justifiquem. São assegurados todos os serviços prestados aos utentes do serviço de lar, excepto o alojamento na instituição.

A Resposta Social Serviço de Apoio Domiciliário consiste na prestação de cuidados individualizados e personalizados, no domicílio, a idosos e famílias quando, por motivo de doença, deficiência ou outro impedimento, não possam assegurar temporária ou permanentemente, a satisfação das necessidades básicas e/ou as actividades da vida diária. São assegurados todos os serviços prestados aos utentes do serviço de lar, excepto o alojamento na instituição.

A Resposta Social de Centro de Actividades de Tempos Livres desenvolve actividades de animação Educativa e Sociocultural para crianças e jovens a partir dos seis até aos doze anos, nos períodos disponíveis das responsabilidades escolares. Define-se também como um serviço à sociedade e à família, uma Instituição aberta a todos os níveis sociais, uma comunidade educativa em que todos participam, direcção, pais, educadores, pessoal não docente e crianças, cada um a seu nível e a seu modo, na vida da Instituição.

A nível de instalações, o lar é constituído por 3 pisos nos quais se encontram:

- 33 quartos sendo 29 duplos e 4 individuais, todos equipados com casa de banho privativa, aquecimento central e ar condicionado.
- 1 enfermaria
- 1 consultório médico
- 1 gabinete de medicação
- 1 gabinete de ajudas técnicas
- 1 sala de actividades
- 1 salão de cabeleireiro
- 3 casas de banho para banho assistido distribuídas pelos pisos
- 4 salas de estar
- 2 refeitórios (refeições de confecção própria)
- 1 cozinha completamente equipada e controlada HACCP⁵⁵

⁵⁵ “ HACCP - Hazard Analysis and Critical Control Points é um sistema preventivo de controlo da qualidade dos alimentos, aplicável em qualquer fase da cadeia alimentar e que assenta em sete princípios:

Análise dos perigos

Determinação dos pontos críticos de controlo (PCC's)

Estabelecimento dos limites críticos para cada PCC

Estabelecimento dos procedimentos de monitorização dos PCC's

Estabelecimento de acções correctivas a serem tomadas quando um PCC se encontra fora dos limites críticos

Estabelecimento de sistemas de registo e arquivo de dados que documentam estes princípios e a sua avaliação

Estabelecimento de procedimentos de verificação que evidenciem que o sistema HACCP funciona de forma eficaz.” IN: <<http://www.apcer.pt>>

- 1 área reservada ao apoio domiciliário
- 1 lavandaria
- 1 rouparia
- 1 secretaria
- 1 gabinete de Direcção Técnica
- Jardins e espaços verdes

4.2. Caracterização da amostra

O Centro Social de Tolosa acolhe actualmente 65 utentes em regime de lar, sendo 13 do sexo masculino e 52 do sexo feminino. Segundo o gráfico da figura 7, conclui-se que cerca de 80% dos utentes residentes são mulheres, o que corrobora os dados do Censos 2011, em que a maioria das pessoas a residir em estabelecimentos de acção social são idosos e mulheres. (INE, 2013)

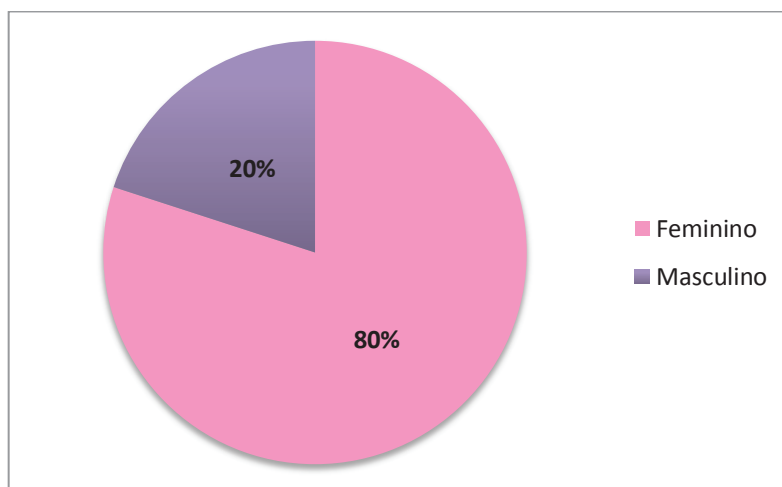


Figura 7- Gráfico representativo da distribuição da população do CST em serviço de Lar segundo o sexo (em percentagem)

A maioria dos utentes em regime de Lar são idosos (idade igual ou superior a 65 anos), com excepção de dois casos como é possível verificar no seguinte gráfico:

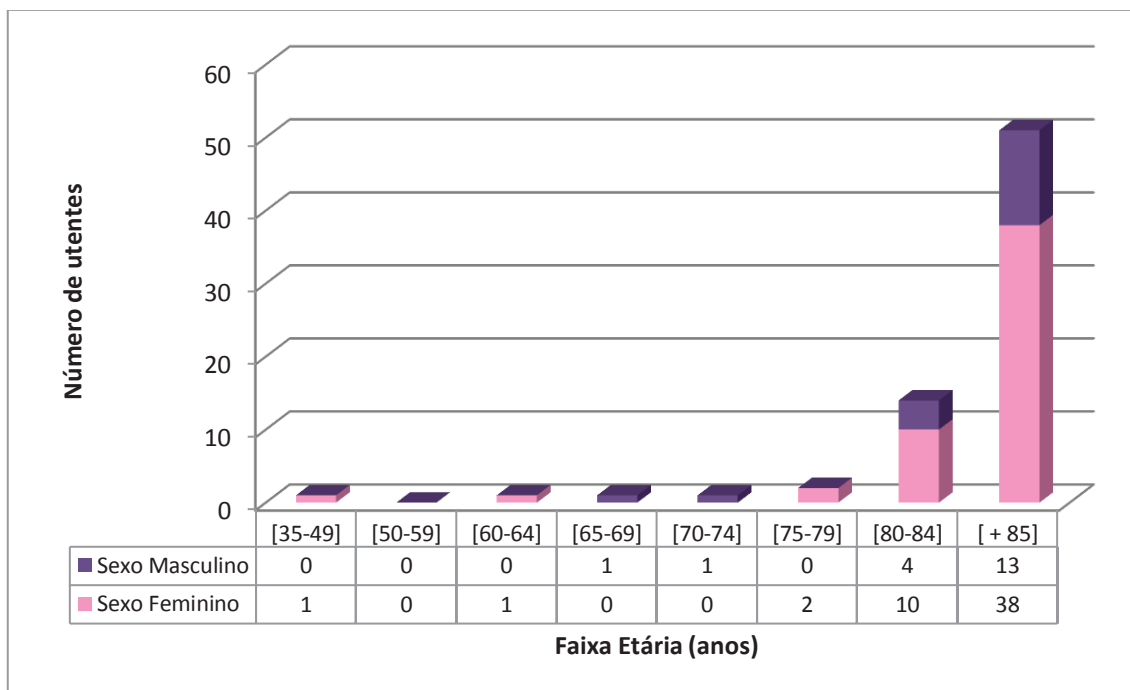


Figura 8 - Gráfico representativo da distribuição da população do CST em serviço de Lar segundo a faixa etária e o sexo

Dos 65 utentes residentes no Lar, 16 correspondiam aos critérios deste estudo (ter mais de 65 anos, HTA diagnosticada e registos de medição de PA). Destes, 9 idosos concordaram em participar no estudo mediante assinatura do consentimento informado, sendo que nos casos em que os idosos não sabiam ou não puderam assinar, o consentimento foi assinado a rogo pela Directora Técnica da Instituição.

Assim sendo, a amostra deste estudo cinge-se a 9 utentes, sendo 7 do sexo feminino e 2 do sexo masculino.

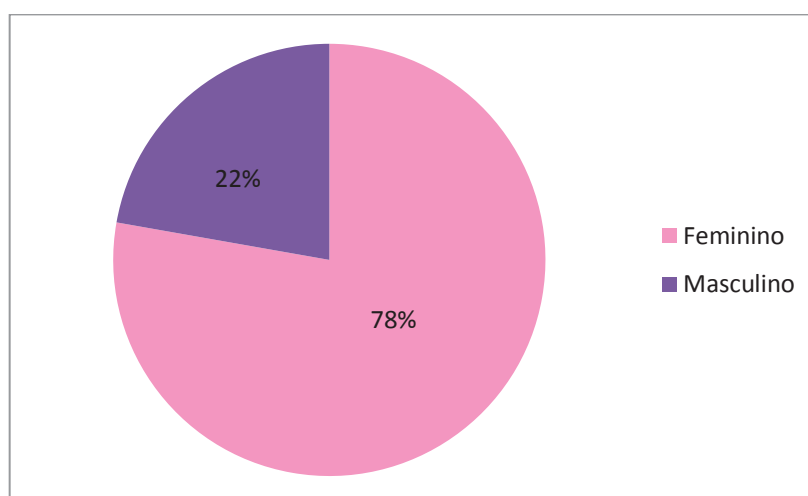


Figura 9 - Gráfico representativo da distribuição da amostra segundo o sexo (em percentagem)

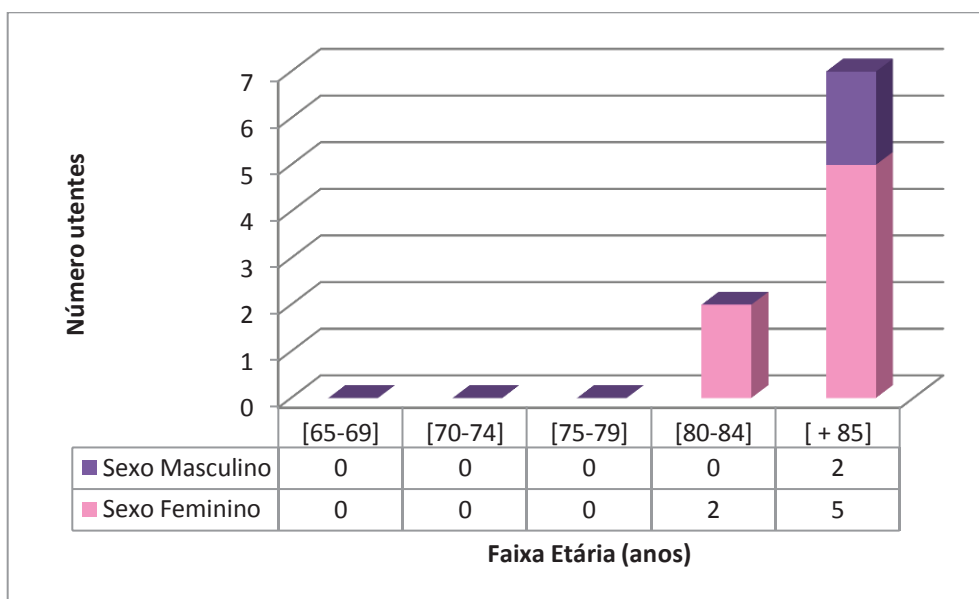


Figura 10 - Gráfico representativo da distribuição da amostra segundo a faixa etária e o sexo

Como é perceptível na figura 10, a amostra deste estudo engloba apenas idosos com idade superior a 80 anos, sendo a média de idades de 89 anos. A relação masculino/feminino da amostra mantém-se idêntica à da população geral do CST.

4.3. Caracterização do uso de medicamentos no Lar

Ao ingressar no CST, os utentes são encaminhados a uma primeira consulta com o médico da instituição. Nessa primeira consulta, o médico começa a elaborar a ficha clínica do utente, fazendo a revisão da medicação do doente, assim como a ficha de medicação onde são indicados os medicamentos que o utente toma, as doses e posologias.

O percurso do medicamento no CST está ao cargo de uma auxiliar de lar, a qual se ocupa de todo o processo de medicação de segunda a sexta-feira, delegando as funções de administração de medicamentos às responsáveis de piso nos fins-de-semana.

No gabinete de medicação, encontram-se as caixas de medicação correspondentes a cada utente, devidamente identificadas. Toda a medicação do utente é colocada nessas caixas e posteriormente transferida para os organizadores semanais de medicação também eles identificados por utente.



Figura 11 - Organizador semanal de medicamentos com 7 divisórias utilizado no CST

A auxiliar de lar preenche os tabuleiros semanais por dias e consoante o período em que o medicamento deve ser tomado. Diariamente é retirada a divisória correspondente ao dia da semana e colocada no carrinho de medicação. O carrinho de medicação apenas abandona o gabinete de medicação aquando da administração de medicamentos, mantendo-se este gabinete fechado à chave.

A medicação é administrada, salvo alguma excepção ocasional, às refeições. A auxiliar de lar encarrega-se de entregar a medicação a cada utente, havendo um registo de toda a medicação que é administrada.

A renovação da prescrição médica é efectuada pelo médico da instituição, após análise das faltas de medicação reportadas pela auxiliar que a organiza. As prescrições seguem para a farmácia da localidade, onde são cedidos os medicamentos à auxiliar. As embalagens provenientes da farmácia encontram-se geralmente identificadas com o nome do utente a que se destinam inscrito na cartonagem. A auxiliar confere os medicamentos, assim como a relação medicamento-utente de forma a evitar algum tipo de erro.

A revisão da medicação dos utentes do CST não é feita de forma programada, sendo efectuada quando se regista por parte das auxiliares ou dos enfermeiros alguma alteração no quadro clínico do utente.

4.4. Aplicação do método de Dáder de seguimento farmacoterapêutico

A 1ª fase do método de Dáder - oferta do serviço, teve neste estudo duas componentes, uma indirecta, em que o convite foi efectuada aos responsáveis pela Instituição através de carta

em anexo⁵⁶; e outra directa, em que o convite foi efectuado ao utente através de consentimento informado também em anexo⁵⁷.

A fase da primeira entrevista, seja a segunda do método Dáder, não fez assim parte deste estudo. Embora a entrevista com o doente seja uma das bases do método de Dáder, uma vez que os doentes residentes no CST não são, na sua maioria, responsáveis pela sua medicação, sendo esta preparada e administrada por terceiros, a fase entrevista ao doente não foi executada, não se tendo, deste modo, a percepção dos problemas de saúde do ponto de vista do doente.

As fases 3 - Estado da situação, 4 - Fase de Estudo e 5 - Fase de Avaliação, foram executadas tal como se pode observar nos pontos 4.5 e 4.6 desta dissertação. Os objectivos da fase 3 foram alcançados através da consulta dos registos de medicação e dos registos de PA.

As fases 6 e 7 não constam deste trabalho uma vez que o processo relativo a este estudo ficou limitado à fase de avaliação, pois sendo este um estudo piloto, o seu objectivo era testar a utilidade do método e não fazer a avaliação farmacoterapêutica completa dos doentes. Como tal, não se acedeu aos processos clínicos dos doentes, o que por si só é um factor limitante deste estudo, pois não foi possível avaliar a história farmacoterapêutica do doente.

4.5. Grupos farmacoterapêuticos utilizados no tratamento da hipertensão no CST

Na amostra estudada, a média de medicamentos utilizados por utente é de 4.1. No entanto, este número varia entre 3 e 10 medicamentos por utente. No gráfico da figura 12 constam o número de medicamentos por utente (classificados de D1 a D9), fazendo distinção entre os medicamentos para a HTA e aqueles que são utilizados para outros problemas de saúde. As substâncias utilizadas em associação num único fármaco (ex. IECA + Tiazida), foram consideradas para este estudo como 2 medicamentos diferentes, pois na realidade poderiam ser tomados separadamente e correspondem a grupos diferentes.

⁵⁶ Ver anexo 8

⁵⁷ Ver anexo 9

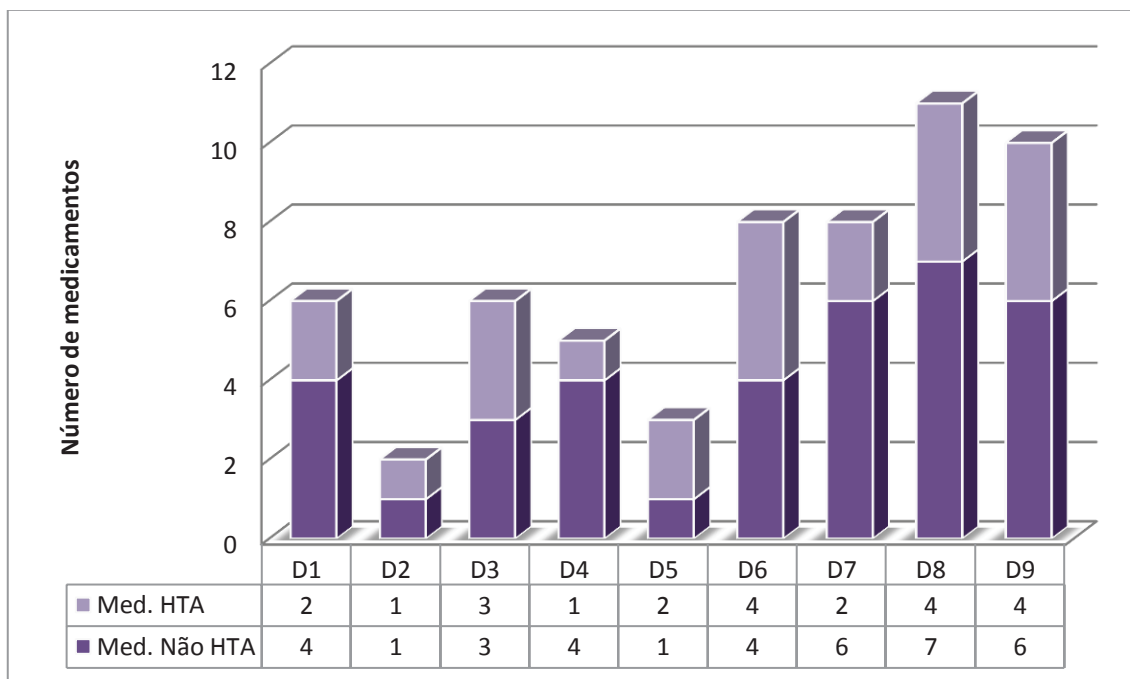


Figura 12 - Gráfico representativo do número de medicamentos tomados por utente, classificados conforme medicamentos para a HTA ou medicamentos para outros problemas de saúde.

Segundo Santos M, citando vários autores, a definição de polimedicação é ainda muito controversa, sendo que alguns autores a definem como o uso simultâneo de vários fármacos; outros só a consideram quando esses não têm indicação clínica clara ou, então, apenas com o uso de 2, 3, 4, 5, 7, 10 ou mais princípios activos. (SANTOS,M., 2010)

No entanto:

“Vários estudos mencionam que o risco de interacção entre fármacos aumenta exponencialmente com o número dos mesmos (Aparasu, Mort e Brandt, 2005); por exemplo, estima-se que essa probabilidade seja de 6% para 2 fármacos, 50% para 5 e quase 100% para 8 ou mais (Delafuente, 2003; Wyles e Rehman, 2005)”. (Santos, M., 2010)

Assim sendo, é comumente aceite que o aumento do número de fármacos aumenta o risco de interacções e, como tal, o aumento do risco de aparecimento de PRM nos doentes.

Quanto à medicação para a HTA, sobre a qual este estudo se debruça, existe uma multiplicidade de medicamentos e associações de medicamentos, atendendo à caracterização de cada doente e das suas patologias. Nesta amostra apenas 2 dos doentes se encontravam em regime de monoterapia, havendo nos restantes a associação de 2 ou mais fármacos. Este resultado não é inesperado, uma vez que a totalidade da amostra estudada tem idade acima dos 80 anos. Embora neste estudo não se tenha tido acesso ao processo clínico dos utentes do

CST, constatou-se que a HTA nestes doentes deve ser um problema de saúde crónico, devido tanto à sua faixa etária, como à farmacoterapia conjugada destes doentes.

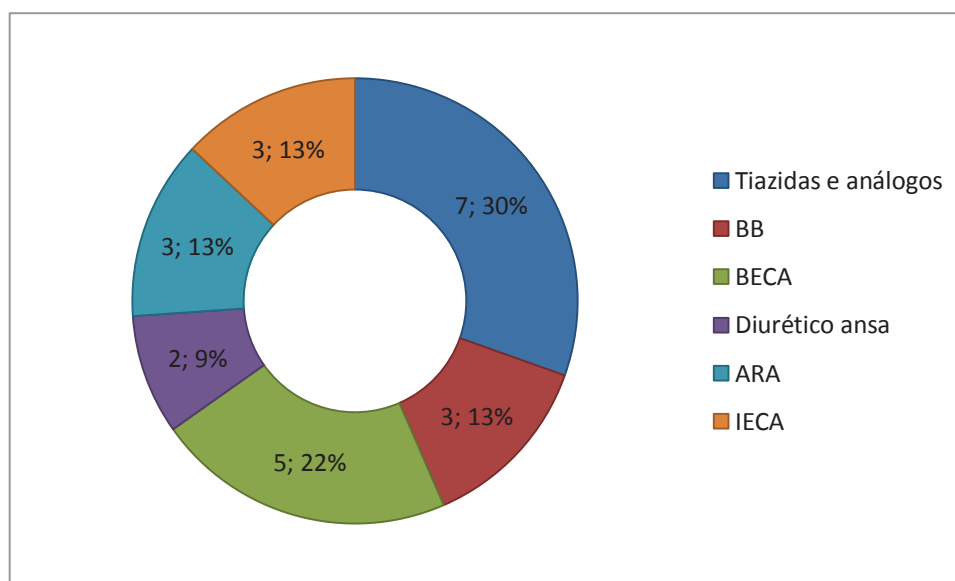


Figura 13 - Gráfico representativo dos grupos de fármacos para a HTA utilizados pela amostra de doentes, indicando o número de fármacos e a percentagem para cada classe.

Os fármacos utilizados pela amostra passam por diversos grupos: BBs, ARAs, Tiazidas e análogos, BECAs, IECAs e Diuréticos de ansa. Embora sejam utilizados muitos dos grupos farmacoterapêuticos para a HTA, existe uma predominância do uso de Tiazidas e análogos, assim como de BECA. Estas duas opções vão de acordo às recomendações da ESC para a medicação hipertensiva nos idosos.

Segundo a ESC, é ainda inconclusivo o benefício da terapia anti-hipertensora em doentes com idade superior a 80 anos. No entanto, recomenda-se a continuidade desta quando é bem sucedida e bem tolerada pelo idoso.

4.6. PRM e RNM detectados

Na ausência de entrevistas aos doentes e da consulta dos seus processos clínicos, foram investigados os potenciais PRM com base na sua ficha de medicação e medições de PA.

Em dois dos doentes da amostra (D5 e D5), as medições mais recentes de PA datam de meados de 2011 e 2012, pouco se podendo prever acerca da PA destes utentes. Noutros dois casos, existe apenas uma medição de PA no ano presente (D2 e D7), e noutros 2 casos (D1 e D3) apenas registam 2 medições. Os casos D6 e D9 apresentam uma PA controlada, com valores abaixo dos 140/90 mm Hg recomendados tanto pela ESC, como pela DGS na sua Norma mais recente.

Dos 9 casos em estudo, 3 destes apresentam como RNM a falha no controlo da PA:

Caso 1 :

Doente D3 do género masculino, 87 anos, hipertenso e diabético apresenta PA na ordem dos 150/80 mmHg, sendo que o indicado para estes doentes é a obtenção de valores inferiores a 130/80mmHg. (ESC, 2007) RNM identificada: falha no controlo HTA por inefectividade quantitativa ou não quantitativa dos medicamentos. Os fármacos utilizados pelo doente não possuem interacções de âmbito negativo entre si, sendo, inclusive, de esperar uma interacção positiva entre os anti-hipertensivos utilizados. Apesar desta sinergia, o doente não mantém a sua PA controlada. Os PRM que podem causar este RNM, são difíceis de obter pela análise da ficha de medicação, pois podem dever-se por exemplo a doses, a incomprimento, bem como a outros problemas de saúde que possam afectar o tratamento.

Tabela 10- Tabela representativa dos medicamentos do doente D3, posologia utilizada e posologia recomendada⁵⁸

Medicamentos	Posologia	Dose Máxima recomendada
Valsartan 80mg + Hidroclorotiazida 12,5mg	1-0-0	80 - 160mg valsartan + 12,5 - 25mg hidroclorotiazida / dia.
Amlodipina 10mg	0-0-1	2,5 a 10 mg/dia, em dose única. Usualmente 5 mg/dia.
Metformina 850mg	1-1-0	Iniciar com 500 mg ao pequeno almoço pelo menos 1 semana, depois todas as 8 horas ou 850 mg de 12 em 12 horas com ou depois das refeições. Máximo de 3 g/dia.
Sitagliptina 100mg	1-0-0	100 mg/dia (em combinação com a metformina)
Paracetamol 1g	SOS	500 a 1000 mg (dose diária máxima 4000 mg)

Caso 2:

Doente D8, género feminino, 88 anos, apresenta HTA não controlada, com os últimos valores registados de PA na ordem dos 180/70mmHg. Novamente de referir este RNM será por inefectividade dos medicamentos, podendo esta ser quantitativa ou não quantitativa. Em relação aos PRM, não havendo nenhum indício claro, estes também não foram esclarecidos.

⁵⁸ Segundo Prontuário Terapêutico 11

Tabela 11 - Tabela representativa dos medicamentos da doente D8, posologia utilizada e posologia recomendada⁵⁹

Medicamentos	Posologia	Posologia recomendada
Nifedipina 60mg	0-0-1	30 a 120 mg/dia
Ramipril 5mg + Hidroclorotiazida 25mg	1-0-0	1 comprimido (5 mg de ramipril + 25 mg de hidroclorotiazida)/dia.
Bisoprolol 5mg	0-1-0	2,5 a 10 mg/dia
Sinvastatina 20mg	0-0-1	10 a 40 mg/dia
Cetirizina 10mg	SOS	[Idosos] - 5-10 mg, 1 vez/dia
Lorazepam 1mg	0-0-1	Nos idosos: 0,5 a 1 mg.
Ácido acetilsalicílico 150mg	0-1-0	<i>Como antiagregante plaquetário: 100 a 300mg/dia</i>
Alprazolam 0,25mg	0-0-1 (SOS)	Nos idosos ou em indivíduos debilitados 0,25 mg, 3 vezes/dia

Tal como no caso anterior, a medicação desta utente encontra-se de acordo com o prescrito e de acordo com as posologias indicadas para os fármacos em causa. Em relação à medicação anti-hipertensiva, não existem interações prejudiciais com os outros fármacos, no entanto a PA desta doente encontra-se num valor considerado de grau 3 já que a sua PAS se mantém acima dos 180 mm

Caso 3:

Doente D2, género masculino, 94 anos, hipertenso, apresenta uma PAS controlada após início da farmacoterapia com indapamida, no entanto verifica-se que a PAD não se encontra controlada (cerca de 10mmHg nas medições de PA registadas), sendo este o RNM encontrado.

Tabela 12 - Tabela representativa dos medicamentos da doente D2, posologia utilizada e posologia recomendada⁶⁰

Medicamentos	Posologia	Posologia recomendada
Indapamida 2,5mg	1-0-0	1,25 a 2,5 mg/dia
Trimetazidina 35mg LM ⁶¹	1-0-1	40 a 60 mg/dia, em fracções

Mais uma vez o RNM será devido à inefectividade do medicamento, devendo esta ser não-quantitativa, uma vez que o doente já toma a dose máxima recomendada por dia do fármaco

⁵⁹ *Idem*

⁶⁰ *Idem*

⁶¹ LM - libertação modificada

anti-hipertensor. Neste caso, as interações da trimetazidina são desconhecidas⁶², pelo que não se pressupõe que esta interfira no fármaco anti-hipertensor.

5. Conclusão

Após a realização deste estudo, concluímos que:

As limitações de um trabalho deste tipo são:

- O tamanho da amostra pequeno, não se considerando que esta amostra seja representativa da população residente em lares em Portugal.
- O facto de nem todas as fases terem sido passíveis de ser avaliadas, o que se deve por exemplo aos limites temporais de um estudo deste tipo e ao tempo necessário para efectuar um SF completo.

Com base nos itens possíveis de avaliar verificamos que :

- A análise dos resultados obtidos para a fase de estado de situação mostrou a necessidade de intervenção a vários níveis, principalmente a sensibilização para a regularidade e frequência da avaliação da HTA.
- A análise dos resultados obtidos para a fase de avaliação mostrou que a avaliação pelo método Dáder permitiu identificar RNM, a falta de controle da HTA de alguns doentes concluindo-se pela análise dos casos que estes RNM sejam de inefectividade quantitativa ou não quantitativa. Para a identificação dos PRM não é suficiente a análise das fichas de medicamentos e dos registos de PA. A entrevista ao doente e/ou aos cuidadores mostra-se essencial para a detecção de alguns PRM, assim como a história farmacoterapêutica, sem a qual falta a percepção dos problemas de saúde do doente que possam afectar a medicação.
- O que foi exposto neste estudo, reforça a importância do acompanhamento farmacoterapêutico, e as potencialidades do Método Dáder SF em particular, na promoção da eficácia e segurança dos medicamentos em ambiente institucional, devendo para tal existir uma adaptação das fase 1 e 2 deste método.

⁶² De acordo com o Prontuário Terapêutico 11

A realização de estudos mais completos neste âmbito, com uma amostra maior e por um período mais prolongado no tempo é desejável, pois apenas com casos concretos de SF, efectuados a longo prazo, de forma profissional e documentada é possível desenvolver esta actividade assistencial do farmacêutico. Apenas registando e comunicando os resultados obtidos se pode demonstrar o benefício e a efectividade da intervenção do farmacêutico na saúde dos doentes, bem como, para avaliar os procedimentos realizados durante o SF.

6. Bibliografia

Monografias e Artigos

AGUAS, Y.; DE MIGUEL, E.; SUÁREZ DE VENEGAS, C. (2002) Modelo para la presentación de casos adaptados a la metodología Dáder. *Pharm. Care Esp.* V.4, n.1, p.60-63.

AMARILES, P. (2012). Effectiveness of Dader Method for Pharmaceutical Care on Control of Blood Pressure and Total Cholesterol in Outpatients with Cardiovascular Disease or Cardiovascular Risk: EMDADER-CV Randomized Controlled Trial. *J Manag Care Pharm.*2012; 18(4):311-23

BRULHART, M.I. WERMEILLE, J.P. (2011) Multidisciplinary Medication Review: Evaluation of a Pharmaceutical Care Model for Nursing Homes. *Int J Clin Pharm* 33:549-557

CARRILHO M.J., GONÇALVES C. (2004). Dinâmicas Territoriais do Envelhecimento: análise exploratória dos resultados dos Censos 91 e 2001. *Revista de Estudos Demográficos*. Instituto Nacional de Estatística. 36 175-191

CHAMORRO, M. et al. (2009) Efecto de la actuación farmacéutica en la adherencia del tratamiento farmacológico de pacientes ambulatorios con riesgo cardiovascular (Estudio EMDADER-CV-INCUMPLIMIENTO). Elsevier España, S.L.

COMITÉ DE CONSENSO. (2007) Tercer Consenso de Granada sobre problemas relacionados con los medicamentos (PRM) y resultados negativos asociados a la medicación (RNM). *Ars Pharm;* 48 (1): 5-17.

CRESPIN, D., et al. (2010). Repeat medication errors in nursing homes: contributing factors and their association with patient harm. *The American Journal of Geriatric Pharmacotherapy*, 8 (3), pp. 258 - 271.

CUNHA, I, SANTOS, H (2008) Seguimento farmacoterapêutico. *Boletim do CIM*. Setembro/Outubro. Ordem dos farmacêuticos. Lisboa

DA SILVA, A. et al. (2008) Avaliação do serviço de Atenção Farmacêutica na otimização dos resultados terapêuticos de usuários com hipertensão arterial sistêmica: um estudo piloto. *Rev. Bras. Farm.* 89(3): 255-258

DE CASTRO MS, et al. (2006) Pharmaceutical care program for patients with uncontrolled hypertension. Report of a double-blind clinical trial with ambulatory blood pressure monitoring. *Am J Hypertens*. 19: 528–33.

DELAFUENTE, J.C. (2003). Understanding and preventing drug interactions in elderly patients. *Critical Reviews in Oncology/ Hematology*, 48, pp. 133 - 143.

GARÇÃO, J.A.; CABRITA, J. (2002) Evaluation of a pharmaceutical care program for hypertensive patients in rural Portugal. *J Am Pharm Assoc (Wash)*. Nov-Dec;42(6):858-64.

GONÇALVES, C. (2003).As pessoas idosas nas famílias institucionais segundo os Censos in *Revista de Estudos Demográficos* nº. 34, pp. 41-60, Instituto Nacional de Estatística, Lisboa.

GRUPO DE INVESTIGACIÓN EN ATENCIÓN FARMACÉUTICA DE LA UNIVERSIDAD DE GRANADA. (2005) Método Dáder para el seguimento farmacoterapêutico. *Ars Pharm* 46 (4): 309-337.

GURWITZ, J.H. et al (2003). *Incidence and preventability of adverse drug events among older persons in the ambulatory setting*. JAMA, 289 (9), pp. 1107 - 1116.

HALVORSEN, K et al. (2010) Multidisciplinary intervention to identify and resolve drug-related problems in Norwegian nursing homes. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 28(2):82-88.

HERNÁNDEZ, D. S.; CASTRO, M.M.S.; DÁDER, M.J.F.; (2009). *Método Dáder - Manual de Seguimento Farmacoterapêutico*; 3ª edição (versão português europeu).

INFARMED. *Prontuário Terapêutico 11*. (2012) INFARMED - Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, IP / Ministério de Saúde, Portugal. ISBN: 978-989-8369-11-

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA. (2012). *Saúde e Incapacidades em Portugal 2011*. INE, I.P., Lisboa. ISBN 978-989-96107-2-9

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA. (2002a). O Envelhecimento em Portugal: Situação demográfica e socioeconómica recente das pessoas idosas. *Revista de Estudos Demográficos* - 2.º Semestre. INE, I.P. p. 185 - 208

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA. (2005) *Projeções de População Residente, NUTS III, 2000-2050*. Instituto Nacional de Estatística, Lisboa. ISSN 1645-7633

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA (2013) *Censos 2011 Resultados Definitivos - Portugal*. Instituto Nacional de Estatística, Lisboa. ISBN 978-989-25-0181-9

LOCCA, JF. et al. (2009) Development of pharmaceutical care services in nursing homes: practice and research in a Swiss canton. *Pharm World Sci*. Apr;31(2):165-73.

MACEDO M, et al. (2007) Prevalência, Conhecimento, Tratamento e Controlo da Hipertensão em Portugal. Estudo PAP. *Rev Port Cardiol*; 26 (1): 21-39

NATIONAL HEART, LUNG, AND BLOOD INSTITUTE NATIONAL HIGH BLOOD PRESSURE EDUCATION PROGRAM. (2003) The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure: the JNC 7 report. *JAMA*. 289:2560-2572.

NASH, D., KOENING, J. E CHATTERTON, M. (2000). Why do elderly need individualized pharmaceutical care. Office of Health Policy and Clinical outcomes. Thomas Jefferson University. England.

OLIVEIRA, M., NOVAES, M. Uso de medicamentos por idosos de instituições de longa permanência, Brasília-DF, Brasil.(2012) *Rev Bras Enferm*, Brasília set-out; 65(5): 737-44

PANEL DE CONSENSO. (2002) Segundo Consenso de Granada sobre Problemas Relacionados com Medicamentos. *Ars Pharmaceutica*; 43(3-4): 175-184.

REINHARDT, F. et al. (2012) Acompanhamento farmacoterapêutico em idosos hipertensos residentes em um lar geriátrico, localizado na Região do Vale dos Sinos, Rio Grande do Sul, Brasil. *Rev. bras. geriatr. gerontol.* vol.15 no.1 Rio de Janeiro.

SABATER D, et al. (2005) Tipos de intervenciones farmacéuticas en seguimento farmacoterapêutico. *Seguim Farmacoter.* 3 (2): 90-97.

SANTOS HJ, IGLÉSIAS-FERREIRA P, RIBEIRO PL, NUNES-DA-CUNHA I. (2007). *Introdução ao Seguimento Farmacoterapêutico.* 1ª edição. Vol. 1. Lisboa: Grupo de Investigação em Cuidados Farmacêuticos da Universidade Lusófona. Lisboa.

SANTOS, M.; ALMEIDA, A. (2010) A Polimedicação no Idoso. *Revista de Enfermagem Referência.* III Série - n.º 2 - Dez. pp.149-162

SOOKANEKNUN P, et al. (2004) Pharmacist involvement in primary care improves hypertensive patient clinical outcomes. *Ann Pharmacother.* 38: 2023–38.

SOCIEDADE PORTUGUESA DE HIPERTENSÃO. (2013) *PHYSA study,*

STEGEMANN, S. et al. (2010). Geriatric drug therapy: Neglecting the inevitable majority. *Aging Research Reviews,* 9, pp. 384 - 398.

SWANLUND, S.L. (2010). Successful cardiovascular medication management processes as perceived by community-dwelling adults over age 74. *Applied Nursing Research,* 23 (1), pp. 22 - 29.

THE EUROPEAN SOCIETY OF HYPERTENSION (ESH) AND EUROPEAN SOCIETY OF CARDIOLOGY (ESC). (2013) 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension. *Journal of Hypertension,* 31:1281-1357

UNITED NATIONS (2002) Madrid International Plan of Action on Ageing 2002, New York.

VERRUE CL, et al. (2010) Medication administration in nursing homes: pharmacists' contribution to error prevention. *J Am Med Dir Assoc.* May;11(4):275-83.

WHO, WORLD HEALTH ORGANIZATION. (1997). *The role of the pharmacist in self-care and selfmedication: Report of the 4th WHO consultive group on the role of the pharmacist.* Geneve. WHO.

WHO, WORLD HEALTH ORGANIZATION (2002). *Active ageing: a policy Framework*. Genebra, WHO.

WELLS B.G., et al. (2009) *Pharmacotherapy Handbook*. Mc Graw Hill. 7rd ed. The McGraw-Hill companies, USA.

Fontes Legislativas e Judiciais

DGS. Norma 020/2011, de 28/09/2011. Actualizada a 19/03/2013

DGS. Norma 026/2011, de 29/09/2011. Actualizada a 19/03/2013

Fontes electrónicas

APCER. HACCP. [Em linha] [Consult. 2013-10-10]. Disponível em www: <URL: http://www.apcer.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=132%3Acodex-alimentarius-haccp&catid=6%3Aseguranca-alimentar&Itemid=49&lang=pt>

CENTRO SOCIAL DE TOLOSA, [Em linha] [Consult. 2013-10-01]. Disponível em www: <URL: <http://www.cstolosa.pt>>

INFARMED. Infomed. Informação sobre medicamentos do INFARMED. [Em linha] [Consult. 2013-09-20]. Disponível em www: <URL: www.infarmed.pt/infomed/inicio.php>.

Adequação do Método Dáder no seguimento farmacoterapêutico em doentes hipertensos
institucionalizados num Lar de Idosos.

Anexos

Anexo 1 - Classificação farmacoterapêutica portuguesa, segundo Despacho n.º 21 844/2004 de 26 de Outubro.

N.º 252 — 26 de Outubro de 2004

DIÁRIO DA REPÚBLICA — II SÉRIE

15 667

O despacho n.º 6914/98, de 24 de Março, do Secretário de Estado da Saúde, publicado no *Diário da República*, 2.ª série, n.º 97, de 27 de Abril de 1998, que aprovou a classificação farmacoterapêutica dos medicamentos, visou uma primeira aproximação da classificação oficial em Portugal à classificação ATC (Anatomical Therapeutic Chemical Code) da Organização Mundial da Saúde.

Importa, neste momento, aprovar uma nova classificação farmacoterapêutica oficial e estabelecer a sua correspondência com a classificação ATC, facilitando o manuseamento de ambas pelos profissionais de saúde. Ao mesmo tempo, a nova classificação será adoptada em instrumentos oficiais de apoio à prescrição, como é o caso do Prontuário Terapêutico e do Formulário Hospitalar Nacional de Medicamentos, bem como nos processos de autorização de introdução no mercado de medicamentos e nos instrumentos normativos em matéria de comparticipação do Estado no preço dos medicamentos.

Acresce que a normalização e uniformização da classificação farmacoterapêutica constitui um instrumento essencial ao desenvolvimento de sistemas de informação para as actividades dos profissionais de saúde e para o sistema de saúde, não apenas numa perspectiva nacional, mas também na perspectiva do desenvolvimento das bases de dados de medicamentos na União Europeia, designadamente o sistema EuroPHARM, no qual o INFARMED tem assumido papel destacado.

Por outro lado, este é mais um passo no sentido de dotar os profissionais de saúde de instrumentos adequados de apoio à prescrição, potenciando a introdução gradual de mecanismos indutores de racionalidade da prescrição e utilização de medicamentos.

Assim:

1 — É aprovada e oficialmente adoptada a classificação farmacoterapêutica de medicamentos, que consta do anexo I ao presente despacho e dele faz parte integrante.

2 — Consideram-se efectuadas para os correspondentes grupos e subgrupos farmacoterapêuticos da classificação ora aprovada as referências a grupos e subgrupos farmacoterapêuticos constantes de diplomas e outros instrumentos normativos, dos folhetos informativos e resumos das características dos medicamentos já autorizados, bem como da demais documentação relevante.

3 — Os folhetos informativos e resumos das características dos medicamentos já autorizados e demais documentação relevante referidos no número anterior deverão ser actualizados com a primeira revisão, alteração dos termos ou renovação da autorização de introdução no mercado, que implique modificação daqueles documentos.

4 — A tabela de correspondência entre a classificação ora aprovada e a classificação ATC (Anatomical Therapeutic Chemical Code) da Organização Mundial da Saúde consta do anexo II.

5 — É revogado o despacho n.º 6914/98, de 24 de Março, do Secretário de Estado da Saúde, publicado no *Diário da República*, 2.ª série, n.º 97, de 27 de Abril de 1998.

12 de Outubro de 2004. — A Secretária de Estado da Saúde, Regina Maria Pinto da Fonseca Ramos Bastos.

ANEXO I

Classificação farmacoterapêutica

Grupo 1 — Medicamentos anti-infecciosos

- 1.1 — Antibacterianos:
 - 1.1.1 — Penicilinas:
 - 1.1.1.1 — Benzilpenicilinas e fenoximetilpenicilina;
 - 1.1.1.2 — Aminopenicilinas;
 - 1.1.1.3 — Isoxazolilpenicilinas;
 - 1.1.1.4 — Penicilinas antipseudomonas;
 - 1.1.1.5 — Amidinopenicilinas;
 - 1.1.2 — Cefalosporinas:
 - 1.1.2.1 — Cefalosporinas de 1.ª geração;
 - 1.1.2.2 — Cefalosporinas de 2.ª geração;
 - 1.1.2.3 — Cefalosporinas de 3.ª geração;
 - 1.1.2.4 — Cefalosporinas de 4.ª geração;
 - 1.1.3 — Monobactams;
 - 1.1.4 — Carbapenems;
 - 1.1.5 — Associações de penicilinas com inibidores das lactamases beta;
 - 1.1.6 — Cloranfenicol e tetraciclina;
 - 1.1.7 — Aminoglicosídeos;
 - 1.1.8 — Macrólidos;
 - 1.1.9 — Sulfonamidas e suas associações;
 - 1.1.10 — Quinolonas;
 - 1.1.11 — Outros antibacterianos;
 - 1.1.12 — Antituberculosos;
 - 1.1.13 — Antilepróticos.
- 1.2 — Antifúngicos.
- 1.3 — Antivíricos:
 - 1.3.1 — Anti-retrovirais:
 - 1.3.1.1 — Inibidores da protease;
 - 1.3.1.2 — Análogos não nucleosídeos inibidores da transcriptase inversa (reversa);
 - 1.3.1.3 — Análogos nucleosídeos inibidores da transcriptase inversa (reversa);
 - 1.3.2 — Outros antivíricos.
- 1.4 — Antiparasitários:
 - 1.4.1 — Anti-helmínticos;
 - 1.4.2 — Antimaláricos;
 - 1.4.3 — Outros antiparasitários.

1.3.1.3 — Análogos nucleosídeos inibidores da transcriptase inversa (reversa);

1.3.2 — Outros antivíricos.

1.4 — Antiparasitários:

1.4.1 — Anti-helmínticos;

1.4.2 — Antimaláricos;

1.4.3 — Outros antiparasitários.

Grupo 2 — Sistema nervoso central

- 2.1 — Anestésicos gerais.
- 2.2 — Anestésicos locais.
- 2.3 — Relaxantes musculares:
 - 2.3.1 — Acção central;
 - 2.3.2 — Acção periférica;
 - 2.3.3 — Acção muscular directa.
- 2.4 — Antimiasténicos.
- 2.5 — Antiparkinsonianos:
 - 2.5.1 — Anticolinérgicos;
 - 2.5.2 — Dopaminomiméticos.
- 2.6 — Antiepilépticos e anticonvulsivantes.
- 2.7 — Antieméticos e antivertiginosos.
- 2.8 — Estimulantes inespecíficos do sistema nervoso central.
- 2.9 — Psicofármacos:
 - 2.9.1 — Ansiolíticos, sedativos e hipnóticos;
 - 2.9.2 — Antipsicóticos;
 - 2.9.3 — Antidepressores;
 - 2.9.4 — Lítio.
- 2.10 — Analgésicos e antipiréticos.
- 2.11 — Medicamentos usados na enxaqueca.
- 2.12 — Analgésicos estupefacientes.
- 2.13 — Outros medicamentos com acção no sistema nervoso central:
 - 2.13.1 — Medicamentos utilizados no tratamento sintomático das alterações das funções cognitivas;
 - 2.13.2 — Medicamentos utilizados no tratamento sintomático da doença do neurónio motor;
 - 2.13.3 — Medicamentos para tratamento da dependência de drogas;
 - 2.13.4 — Medicamentos com acção específica nas perturbações do ciclo sono-vigília.

Grupo 3 — Aparelho cardiovascular

- 3.1 — Cardiotónicos:
 - 3.1.1 — Digitálicos;
 - 3.1.2 — Outros cardiotónicos.
 - 3.2 — Antiarrítmicos:
 - 3.2.1 — Bloqueadores dos canais do sódio (classe I):
 - 3.2.1.1 — Classe Ia (tipo quinidina);
 - 3.2.1.2 — Classe Ib (tipo lidocaína);
 - 3.2.1.3 — Classe Ic (tipo flecaínida);
 - 3.2.2 — Bloqueadores adrenérgicos beta (classe II);
 - 3.2.3 — Prolongadores da repolarização (classe III);
 - 3.2.4 — Bloqueadores da entrada do cálcio (classe IV);
 - 3.2.5 — Outros antiarrítmicos.
 - 3.3 — Simpaticomiméticos.
 - 3.4 — Anti-hipertensores:
 - 3.4.1 — Diuréticos:
 - 3.4.1.1 — Tiazidas e análogos;
 - 3.4.1.2 — Diuréticos da ansa;
 - 3.4.1.3 — Diuréticos poupadores de potássio;
 - 3.4.1.4 — Inibidores da anidrase carbónica;
 - 3.4.1.5 — Diuréticos osmóticos;
 - 3.4.1.6 — Associações de diuréticos;
 - 3.4.2 — Modificadores do eixo renina angiotensina:
 - 3.4.2.1 — Inibidores da enzima de conversão da angiotensina;
 - 3.4.2.2 — Antagonistas dos receptores da angiotensina;
 - 3.4.3 — Bloqueadores da entrada do cálcio;
 - 3.4.4 — Depressores da actividade adrenérgica:
 - 3.4.4.1 — Bloqueadores alfa;
 - 3.4.4.2 — Bloqueadores beta:
 - 3.4.4.2.1 — Selectivos cardíacos;
 - 3.4.4.2.2 — Não selectivos cardíacos;
 - 3.4.4.2.3 — Bloqueadores beta e alfa;
 - 3.4.4.3 — Agonistas alfa 2 centrais;
 - 3.4.5 — Vasodilatadores directos;
 - 3.4.6 — Outros.
- 3.5 — Vasodilatadores:
 - 3.5.1 — Antianginosos;
 - 3.5.2 — Outros vasodilatadores.
- 3.6 — Venotrópicos.
- 3.7 — Antidislipídicos.

Grupo 4 — Sangue

- 4.1 — Antianémicos;
- 4.1.1 — Compostos de ferro;
- 4.1.2 — Medicamentos para tratamento das anemias megaloblásticas;
- 4.1.3 — Medicamentos para tratamento das anemias hemolíticas e hipoplásticas.
- 4.2 — Factores estimulantes da hematopoiese.
- 4.3 — Anticoagulantes e antitrombóticos:
- 4.3.1 — Anticoagulantes:
- 4.3.1.1 — Heparinas;
- 4.3.1.2 — Antivitamínicos K;
- 4.3.1.3 — Outros anticoagulantes;
- 4.3.1.4 — Antiagregantes plaquetários;
- 4.3.2 — Fibrinolíticos (ou trombolíticos).
- 4.4 — Anti-hemorrágicos:
- 4.4.1 — Antifibrinolíticos;
- 4.4.2 — Hemostáticos.

Grupo 5 — Aparelho respiratório

- 5.1 — Antiasmáticos e broncodilatadores:
- 5.1.1 — Agonistas adrenérgicos beta;
- 5.1.2 — Antagonistas colinérgicos;
- 5.1.3 — Anti-inflamatórios:
- 5.1.3.1 — Glucocorticóides;
- 5.1.3.2 — Antagonistas dos leucotrienos;
- 5.1.4 — Xantinas;
- 5.1.5 — Antiasmáticos de acção profiláctica.
- 5.2 — Antitússicos e expectorantes:
- 5.2.1 — Antitússicos;
- 5.2.2 — Expectorantes;
- 5.2.3 — Associações e medicamentos descongestionantes.
- 5.3 — Tensioactivos (surfactantes) pulmonares.

Grupo 6 — Aparelho digestivo

- 6.1 — Medicamentos que actuam na boca e orofaringe:
- 6.1.1 — De aplicação tópica;
- 6.1.2 — De acção sistémica.
- 6.2 — Antiácidos e antiulcerosos:
- 6.2.1 — Antiácidos;
- 6.2.2 — Modificadores da secreção gástrica:
- 6.2.2.1 — Anticolinérgicos;
- 6.2.2.2 — Antagonistas dos receptores H2;
- 6.2.2.3 — Inibidores da bomba de prótons;
- 6.2.2.4 — Prostaglandinas;
- 6.2.2.5 — Protectores da mucosa gástrica.
- 6.3 — Modificadores da motilidade gastrointestinal:
- 6.3.1 — Modificadores da motilidade gástrica ou procinéticos;
- 6.3.2 — Modificadores da motilidade intestinal:
- 6.3.2.1 — Laxantes e catárticos:
- 6.3.2.1.1 — Emolientes;
- 6.3.2.1.2 — Laxantes de contacto;
- 6.3.2.1.3 — Laxantes expansores do volume fecal;
- 6.3.2.1.4 — Laxantes osmóticos;
- 6.3.2.2 — Antidiarreicos:
- 6.3.2.2.1 — Obstipantes;
- 6.3.2.2.2 — Adsorventes;
- 6.3.2.2.3 — Antiflatulentos.
- 6.4 — Antiespasmódicos.
- 6.5 — Inibidores enzimáticos.
- 6.6 — Suplementos enzimáticos, bacilos lácteos e análogos.
- 6.7 — Anti-hemorroidários.
- 6.8 — Anti-inflamatórios intestinais.
- 6.9 — Medicamentos que actuam no fígado e vias biliares:
- 6.9.1 — Coleréticos e colagogos;
- 6.9.2 — Medicamentos para tratamento da litíase biliar.

Grupo 7 — Aparelho geniturinário

- 7.1 — Medicamentos de aplicação tópica na vagina:
- 7.1.1 — Estrogéneos e Progestagéneos;
- 7.1.2 — Anti-infeciosos;
- 7.1.3 — Outros medicamentos tópicos vaginais.
- 7.2 — Medicamentos que actuam no útero:
- 7.2.1 — Ocitócicos;
- 7.2.2 — Prostaglandinas;
- 7.2.3 — Simpatomiméticos.
- 7.3 — Anti-infeciosos e anti-sépticos urinários.
- 7.4 — Outros medicamentos usados em disfunções geniturinárias:
- 7.4.1 — Acidificantes e alcalinizantes urinários;
- 7.4.2 — Medicamentos usados nas perturbações da micção:
- 7.4.2.1 — Medicamentos usados na retenção urinária;
- 7.4.2.2 — Medicamentos usados na incontinência urinária;
- 7.4.3 — Medicamentos usados na disfunção eréctil.

Grupo 8 — Hormonas e medicamentos usados no tratamento das doenças endócrinas

- 8.1 — Hormonas hipotalâmicas e hipofisárias, seus análogos e antagonistas:
- 8.1.1 — Lobo anterior da hipófise;
- 8.1.2 — Lobo posterior da hipófise;
- 8.1.3 — Antagonistas hipofisários.
- 8.2 — Corticosteróides:
- 8.2.1 — Mineralocorticóides;
- 8.2.2 — Glucocorticóides.
- 8.3 — Hormonas da tiróide e antitiroideos.
- 8.4 — Insulinas, antidiabéticos orais e glucagom:
- 8.4.1 — Insulinas:
- 8.4.1.1 — De acção curta;
- 8.4.1.2 — De acção intermédia;
- 8.4.1.3 — De acção prolongada;
- 8.4.2 — Antidiabéticos orais;
- 8.4.3 — Glucagom.
- 8.5 — Hormonas sexuais:
- 8.5.1 — Estrogénios e progestagénios:
- 8.5.1.1 — Tratamento de substituição;
- 8.5.1.2 — Anticoncepcionais;
- 8.5.1.3 — Progestagénios;
- 8.5.2 — Androgénios e anabolizantes.
- 8.6 — Estimulantes da ovulação e gonadotropinas.
- 8.7 — Anti-hormonas (v. grupo 16).

Grupo 9 — Aparelho locomotor

- 9.1 — Anti-inflamatórios não esteróides:
- 9.1.1 — Derivados do ácido antranílico;
- 9.1.2 — Derivados do ácido acético;
- 9.1.3 — Derivados do ácido propiónico;
- 9.1.4 — Derivados pirazolónicos;
- 9.1.5 — Derivados do indol e do indeno;
- 9.1.6 — Oxicans;
- 9.1.7 — Derivados sulfanilamídicos;
- 9.1.8 — Compostos não ácidos;
- 9.1.9 — Inibidores selectivos da Cox 2;
- 9.1.10 — Anti-inflamatórios não esteróides para uso tópico.
- 9.2 — Modificadores da evolução da doença reumática.
- 9.3 — Medicamentos usados para o tratamento da gota.
- 9.4 — Medicamentos para tratamento da artrose.
- 9.5 — Enzimas anti-inflamatórias.
- 9.6 — Medicamentos que actuam no osso e no metabolismo do cálcio:
- 9.6.1 — Calcitonina;
- 9.6.2 — Bifosfonatos;
- 9.6.3 — Vitaminas D;
- 9.6.4 — Outros.

Grupo 10 — Medicação antialérgica

- 10.1 — Anti-histamínicos:
- 10.1.1 — Anti-histamínicos H1 sedativos;
- 10.1.2 — Anti-histamínicos H1 não sedativos.
- 10.2 — Corticosteróides.
- 10.3 — Simpatomiméticos.

Grupo 11 — Nutrição

- 11.1 — Nutrição entérica:
- 11.1.1 — Suplementos dietéticos orais:
- 11.1.1.1 — Completos;
- 11.1.1.2 — Modulares;
- 11.1.2 — Dietas entéricas:
- 11.1.2.1 — Poliméricas;
- 11.1.2.2 — Modificadas;
- 11.1.2.3 — Pré-digeridas;
- 11.1.2.4 — Específicas de doenças metabólicas.
- 11.2 — Nutrição parentérica:
- 11.2.1 — Macronutrientes:
- 11.2.1.1 — Aminoácidos;
- 11.2.1.2 — Glúcidos;
- 11.2.1.3 — Lípidos;
- 11.2.1.4 — Misturas de macronutrientes;
- 11.2.2 — Micronutrientes:
- 11.2.2.1 — Suplementos minerais;
- 11.2.2.2 — Suplementos vitamínicos lipossolúveis;
- 11.2.2.3 — Suplementos vitamínicos hidrossolúveis;
- 11.2.3 — Misturas de macronutrientes e micronutrientes.
- 11.3 — Vitaminas e sais minerais:
- 11.3.1 — Vitaminas:
- 11.3.1.1 — Vitaminas lipossolúveis;
- 11.3.1.2 — Vitaminas hidrossolúveis;
- 11.3.1.3 — Associações de vitaminas;

- 11.3.2 — Sais minerais;
- 11.3.2.1 — Cálcio, magnésio e fósforo;
- 11.3.2.1.1 — Cálcio;
- 11.3.2.1.2 — Magnésio;
- 11.3.2.1.3 — Fósforo;
- 11.3.2.2 — Flúor;
- 11.3.2.3 — Potássio;
- 11.3.2.4 — Associação de sais para re-hidratação oral;
- 11.3.3 — Associações de vitaminas com sais minerais.

Grupo 12 — Correctivos da volémia e das alterações electrolíticas

- 12.1 — Correctivos do equilíbrio ácido-base;
- 12.1.1 — Acidificantes;
- 12.1.2 — Alcalinizantes.
- 12.2 — Correctivos das alterações hidroelectrolíticas;
- 12.2.1 — Cálcio;
- 12.2.2 — Fósforo;
- 12.2.3 — Magnésio;
- 12.2.4 — Potássio;
- 12.2.5 — Sódio;
- 12.2.6 — Zinco;
- 12.2.7 — Glucose;
- 12.2.8 — Outros.
- 12.3 — Soluções para diálise peritoneal;
- 12.3.1 — Soluções isotónicas;
- 12.3.2 — Soluções hipertónicas.
- 12.4 — Soluções para hemodiálise.
- 12.5 — Soluções para hemofiltração.
- 12.6 — Substitutos do plasma e das fracções proteicas do plasma.
- 12.7 — Medicamentos captadores de iões;
- 12.7.1 — Fixadores de fósforo;
- 12.7.2 — Resinas permutadoras de catiões.

Grupo 13 — Medicamentos usados em afecções cutâneas

- 13.1 — Anti-infecciosos de aplicação na pele;
- 13.1.1 — Anti-sépticos e desinfectantes;
- 13.1.2 — Antibacterianos;
- 13.1.3 — Antifúngicos;
- 13.1.4 — Antivíricos;
- 13.1.5 — Antiparasitários.
- 13.2 — Emolientes e protectores;
- 13.2.1 — Emolientes;
- 13.2.2 — Preparações barreira;
- 13.2.3 — Pós.
- 13.3 — Medicamentos queratolíticos e antipsoriáticos;
- 13.3.1 — De aplicação tópica;
- 13.3.2 — De acção sistémica.
- 13.4 — Medicamentos para tratamento da acne e da rosácea;
- 13.4.1 — Rosácea;
- 13.4.2 — Acne;
- 13.4.2.1 — De aplicação tópica;
- 13.4.2.2 — De acção sistémica.
- 13.5 — Corticosteroides de aplicação tópica.
- 13.6 — Associações de antibacterianos, antifúngicos e corticosteroides.
- 13.7 — Adjuvantes da cicatrização.
- 13.8 — Outros medicamentos usados em dermatologia;
- 13.8.1 — Preparações enzimáticas e produtos aparentados;
- 13.8.2 — Anestésicos locais e antipruriginosos;
- 13.8.3 — Preparações para verrugas, calos e condilomas;
- 13.8.4 — Produtos para alopecia androgénica;
- 13.8.5 — Imunomoduladores de uso tópico;
- 13.8.6 — Produtos para as unhas.

Grupo 14 — Medicamentos usados em afecções otorrinolaringológicas

- 14.1 — Produtos para aplicação nasal;
- 14.1.1 — Descongestionantes;
- 14.1.2 — Corticosteróides;
- 14.1.3 — Anti-histamínicos;
- 14.1.4 — Fármacos profiláticos usados na rinite alérgica;
- 14.1.5 — Antibióticos.
- 14.2 — Produtos para aplicação no ouvido.

Grupo 15 — Medicamentos usados em afecções oculares

- 15.1 — Anti-infecciosos tópicos;
- 15.1.1 — Antibacterianos;
- 15.1.2 — Antifúngicos;
- 15.1.3 — Antivíricos.
- 15.2 — Anti-inflamatórios;
- 15.2.1 — Corticosteróides;
- 15.2.2 — Anti-inflamatórios não esteróides;
- 15.2.3 — Outros anti-inflamatórios, descongestionantes e antialérgicos.

- 15.3 — Midriáticos e cicloplégicos;
- 15.3.1 — Simpaticomiméticos;
- 15.3.2 — Anticolinérgicos.
- 15.4 — Medicamentos usados no tratamento do glaucoma;
- 15.4.1 — Mióticos;
- 15.4.2 — Simpaticomiméticos;
- 15.4.3 — Bloqueadores beta;
- 15.4.4 — Análogos das prostaglandinas;
- 15.4.5 — Outros.
- 15.5 — Anestésicos locais.
- 15.6 — Outros medicamentos e produtos usados em oftalmologia;
- 15.6.1 — Adstringentes, lubrificantes e lágrimas artificiais;
- 15.6.2 — Medicamentos usados para diagnóstico;
- 15.6.3 — Outros medicamentos.
- 15.7 — Medicamentos para uso intra-ocular.

Grupo 16 — Medicamentos antineoplásicos e imunomoduladores

- 16.1 — Citotóxicos;
- 16.1.1 — Alquilantes;
- 16.1.2 — Citotóxicos relacionados com alquilantes;
- 16.1.3 — Antimetabolitos;
- 16.1.4 — Inibidores da topoisomerase I;
- 16.1.5 — Inibidores da topoisomerase II;
- 16.1.6 — Citotóxicos que se intercalam no ADN;
- 16.1.7 — Citotóxicos que interferem com a tubulina;
- 16.1.8 — Inibidores das tirosinases;
- 16.1.9 — Outros citotóxicos.
- 16.2 — Hormonas e anti-hormonas;
- 16.2.1 — Hormonas;
- 16.2.1.1 — Estrogénios;
- 16.2.1.2 — Androgénios;
- 16.2.1.3 — Progestagénios;
- 16.2.1.4 — Análogos da hormona libertadora de gonadotropina;
- 16.2.2 — Anti-hormonas;
- 16.2.2.1 — Antiestrogénios;
- 16.2.2.2 — Antiandrogénios;
- 16.2.2.3 — Inibidores da aromatase;
- 16.2.2.4 — Adrenolíticos.
- 16.3 — Imunomoduladores.

Grupo 17 — Medicamentos usados no tratamento de intoxicações

Grupo 18 — Vacinas e imunoglobulinas

- 18.1 — Vacinas (simples e conjugadas).
- 18.2 — Lisados bacterianos.
- 18.3 — Imunoglobulinas.

Grupo 19 — Meios de diagnóstico


- 19.1 — Meios de contraste radiológico;
- 19.1.1 — Produtos iodados;
- 19.1.2 — Produtos baritados;
- 19.1.3 — Outros produtos usados em radiologia.
- 19.2 — Meios de contraste para imagem por ressonância magnética.
- 19.3 — Meios de contraste para ultra-sonografia.
- 19.4 — Meios de diagnóstico não radiológico.
- 19.5 — Preparações radiofarmacêuticas (radiofármacos);
- 19.5.1 — Radiofármacos de crómio;
- 19.5.2 — Radiofármacos de estrôncio;
- 19.5.3 — Radiofármacos de gálio;
- 19.5.4 — Radiofármacos de índio;
- 19.5.5 — Radiofármacos de iodo;
- 19.5.6 — Radiofármacos de samário;
- 19.5.7 — Radiofármacos de tálio;
- 19.5.8 — Radiofármacos de tecnécio;
- 19.5.9 — Radiofármacos de xénon;
- 19.5.10 — Testes de radioimunoensaio;
- 19.5.11 — Teste de Schilling.

Grupo 20 — Material de penso, hemostáticos locais, gases medicinais e outros produtos

- 20.1 — Pensos para feridas crónicas;
- 20.1.1 — Absorventes de odores;
- 20.1.2 — Alginatos;
- 20.1.3 — Gazes impregnadas;
- 20.1.4 — Hidrogeles;
- 20.1.5 — Hidropolímeros.
- 20.2 — Hemostáticos.
- 20.3 — Agentes de diluição, irrigação e lubrificação.
- 20.4 — Gases medicinais.
- 20.5 — Desinfetantes de material.
- 20.6 — Soluções para conservação de órgãos.
- 20.7 — Produtos para embolização.
- 20.8 — Produtos para fisioterapia.
- 20.9 — Outros produtos.

Anexo 2 - Receitas de prescrição médica


Anexo 2.1. - Modelo de Receita médica materializada da prescrição por via electrónica e guia de tratamento segundo o Despacho n.º 15700/2012 de 12 de Dezembro.

Receita Médica N.º		Guia de tratamento para o utente	
 <p>(representação em código de barras e caracteres)</p>		<p>Receita Médica N.º: (representação em código de barras e caracteres)</p>	
Utente: (N.º do utente em código de barras e caracteres) Telefone: R. C.: Entidade Responsável: N.º de Beneficiário: (representação em código de barras e caracteres)		Local de Prescrição: Prescritor: Telefone: Utente:	
(N.º da cédula profissional, em código de barras e caracteres ou vinheta de prescriptor)		Código Acesso: Código Direito opção (informação a utilizar para dispensa de medicamentos na farmácia)	
(Nome profissional) Especialidade: Telefone:		DCI / nome, dosagem, forma farmacéutica, embalagem, posologia N.º	
(Local de Prescrição) (representação em código de barras e caracteres)		N.º Extenso Identificação Ótica	
R. DCI / nome, dosagem, forma farmacéutica, embalagem, posologia		1 2 3 4	
1 2 3 4		Encargo para o utente de acordo com os medicamentos comercializados que cumprem a prescrição médica 1 (*) 2 (*) 3 (*) 4 (*)	
Validade: 30 dias Data: aaaa-mm-dd		Pretendo exercer o direito de opção <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não (assinatura do Utente)	
Processado por computador - software, versão - empresa		Para obter mais informações sobre o preço dos medicamentos • Consulte «Pesquisa Medicamentos», no site do INFARMED (www.infarmed.pt); • Contacte a Linha do Medicamento 800 222 444 (Dias úteis: 09.00-13.00 e 14.00-17.00); • Fale com o seu médico ou farmacêutico. Data: aaaa-mm-dd Processado por computador - software, versão - empresa	

(*) Incluir informação relativa a encargos do utente de acordo com o tipo de prescrição realizada:

- Prescrição é realizada por denominação comum internacional: «Esta prescrição custa-lhe, no máximo, € nn,nn, a não ser que opte por um medicamento mais caro»;
- Prescrição é realizada ao abrigo da alínea c) do n.º 3 do artigo 6.º da Portaria n.º 137-A/2012, de 11 de maio: «Este medicamento custa-lhe, no máximo, € nn,nn, podendo optar por um mais barato»;
- Nas restantes situações, quando aplicável: «Este medicamento custa-lhe, no máximo, € nn,nn».

Anexo 2.2. - Receita médica renovável materializada da prescrição por via electrónica e guia de tratamento segundo o Despacho n.º 15700/2012 de 12 de Dezembro.


Receita Médica N.º		1.ª VIA	
			
(representação em código de barras e caracteres)			
Utente: (N.º do utente em código de barras e caracteres) Telefone: R.C. Entidade Responsável: N.º de Beneficiário: (representação em código de barras e caracteres)			
(N.º da cédula profissional, em código de barras e caracteres ou vinheta de prescriptor) Especialidade: Telefone:	(Nome profissional)		(Local de Prescrição) (representação em código de barras e caracteres)
R. DCI/ nome, dosagem, forma farmacéutica, embalagem, posologia N.º Extenso Identificação Ótica			
1			
2			
3			
4			
Validade: 6 meses Data: aaaa-mm-dd	Pretendo exercer o direito de opção <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não (assinatura do Utente)		

Guia de tratamento para o utente	
Receita Médica N.º: (representação em código de barras e caracteres)	
Local de Prescrição:	Telefone:
Prescritor:	Utente:
Código Acesso:	Código Direto opção:
<small>(informação a utilizar para a dispensa de medicamentos na farmácia)</small>	
DCI/ nome, dosagem, forma farmacéutica, embalagem, posologia	N.º
1	
2	
3	
4	
Encargo para o utente de acordo com os medicamentos comercializados que cumprem a prescrição médica	
1 (*)	
2 (*)	
3 (*)	
4 (*)	
Para obter mais informações sobre o preço dos medicamentos • Consulte «Pesquisa Medicamentos», no sítio do INFARMED (www.infarmed.pt); • Contacte a Linha do Medicamento 800 222 444 (Dias úteis: 09.00-13.00 e 14.00-17.00); • Fale com o seu médico ou farmacêutico.	
Data: aaaa-mm-dd	
<small>Processado por computador - software, versão - empresa</small>	


- (*) Incluir informação relativa a encargos do utente de acordo com o tipo de prescrição realizada:
- a) Prescrição é realizada por denominação comum internacional: «Esta prescrição custa-lhe, no máximo, € nn,nn, a não ser que opte por um medicamento mais caro»;
 - b) Prescrição é realizada ao abrigo da alínea c) do n.º 3 do artigo 6.º da Portaria n.º 137-A/2012, de 11 de maio: «Este medicamento custa-lhe, no máximo, € nn,nn, podendo optar por um mais barato»;
 - c) Nas restantes situações, quando aplicável: «Este medicamento custa-lhe, no máximo, € nn,nn».

Anexo 2.3. - Receita médica manual segundo o Despacho n.º 15700/2012 de 12 de Dezembro.

Receita Médica N.º



GOVERNO DE PORTUGAL



*9999999999999999999999

Utente: N.º de Utente: Telefone: Entidade Responsável: N.º de Beneficiário:		RECEITA MANUAL Exceção legal: <input type="checkbox"/> a) Falência informática <input type="checkbox"/> b) Inatuação do prescriptor <input type="checkbox"/> c) Prescrição no domicílio <input type="checkbox"/> d) Até 40 receitas imês
Vinheta do Prescritor	Especialidade: Telefone:	Vinheta do Local de Prescrição
R _x DCI/ Nome, dosagem, forma farmacéutica, embalagem N.º Extensão		
1 <input style="width: 100%;" type="text"/>		
Posologia		
2 <input style="width: 100%;" type="text"/>		
Posologia		
3 <input style="width: 100%;" type="text"/>		
Posologia		
4 <input style="width: 100%;" type="text"/>		
Posologia		
Validade: 30 dias	Assinatura do Prescritor	Pretendo exercer o direito de opção <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <small>(assinatura do Utente)</small>
Data: ____ / ____ / ____ <small>(aaaa/mm/aa)</small>		

Med. n.º 1655 (Classificação ICD-10, S.A.)

Anexo 3 - Verso da receita médica segundo o Despacho n.º 15700/2012 de 12 de Dezembro.

(*) a imprimir apenas nos casos aplicáveis

(**) apenas devem ser impressas as numerações da prescrição que correspondam às situações em que o respetivo direito de opção é exercido

Farmácia:	_____
Farmacêutico:	_____
Data:	_____
<Código de Barras dos Medicamentos Dispensados>	
Declaro que:	
<input type="checkbox"/> me foram dispensadas as ___ embalagens de medicamentos constantes na receita e prestados os conselhos sobre a sua utilização.	
Direito de opção (*):	
<input type="checkbox"/> não exerci direito de opção	
<input type="checkbox"/> 1 2 3 4	(**) exerci o direito de opção para medicamento com preço superior ao 5.º mais barato
<input type="checkbox"/> 1 2 3 4	(**) exerci direito de opção por medicamento mais barato que o prescrito para continuidade terapêutica de tratamento superior a 28 dias
Assinatura do Utente: _____	

Anexo 4 - Situações passíveis de automedicação segundo Despacho
n.º 17690/2007, de 23 de Julho

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

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

Anexo 5 - Lista indicativa por categorias ou modos de apresentação de produtos cosméticos segundo Decreto-Lei n.º 189/2008, de 24 de Setembro

- 1 — Cremes, emulsões, loções, leites, geles e óleos para a pele (mãos, rosto, pés, etc.).
- 2 — Máscaras de beleza (com exclusão de produtos abrasivos da superfície da pele, por via química).
- 3 — Bases coloridas (líquidos, pastas, pós).
- 4 — Pós para maquilhagem, *blush*, talcos, pós para aplicar depois do banho, pós para higiene corporal, etc.
- 5 — Sabonetes, sabões, desodorizantes, etc.
- 6 — Perfumes e águas -de -colónia (*eau-de-parfum e eau-de-toilette*).
- 7 — Preparações para banho e duche (geles, sais, espumas e óleos, gel-duche, etc.)
- 8 — Depilatórios.
- 9 — Desodorizantes e antitranspirantes (*roll-on, spray, stick*).
- 10 — Produtos capilares:
 - a) Tintas e descolorantes;
 - b) Produtos para ondulação, desfrisagem e fixação;
 - c) Produtos de *mise en plis e brushing, plix*;
 - d) Produtos de limpeza (loções, pós, champôs, etc.);
 - e) Produtos de manutenção do cabelo (loções, cremes e óleos, etc.);
 - f) Produtos para penteados (loções, lacas, brilhantinas, etc.);
 - g) Produtos para a barba (cremes, espumas, loções, sabões e *after-shave*, etc.).
- 11 — Produtos para maquilhagem (*eye-liner*, à prova de água, etc.) e desmaquilhagem do rosto e dos olhos.
- 12 — Produtos para aplicação nos lábios (baton, lipgloss, etc).
- 13 — Produtos para os cuidados dentários e bucais.
- 14 — Produtos para os cuidados e maquilhagem das unhas.
- 15 — Produtos para cuidados íntimos, de uso externo.
- 16 — Produtos para protecção solar e pós -solar.
- 17 — Produtos para bronzamento sem sol.
- 18 — Produtos para branquear a pele.
- 19 — Produtos anti-rugas (*lifting, peeling*, etc.).

Anexo 6 - Tratamento anti-hipertensor: opções terapêuticas preferenciais em função de lesões ou patologia presente (DGS, 2013)

	Situação clínica	Fármacos
Lesão subclínica dos órgãos-alvo	HVE	IECA, BCC, ARA
	Aterosclerose assintomática	BCC, IECA
	Microalbuminúria	IECA, ARA
	Disfunção renal	IECA, ARA
Doença clínica	AVC	Qualquer anti-hipertensor
	Enfarte do miocárdio	BB, IECA, ARA
	Angina de peito	BB, BCC
	Insuficiência cardíaca	Diurético, BB, IECA, ARA, Espironolactona.
	Fibrilação auricular	ARA, IECA, BB, BCC (n/diropiridinico)
	Insuficiência renal / proteinúria	IECA, ARA, diurético de ansa
	Doença arterial periférica	BCC
Outra situação clínica	HSi, idoso	Diurético, BCC
	Síndrome metabólico	IECA, ARA, BCC
	Diabetes <i>Mellitus</i>	IECA, ARA

Siglas:

ARA: antagonista do recetor da angiotensina

AVC: acidente vascular cerebral

BB: bloqueador adrenérgico beta

BCC: bloqueador da entrada do cálcio

HSi: hipertensão sistólica isolada

HVE: hipertrofia ventricular esquerda

IECA: inibidor da enzima de conversão da angiotensina

Fonte: J Hypertens 2007; 25:1105-1187

Anexo 7 - Tratamento anti-hipertensor: contra indicações absolutas e relativas (DGS, 2013)

Grupo fármaco / terapêutico	Contra indicações	
	Absolutas	Relativas
Diurético tiazídico	Gota	Síndrome metabólico; Intolerância à glicose; Gravidez
Diurético anticaliurético	Hipercaliemia	
Bloqueador adrenérgico beta	Asma; Bloqueio A-V (2º e 3º grau)	Doença arterial periférica; Intolerância à glicose; Doença pulmonar crónica; Atletas e desportistas
Bloqueador da entrada do cálcio (dihidropiridínico)		Taquiarritmias; Insuficiência cardíaca
Bloqueador da entrada do cálcio (verapamil, diltiazem)	Bloqueio A-V (2º e 3º grau); Insuficiência cardíaca	
Inibidor da enzima de conversão da angiotensina	Gravidez; Edema angioneurótico; Hipercaliemia; Estenose bilateral da artéria renal	
Antagonista do recetor da angiotensina	Gravidez; Hipercaliemia; Estenose bilateral da artéria renal	

Fonte: J Hypertens 2007; 25:1105-87

Síglas:

Bloqueio A-V: bloqueio aurículo-ventricular

Anexo 8- Carta enviada aos responsáveis pelo CST

Tolosa, 20 Agosto 2013

Excelentíssimos (as) Senhores (as).

O meu nome é Judite do Rosário Felício Carrilho, estudante do Mestrado Integrado de Ciências Farmacêuticas da Universidade da Beira interior, e venho por este meio solicitar a vossa autorização para a realização no Centro Social de Tolosa do projecto para a minha Dissertação de Mestrado intitulada: " Adequação do Método Dáder no seguimento farmacoterapêutico em doentes hipertensos institucionalizados em Lar de Idosos", sob a supervisão da Professora Doutora Luiza Augusta Tereza Gil Breitenfeld Granadeiro e da Doutora Ana Rita Lopes da Silva.

Sabendo que:

O envelhecimento da população é hoje um dos fenómenos demográficos mais preocupantes nas sociedades modernas.

Em 2011, 19% da população portuguesa era composta por idosos, prevendo-se um aumento destes valores nos anos vindouros. (INE, 2011).

Os doentes geriátricos apresentam-se como consumidores de cerca de 30 a 50% de todos os fármacos prescritos, sendo na maioria dos casos, doentes polimedicados (Stegemann et al, 2010; Swanlund, 2010; Nash et al., 2000; Sancar et al., 2011)

Segundo a OMS, estima-se que 50% de todos os medicamentos são prescritos, dispensados ou vendidos de forma inapropriada e que 50% dos doentes não os utilizam de forma correcta, sendo urgente a promoção do uso mais racional do medicamento.

Estudos anteriores revelaram que mais de 50% dos fármacos prescritos em Cuidados de Saúde Primários não têm indicação e que em 55% dos idosos em ambulatório e 25% dos institucionalizados não foram prescritos fármacos considerados necessários. Estima-se mesmo que 97% dos idosos institucionalizados e 61% dos idosos em ambulatório consumam pelo menos um fármaco inapropriado.

Atendendo às mudanças nas funções vitais, presença de várias doenças e polimedicação associada, os doentes geriátricos constituem, um grupo de doentes vulnerável, desenvolvendo reacções adversas graves, muitas delas evitáveis (Delafuente, 2003). Num estudo efectuado

por Gurwitz et al (2003), verificou-se que cerca de 95% das reacções adversas associadas à medicação são previsíveis e que 28% destas são facilmente contornáveis.

Atendendo ao facto de o número de idosos que requerem de cuidados médicos a longo prazo estar a aumentar, verifica-se também uma maior afluência destes aos lares, para que aí recebam os cuidados de que necessitam (Crespin et al., 2010).

Os idosos que residem em lares apresentam predisposição para erros de medicação. Aproximadamente 75% dos idosos apresentam algum nível de comprometimento cognitivo e 61% dos residentes tomam nove ou mais fármacos por dia (Crespin et al, 2010).

Aos idosos institucionalizados são administrados diariamente muitos medicamentos, sendo esta tarefa dependente de enfermeiros e técnicos auxiliares sem formação adequada, estando ao cuidado destes a administração de fármacos em crises agudas.

O farmacêutico é por excelência o profissional indicado para o seguimento farmacoterapêutico, mas muito pouco ainda é conhecido sobre uma possível intervenção do farmacêutico neste tipo de instituições.

O método de Dáder apresenta-se como uma ferramenta útil para a realização de seguimento farmacoterapêutico por parte do farmacêutico, sendo no entanto maioritariamente utilizado em farmácia comunitária, pouco se sabendo sobre a sua aplicação a instituições. (Hernández [et al.], 2009)

O Método Dáder de Seguimento Farmacoterapêutico (SF) é um procedimento operativo simples que permite realizar Seguimento Terapêutico a qualquer doente, em qualquer âmbito assistencial, de forma sistematizada, continuada e documentada. A sua aplicação permite registar, monitorizar e avaliar os efeitos da farmacoterapia utilizada por um doente, através de procedimentos simples e claros.

O Método Dáder baseia-se em obter informação sobre os problemas de saúde e a farmacoterapia do doente para ir elaborando a história farmacoterapêutica. A partir da informação contida na história, elaboram-se os estados da situação do doente, que permitem visualizar o “panorama” sobre a sua saúde e o seu tratamento em distintos momentos, assim como avaliar os resultados da farmacoterapia. Em consequência da avaliação e da análise dos estados da situação, estabelece-se um plano de actuação com o doente, onde ficarão registadas todas as intervenções farmacêuticas que se considerem oportunas para melhorar ou preservar o seu estado de saúde.

Apesar do Método Dáder estabelecer normas básicas para a realização do SF, este método caracteriza-se por ser adaptável e por se ajustar às particularidades do local assistencial onde se pode realizar. (Hernández [et al.], 2009).

Pretende-se com este projecto atingir-se os seguintes objectivos:

- Objectivo primário do projecto: Estudar a aplicação do método de Dáder de Seguimento Farmacoterapêutico num lar de idosos.

Para alcançar o objectivo primário iremos:

- Caracterizar o perfil dos idosos hipertensos no centro social de Tolosa;
- Caracterizar os grupos farmacoterapêuticos utilizados no tratamento da hipertensão e a sua adequação ao idoso;
- Identificar PRM (problemas relacionados com medicamentos) e RNM (resultados negativos associados à medicação);
- Aplicar o método e fazer a sua análise crítica.

Os métodos a utilizar serão:

A análise de todos os indivíduos da população residente no lar que correspondam aos critérios de inclusão (Idosos residentes no centro social de Tolosa, com idade igual ou superior a 65 anos, com hipertensão arterial diagnosticada, que concordem participar no estudo através de assinatura de consentimento informado).

Relativamente à recolha de informação, serão obtidos dados pessoais de cada utente (nome, idade e sexo) e uma cópia do seu registo da medicação e de Pressão Arterial.

Serão efectuadas entrevistas à directora da instituição, assim como às pessoas responsáveis pela preparação e administração da medicação.

Será sempre garantida a confidencialidade e a preservação da identidade dos utentes.

Com este estudo, não há quaisquer riscos para a saúde dos utentes. Pretende-se no entanto melhorar a segurança da medicação através do seguimento farmacêutico, comunicando com o médico qualquer alteração que se ache necessária, ou qualquer problema relacionado com medicamentos que seja encontrado.

Não existe qualquer financiamento para este projecto, nem quaisquer interesses económicos dos investigadores implicados no mesmo.

Este é o projecto ao qual me disponho, para o qual necessito da autorização de instituição.

Para qualquer dúvida que possa surgir, deixo o meu contacto de email e telemóvel:

cjudite@gmail.com

963330794

Agradeço desde já a atenção dispensada,
Atenciosamente,

(Judite do Rosário Felício Carrilho)

Anexo 9 - Consentimento informado cedido aos doentes do CST, tendo sido assinado pelos que aceitaram participar na amostra.

CONSENTIMENTO INFORMADO

O meu nome é Judite do Rosário Felício Carrilho, aluna do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas da Universidade da Beira Interior, e estou a realizar um trabalho de investigação, sob a supervisão da Professora Doutora Luiza Augusta Tereza Gil Breitenfeld Granadeiro, e da Doutora Ana Rita Lopes da Silva intitulado “Adequação do Método Dáder no seguimento farmacoterapêutico em doentes hipertensos institucionalizados em Lar de Idosos”.

Será feita uma pesquisa onde serão estudados os medicamentos utilizados no tratamento da sua hipertensão, através da análise dos registos de medicação. O objectivo maior deste estudo é estudar a aplicação do método de Dáder de Seguimento Farmacoterapêutico num lar de idosos, e assim contribuir para a melhoria da segurança no uso dos medicamentos.

Pretende-se com o seguimento farmacoterapêutico contribuir para aumentar a segurança na sua medicação, através da identificação de possíveis problemas relacionados com os seus medicamentos.

Com este estudo, não há quaisquer riscos para a sua saúde, uma vez que não serão feitas alterações a nenhum dos seus medicamentos.

Pretendo a sua colaboração através do seu consentimento para a consulta do seu registo de medicação do Centro Social de Tolosa.

Os dados fornecidos são absolutamente confidenciais e será sempre garantida a preservação da sua identidade. Caso assim o deseje, poderá recusar participar neste estudo a qualquer altura sem que isso prejudique os seus direitos.

Os resultados obtidos serão usados única e exclusivamente para fins científicos e toda a informação relativa a este estudo permanecerá confidencial. A sua identidade como participante não será revelada e todas as referências que a possam comprometer serão eliminadas antes da publicação de relatórios ou artigos científicos.

Não existe qualquer financiamento para este projecto, nem quaisquer interesses económicos dos investigadores implicados no mesmo.

Para efeitos legais é exigido, para o uso dos dados do seu registo, que autorize por escrito a sua utilização. Peço portanto que o faça, se concordar com o acima descrito, através de uma assinatura no espaço a seguir, destinado para o efeito.

Assinatura:

Data:

Desde já agradeço a sua preciosa colaboração!



Judite do Rosário Felício Carrilho