



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR
Ciências da Saúde

**Polimedicação em Idosos Institucionalizados
Experiência Profissionalizante na vertente de Farmácia
Comunitária, Hospitalar e Investigação**

Maria João da Silva Ferreira

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

Orientador: Prof. Doutor Gilberto Alves

Covilhã, Outubro de 2015

Resumo

Este relatório encontra-se dividido em três capítulos. O primeiro e o segundo abordam as experiências profissionalizantes nas vertentes de Farmácia Hospitalar e Comunitária, respetivamente. Por fim, o terceiro capítulo é referente à vertente de investigação abordando o tema Polimedicação em Idosos Institucionalizados.

O estágio em Farmácia Hospitalar (Capítulo I) decorreu, entre 26 de janeiro e 21 março, nos Serviços Farmacêuticos do Centro Hospitalar Vila Nova Gaia/Espinho. Durante este período foi possível, não só constatar a importância do farmacêutico hospitalar enquanto promotor do uso racional e seguro do medicamento, como também contactar com a realidade dos ensaios clínicos em meio hospitalar.

O estágio em Farmácia Comunitária (Capítulo II) decorreu, no período de 23 março a 13 de junho, na Farmácia da Moderna, em Figueira de Castelo Rodrigo e constituiu uma ótima preparação para os desafios futuros esperados. Com este relatório pretende-se descrever toda a organização e atividades desenvolvidas durante o estágio e sua articulação com a legislação em vigor.

O Capítulo III trata da problemática da polimedicação em idosos institucionalizados. A polifarmácia é um fator relevante nos idosos, uma vez que aumenta o risco de duplicação de medicação, interações medicamentosas e reações adversas a medicamentos. Os idosos institucionalizados apresentam riscos aumentados, por apresentarem muitas doenças limitantes, fragilidade e baixa funcionalidade. Neste estudo apurou-se que 61% da população institucionalizada apresentava polimedicação (definida como o uso de mais de 5 medicamentos em simultâneo). A faixa etária dos 85-94 anos foi a que apresentou maior percentagem (com 68%). Relativamente ao género, o sexo masculino foi o que revelou mais casos com 66% da população masculina. De entre os medicamentos mais prescritos destacaram-se os fármacos com ação no aparelho cardiovascular, sistema nervoso central e sangue com 35%, 29% e 12%, respetivamente.

Palavras-chave

Idosos institucionalizados; Lares de idosos; Polimedicação; Farmácia Comunitária; Farmácia Hospitalar.

Abstract

This document is divided into 3 chapters. The first and the second chapters present the work developed in two different professional internships, while the third one presents the research conducted about the Polymedication on Institutionalized Elders in Figueira de Castelo Rodrigo area.

Chapter I presents a report on the internship carried between January 26th 2015 and March 21st of the same year, at the Pharmaceutical Services department in the Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho. During the period of the internship, it was made clear the importance of the Hospital Pharmacists as promoters of the rational and safe use of medication. Additionally it was possible to have contact with clinical trials carried out by the same hospital.

Chapter II is a reports on the internship on Community Pharmacy that took place between March 23rd and June 13th of 2015, at “Farmácia Moderna” in Figueira de Castelo Rodrigo. The report intends to describe all the activities carried out during the period of internship as well as describe the legislation of the sector. This internship was crucial to anticipate and better prepare the challenges that are still to come.

Chapter III deals with the polymedication problem present among institutionalized elderly. The polypharmacy is a significant problem, since it increases the likelihood of medication duplication, drug interactions and adverse drug reactions. The institutionalized elderly have an increased risk because they present many limiting diseases, fragility and low functionality. In this study it was found 61% of the studied population had polypharmacy (defined as consuming more than five drugs simultaneously). The age group with the highest percentage of polymedicated was of 85-94 years with 68% of Polymedicated. Additionally, males were the gender most prone to polymedication with 66% of male individuals. Among the most prescribed medications stood out the agents acting on the cardiovascular system, central nervous system and blood with 35%, 29% and 12% respectively.

Keywords

Institutionalized elderly; Nursing homes; Polypharmacy; Community Pharmacy; Hospital Pharmacy.

Índice

Capítulo I - Relatório de Estágio no Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho	1
1. Introdução	1
1.1. Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho	1
1.2. Serviços Farmacêuticos	2
2. Gestão de Medicamentos, Produtos Farmacêuticos e Dispositivos médicos	3
2.1. Seleção de medicamentos, produtos farmacêuticos e dispositivos médicos	3
2.2. Aquisição de medicamentos, produtos farmacêuticos e dispositivos médicos	4
2.3. Receção e Conferência de Encomendas	7
2.4. Armazenamento	7
3. Sistemas de distribuição	8
3.1. Distribuição Individual Diária em Dose Unitária (DIDDU)	9
3.2. Distribuição “Clássica”	10
3.3. Distribuição de medicamentos a doentes em regime de ambulatório	11
3.4. Distribuição de medicamentos para a Unidade de Cirurgia de Ambulatório	14
3.5. Distribuição de Medicamentos sujeitos a controlo especial	15
4. Produção/Farmacotecnia	18
4.1. Preparação citotóxicos	19
4.2. Preparação de Nutrição Parentérica	22
4.3. Manipulação Galénica Estéril	25
4.4. Manipulação Galénica não Estéril	25
4.5. Reembalagem	26
5. Ensaio Clínicos (EC)	27
6. Comissões Técnicas	31
7. Farmacovigilância	32
8. Informações sobre medicamentos e formações	33
9. Conclusão	33
10. Referências Bibliográficas	35
Capítulo II - Relatório de Estágio na Farmácia Moderna	39
1. Introdução	39
2. Organização da Farmácia	39
2.1. Recursos Humanos	39
2.2. Localização geográfica / Horário funcionamento / Caracterização dos utentes	40
2.3. Caracterização do espaço exterior	40
2.4. Caracterização do espaço interior	40
3. Gestão	42
3.1. Gerar encomendas	42
3.2. Receção de encomendas	43
3.3. Prazos de validade	44
3.4. Devoluções a laboratórios/armazenistas	44
4. Dispensa de medicamentos/produtos	44
4.1. Medicamentos Sujeitos a Receita Médica	44
4.2. Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica/Medicamentos Não Sujeitos Receita Médica-Exclusiva de Farmácia	48
4.3. Medicamentos de uso veterinário (MUV)	49
4.4. Dispositivos médicos	50
4.5. Produtos para autocontrolo da diabetes mellitus	51
4.6. Medicamentos homeopáticos	51
4.7. Produtos de dermofarmácia, cosmética e higiene	51
4.8. Fitoterapia e suplementos nutricionais (nutracêuticos)	52
4.9. Produtos dietéticos	53
4.10. Medicamentos Manipulados (MM)	54
4.11. Medicamentos Estupefacientes e psicotrópicos	56
5. Processamento de receituário e faturação	56
5.1. Receituário devolvido	57
6. Controlo das temperaturas	58
7. Serviços Farmacêuticos	58

8. VALORMED	59
9. Cartão Farmácias Portuguesas / Cartão Saúde.....	59
10. Outras atividades	60
11. Conclusão	60
12. Referências Bibliográficas	61
Capítulo III - Polimedicação em idosos institucionalizados	65
1. Introdução.....	65
1.1. Envelhecimento da Europa	65
1.2. O Envelhecimento em Portugal	67
1.3. Polimedicação	73
1.4. Reações Adversas a Medicamentos no Idoso	76
1.5. Farmacologia Clínica Geriátrica.....	76
2. Objetivos	82
3. Métodos.....	83
3.1. População estudada	83
3.2. Recolha de Informação	83
4. Resultados.....	84
4.1. Caracterização da amostra	84
4.2. Caraterização das instituições	85
4.3. Caracterização da utilização de medicamentos	87
4.4. Caraterização da Polimedicação	89
5. Discussão	93
6. Conclusão.....	97
7. Referências Bibliográficas	98
Anexos	104

Lista de Figuras

Figura 1 - População idosa (65 ou mais anos de idade, %), na EU a 28, em 2003 e 2013 (2). ..66	66
Figura 2 - Índice de envelhecimento, na UE a 28, em 2003 e 2013 (2).66	66
Figura 3 - Pirâmide etária da população residente em Portugal, 2001 e 2013 (8).68	68
Figura 4 - Esperança média de vida à nascença (em anos), em Portugal 2001-2003 a 2011-2013 (8).68	68
Figura 5 - Relação ente a população idosa (mais 65 anos) e a população total por distrito e por concelho em 2013 (9).69	69
Figura 6 - Pirâmide etária de Portugal em 2013 (estimativas), 2035 e 2060 (projeções, cenário central) (12).....70	70
Figura 7 - Distribuição percentual dos utentes em Estrutura Residencial para Pessoas Idosas por escalão etário, no Continente em 2013 (9).72	72
Figura 8 - Geografia do Concelho de Figueira de Castelo Rodrigo.....72	72
Figura 9 - Distribuição dos utentes por faixa etária e género.84	84
Figura 10 - Percentagem utentes por género e lar.85	85
Figura 11 - Percentagem de utentes por faixa etária e lar.85	85
Figura 12 - Percentagem de medicamentos consumidos por grupo anatómico.87	87
Figura 14 - Grupo anatómico do sangue: percentagem de consumo por grupos terapêuticos..88	88
Figura 15 - Sistema digestivo: percentagem de consumo por grupos terapêuticos88	88
Figura 16 - Sistema nervoso central: percentagem de consumo por grupos terapêuticos.89	89
Figura 17 - Grupo terapêutico psicofármacos: percentagem de consumo por grupo farmacológico.....89	89
Figura 18 - Percentagem de utentes por número de medicamentos consumidos.90	90
Figura 19 - Consumo médio, máximo e mínimo por lar.90	90
Figura 20 - Percentagem de utentes polimedicados por lar.....91	91
Figura 21 - Percentagem utentes polimedicados por faixa etária.91	91
Figura 22 - Percentagem de utentes polimedicados por género.92	92

Lista de Tabelas

Tabela 1 - Evolução das Estruturas Residenciais para Idosos em Portugal Continental (2000-2014).	71
Tabela 2 - Caracterização das instituições.	86

Lista de Acrónimos

ACSS	Administração Central do Sistema de Saúde
AIM	Autorização Introdução no Mercado
ANF	Associação Nacional de Farmácias
AO	Assistente Operacional
AT	Assistente Técnico
ATC	<i>Anatomical Therapeutical Chemical</i>
AUE	Autorização de Utilização Excecional
BDZ	Benzodiazepinas
CA	Conselho de Administração
CAT	Comissão de Apoio Técnico
CAUL	Certificado de Autorização de Utilização de Lote
CCF	Centro de Conferência de Faturas
CEIC	Comissão de Ética para a Investigação Clínica.
CES	Comissão de Ética para a Saúde
CFLH	Câmara de Fluxo Laminar Horizontal
CFT	Comissão de Farmácia Terapêutica
CNFT	Comissão Nacional de Farmácia Terapêutica
CNPD	Comissão Nacional de Proteção de Dados
COELL	Certificado Oficial Europeu de Libertação de Lote
CTX	Citotóxicos
DCI	Denominação Comum Internacional
DIDDU	Distribuição Individual Diária em Dose Unitária
DL	Decreto-Lei
DV	Derivados Plasma
DT	Diretora Técnica
EC	Ensaio Clínico
EPI	Equipamento Proteção Individual
ERPI	Estrutura Residencial para Pessoas Idosas
FCR	Figueira de Castelo Rodrigo
FHNM	Formulário Hospitalar Nacional de Medicamentos
FM	Farmácia Moderna
FNM	Formulário Nacional de Medicamentos
GCP	<i>Good Clinical Practice</i>
HEPA	<i>High efficiency Particulate Air</i>
IBP	Inibidores Bomba de Protões
IM	Via Intramuscular
IMC	Índice de Massa Corporal
INCM	Imprensa Nacional Casa da Moeda
INFARMED	Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde I.P.
IVA	Imposto sobre o Valor Acrescentado
MICF	Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas
MNSRM	Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica
MNSRM-EF	Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica de Dispensa Exclusiva em Farmácia
MP	Matérias-Primas

MSRM	Medicamentos Sujeitos a Receita Médica
MUV	Medicamentos de Uso Veterinário
NP	Nutrição parentérica
NP	Nutrição Parentérica
OMS	Organização Mundial de Saúde
PA	Pressão Arterial
PMA	Preço Máximo Autorizado
PPCIRA	Programa Nacional de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência a Antimicrobianos
PVF	Preço de Venda à Farmácia
PVP	Preço de Venda ao Público
RAM	Reação Adversas a Medicamentos
RSES	Rede de Serviços e Equipamentos Sociais
RCM	Resumo das Características do Medicamento
RFID	Sistema de Identificação por Radiofrequência
SA	Serviços de Aprovisionamento
SAD	Serviço de Apoio Domiciliário
SF	Serviços Farmacêuticos
SGICM®	Sistema de Gestão Integrado do Circuito do Medicamento
SI	Sistema Informático
SNC	Sistema Nervoso Central
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SPMS	Serviços Partilhados do Ministério da Saúde
$t_{1/2}$	Meia Vida
TDT	Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica
UCA	Unidade de Cirurgia de Ambulatório
UE	União Europeia
UPC	Unidade de Preparação de Citotóxicos
VD	Volume de Distribuição

Capítulo I - Relatório de Estágio no Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho

1. Introdução

O estágio hospitalar, está inserido no âmbito da Unidade Curricular “Estágio” do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas e foi realizado nos Serviços Farmacêuticos do Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho (CHVNG/E), tendo tido a duração de 8 semanas.

Os Serviços Farmacêuticos (SF) Hospitalares, asseguram a terapêutica medicamentosa aos doentes, a qualidade, eficácia e segurança dos medicamentos, integram as equipas de cuidados de saúde e promovem ações de investigação científica e de ensino (1).

Pelas competências técnicas, clínicas e de gestão, os farmacêuticos estão envolvidos em todos os processos de seleção, aquisição, informação, preparação e distribuição de medicamentos e produtos farmacêuticos. Participam também, em Comissões Técnicas e podem integrar equipas de investigação de vários ensaios clínicos.

O presente relatório tem como objetivo descrever todas as atividades realizadas nos SF do CHVNG/E em que tive oportunidade de participar.

1.1. Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho

O CHVNG/Espinho E.P.E. é um hospital central da região de Entre Douro e Vouga. Este centro hospitalar dispõe de todas as valências básicas, intermédias, diferenciadas e praticamente todas as altamente diferenciadas. Algumas destas valências, são consideradas como referência na zona Norte. Como tal, assume um perfil assistencial assegurando integralmente o funcionamento de um Serviço de Urgência Polivalente, de acordo com os requisitos legais. Apresenta uma lotação de aproximadamente 550 camas, sendo visitado diariamente por cerca de dois mil utentes.

Sem prejuízo do princípio da liberdade de escolha no acesso à rede nacional de prestação de cuidados de saúde, consagrado na Lei de Bases da Saúde, as Unidades que integram o CHVNG/E servem, preferencialmente, a população de utentes da área de influência que lhe está atribuída pelas redes de referência hospitalar. Deste modo, serve o Concelho de V.N. Gaia e Espinho em todas as especialidades, Concelho entre Douro e Vouga para especialidades de diferenciação intermédia, Concelhos do Norte do país a Norte do Rio Vouga para as especialidades de elevada diferenciação.

É constituído por 3 unidades distribuídas pelos dois concelhos vizinhos. Em Vila Nova de Gaia localizam-se a unidade I (antigo Hospital Eduardo Santos Silva) e a unidade II (antigo Hospital

Comendador Manuel Moreira de Barros). No município limítrofe, Espinho, encontra-se a unidade III (antigo Hospital Nossa Senhora da Ajuda) (2).

1.2. Serviços Farmacêuticos

Os serviços farmacêuticos hospitalares são regulamentados por diploma governamental, o Decreto-Lei n.º 44204, de 2 de fevereiro de 1962, apresentando-se, por sua vez, o Manual da Farmácia Hospitalar como um documento importante de apoio (1, 3).

Os Serviços Farmacêuticos Hospitalares têm por objeto o conjunto de atividades farmacêuticas, exercidas em hospitais ou nos serviços a eles ligados, designadas por “atividades de Farmácia Hospitalar” (1, 2). Os SF constituem departamentos com autonomia técnica, sujeitos à orientação geral dos órgãos da administração dos hospitais, perante os quais respondem pelos resultados do seu exercício (3). Além disso os SF, asseguram a terapêutica medicamentosa aos doentes e a sua qualidade, eficácia e segurança, integrando as equipas de cuidados de saúde e promovendo ações de investigação científica e de ensino (1, 2). Neste sentido são funções dos Serviços Farmacêuticos Hospitalares: a seleção e aquisição de medicamentos, produtos farmacêuticos e dispositivos médicos e o seu respetivo aprovisionamento, armazenamento; distribuição dos medicamentos e outros produtos de saúde; produção de medicamentos; participação em Comissões Técnicas; Farmacocinética, Farmacovigilância e a prestação de Cuidados Farmacêuticos; participação nos Ensaio Clínicos; desenvolvimento de ações de formação; entre outras (1, 2).

1.2.1. Recursos Humanos

Os recursos humanos são a base essencial dos Serviços Farmacêuticos Hospitalares. Para o bom funcionamento destes Serviços é essencial possuir meios humanos adequados, quer em número, quer em qualidade.

A direção dos Serviços Farmacêuticos Hospitalares é obrigatoriamente assegurada por um farmacêutico hospitalar (3). No CHVNG/E, esta função é exercida pela Dra. Aida Batista. A equipa destes serviços é ainda constituída por mais 15 farmacêuticos, 15 Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica (TDT), 3 Assistentes Técnicos (AT) e 15 Assistentes Operacionais (AO), que se articulam entre si nas suas diferentes funções dentro do serviço e na instituição.

1.2.2. Sistema Informático

No SF do CHVNG/E o programa informático utilizado é o SGICM® (Sistema de Gestão Integrado do Circuito do Medicamento) fornecida pela firma “CPCHS- *Healthcare Solutions*”. Esta aplicação faz a gestão integrada da produção, compras, armazenamento, controle e distribuição de medicamentos, prescrição, registo terapêutico, distribuição de medicamentos e de outros produtos associados.

O SGICM no CHVNG/E faz parte integrante do circuito do medicamento e apresenta inúmeras vantagens como aumento da segurança, a redução de erros de medicação, o conhecimento

rigoroso do perfil fármaco terapêutico dos doentes, a diminuição dos riscos de interações medicamentosas, a racionalização da terapêutica e dos diversos *stocks* nos serviços, o controlo mais rigoroso de todos os custos, redução de desperdícios, entre outras.

2. Gestão de Medicamentos, Produtos Farmacêuticos e Dispositivos médicos

A crise económica, social e financeira, que Portugal enfrenta tem consequentemente repercussões graves a nível da saúde, assim como no Sistema Nacional de Saúde (SNS). O crescimento da despesa em cuidados médicos tem sido uma preocupação constante, levando à implementação de várias medidas de contenção por parte dos decisores políticos, nomeadamente no consumo de medicamentos em meio hospitalar. Os medicamentos representam grande parte do gasto orçamental a nível hospitalar e como tal uma boa gestão garante uma maior rentabilização dos recursos, diminuição dos desperdícios e consequentemente uma diminuição dos custos.

Uma das responsabilidades dos SF é a gestão de *stocks*, dar resposta às solicitações no que respeita a medicamentos, dispositivos médicos e outros produtos farmacêuticos, sem que ocorra ruturas ou atrasos (2), ou seja visa a satisfação das necessidades terapêuticas dos doentes com a melhor utilização dos recursos disponíveis.

A gestão compreende várias fases que vão desde a seleção do medicamento, aquisição e armazenagem, passando pela distribuição e acabando na administração ao doente (1).

2.1. Seleção de medicamentos, produtos farmacêuticos e dispositivos médicos

A seleção de medicamentos hospitalares tem como base o Formulário Hospitalar Nacional de Medicamentos (FHNM) e as necessidades específicas dos doentes do Hospital.

O Despacho n.º 2061-C/2013, de 1 de fevereiro de 2013, estabelece a obrigatoriedade da utilização do Formulário Nacional de Medicamentos elaborados pela CNFT (Comissão Nacional de Farmácia Terapêutica), pelos prescritores nos estabelecimentos e serviços do Serviço Nacional de Saúde (4). No mesmo Despacho estabeleceu-se que a utilização de medicamentos não incluídos no Formulário Nacional de Medicamentos (FNM) depende da respetiva inclusão em adenda, a aprovar pela Comissão de Farmácia e Terapêutica do estabelecimento hospitalar. A aprovação da adenda está dependente de proposta consubstanciada em relatório fundamentado, a elaborar pelo diretor do serviço hospitalar ou pelo presidente do conselho clínico do Agrupamento de Centros de Saúde interessado. Para isso tem que demonstrar o valor acrescentado do medicamento proposto, face às demais alternativas terapêuticas existentes. Essas adendas, uma vez aprovadas devem ser remetidas à CNFT (4).

O FNM apenas inclui medicamentos com valor terapêutico acrescido e custo-efetividade aceitável, no respeito pela garantia de acesso aos medicamentos pela população em todos os estabelecimentos e serviços do SNS. Os medicamentos que não estejam incluídos no FNM ou nas suas adendas, não podem ser adquiridos pelos estabelecimentos e serviços do SNS (5).

Do formulário fazem parte medicamentos de prescrição limitada, a ser autorizada pelas Comissões de Farmácia e Terapêutica de cada hospital. Esta limitação deve-se a um conjunto de circunstâncias como: indicações muito restritas e especializadas, potencial elevado de efeitos adversos, exigindo uma rigorosa farmacovigilância, e custo elevado (6).

2.2. Aquisição de medicamentos, produtos farmacêuticos e dispositivos médicos

A gestão de *stock* é efetuada informaticamente, pelo Sistema de Gestão Integrada do Circuito do Medicamento (SGICM®). Para um melhor controlo, foi criado um programa informático interno, o GS-Farma (Gestão de Stocks do Armazém Central).

O GS-Farma permite que qualquer colaborador dos SF registre informaticamente as faltas, substituindo assim o registo manual. O programa permite assinalar 3 níveis de *stock*: Nível Baixo (Azul), Nível Crítico (Laranja), Stock Zero (Vermelho). Este programa possibilita ainda verificar o histórico de aquisições (quantidade encomendada e fornecedor).

Cada produto da farmácia está parametrizado no programa de gestão SGICM®, segundo um *stock* mínimo e máximo. Estes parâmetros têm em conta as saídas dos últimos meses e o tempo médio que vai entre um pedido e a chegada do produto. Quando este atinge o *stock* mínimo, aparece automaticamente na listagem dos indicadores de gestão.

Com base nas faltas registadas no GS-Farma e nos indicadores de gestão do SGICM®, o Farmacêutico faz o pedido de compra. Normalmente o pedido é feito segundo uma previsão de consumos de 1 mês. O controlo é mais rigoroso para produtos mais caros e a quantidade a pedir tem em conta o espaço de armazenamento. Este critério é particularmente crítico em produtos de frigorífico. Uma outra condicionante da quantidade a encomendar, depende das imposições dos fornecedores, exigindo muitas vezes quantidades mínimas.

Posteriormente, o pedido é avaliado pela diretora do SF, que o encaminha para aos Serviços de Aprovisionamento (SA) onde é gerada uma nota de encomenda.

Segue depois para os Serviços Financeiros a cabimentar sendo aqui criado um número de compromisso.

O serviço de aprovisionamento só poderá fazer a encomenda formal ao laboratório depois de devidamente autorizada. Esta autorização depende do valor da encomenda. Se o montante for igual ou inferior a 15 000€ a autorização é dada pelo responsável do serviço de aprovisionamento. Em encomendas com um custo entre 15 000€ e 50 000€ esta autorização é dada pela unidade de operação logística. Se for superior a 50000€ a autorização tem que ser obrigatoriamente aprovada pelo Conselho de Administração (CA).

A aquisição de produtos farmacêuticos pode ser realizada através de diferentes processos:

2.2.1. Aquisição através Catálogo de aprovisionamento público da Administração Geral do Sistema de Saúde (ACSS)

O catálogo de Aprovisionamento Público dos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS) está disponível *online* e é constituído pelos laboratórios que apresentaram as melhores propostas num concurso público centralizado.

Este catálogo tem como finalidade facilitar e desburocratizar os procedimentos de aquisições, garantir a transparência nas compras, assegurar uma efetiva concorrência entre fornecedores e aumentar eficácia na gestão e controlo dos aprovisionamentos (7).

Os SA fazem mapas com os produtos que interessam ao hospital consultando aquele catálogo. A Comissão de Apoio Técnico (CAT) reúne-se e apura através do Resumo das Características do Medicamento (RCM) ou das fichas técnicas dos produtos, se os laboratórios disponíveis reúnem as condições pretendidas, para os fins a que se destinam.

Por fim, é feito um concurso anual, onde se consultam no mínimo 3 laboratórios de cada produto (constantes no catálogo), com base nos consumos do ano anterior acrescidos de 10%. Após o produto ter procedimento aberto todo o processo de aquisição é mais rápido e a quantidade anual negociada pode ser pedida faseadamente.

2.2.2. Ajustes diretos/Negociação com consulta prévia/ Aquisição a farmácias comunitárias

O processo anteriormente descrito, apesar de muito vantajoso é muito moroso. Quando é necessária uma aquisição mais célere, esta pode ser feita por ajuste direto. Neste caso os SA, consultam se o produto em questão consta no catálogo da SPMS. Caso não conste, procuram os laboratórios detentores AIM no INFARMED. Sempre que possível, devem ser consultados no mínimo três laboratórios. Normalmente, faz-se uma proposta para uma compra com base em previsões de 2 meses. Os laboratórios enviam as suas propostas e é efetuada a escolha daquele que apresentar melhores condições.

No caso de produtos de baixo consumo ou em situações urgentes, efetua-se o pedido por ajuste direto à farmácia comunitária, ficando disponível no próprio dia.

2.2.3. Pedidos de empréstimo

Em situações de rutura de *stock* ou em situações de emergência a Farmácia pode ainda pedir um empréstimo a outro Hospital, devolvendo o produto logo que possível.

2.2.4. Aquisição de medicamentos que necessitam de autorização de utilização excecional (AUE)

Segundo o Decreto-Lei nº176/2006, de 30 Agosto o INFARMED pode autorizar, por razões fundamentadas de saúde pública, a comercialização de medicamentos que não beneficiem de autorização ou registo válidos em Portugal ou que não tenham sido objeto de um pedido de autorização. Esta autorização está prevista quando um determinado medicamento é considerado imprescindível à prevenção, diagnóstico ou tratamento de determinadas patologias, mediante justificação clínica e desde que seja demonstrada a inexistência de alternativa no conjunto de medicamentos com autorização de introdução no mercado ou quando medicamento em questão, seja necessário para impedir ou limitar a propagação, atual ou potencial, de agentes patogénicos, toxinas, agentes químicos, ou de radiação nuclear, suscetíveis de causar efeitos nocivos (8).

Esta Utilização Excecional de Medicamentos reveste-se de carácter particular e tem que respeitar os requisitos e condições definidas no regulamento aprovado pela Deliberação n.º 105/CA/2007, em 01 de março de 2007. Deste modo, podem ser autorizados medicamentos de benefício clínico bem reconhecido, nomeadamente, os pertencentes ao Formulário Hospitalar Nacional de Medicamentos ou que possuam autorização de introdução no mercado (AIM) em país da União Europeia; medicamentos com provas preliminares de benefício clínico, os que, nomeadamente, não possuindo AIM em qualquer país, disponham de provas experimentais preliminares, nomeadamente resultados de ensaios clínicos iniciais, que façam pressupor a atividade do medicamento na indicação clínica em causa (9).

Importa ressaltar que, para os medicamentos sem AIM na União Europeia, deverão ser apresentadas as “Boas Práticas de fabrico”, por forma a garantir a qualidade dos medicamentos a utilizar em Portugal.

Os requerentes devem, em regra, apresentar anualmente, durante o mês de setembro, um pedido único de AUE por medicamento considerado de benefício clínico bem reconhecido, para vigorar no ano seguinte. Este pedido deve também referir as quantidades do medicamento que se consideradas necessárias (9, 10).

2.2.5. Aquisição de medicamentos contendo estupefacientes e psicotrópicos

Todo o circuito que envolve medicamentos contendo Substâncias Estupefacientes/Psicotrópicos e Benzodiazepinas é efetuado por farmacêuticos e de acordo com a legislação em vigor (Decreto-Lei 15/93 de 22 janeiro, Decreto Regulamentar 61/94 de 12 de outubro e Decreto Regulamentar 28/2009 de 12 Outubro) (11-13).

Segundo o Decreto Regulamentar nº 61/94 de 12 de Outubro, “A venda ou cedência de substâncias e preparações compreendidas nas tabelas I a IV, com exceção da II-A, a estabelecimentos hospitalares do Estado, civis ou militares (...) é feita sob requisição escrita, devidamente assinada e autenticada, pelo respetivo responsável, (...) mediante documento emitido por meios informáticos, (...)” e acompanhado do anexo VII (11).

No CHVNG/E o farmacêutico a exercer funções nesta área com base nos indicadores de gestão e a média/aumento de consumo de determinado medicamento, efetua o pedido de compra. Este pedido é depois validado pela Diretora de Serviço que deve preencher o anexo VII, de acordo com a legislação. O duplicado do anexo é enviado pelos SA, para o laboratório, ficando o original na farmácia.

Para a aquisição de metadona, o pedido é feito à ARS-NORTE por *email*, não tendo este tipo de aquisição qualquer custo para o hospital.

2.3. Receção e Conferência de Encomendas

As encomendas são rececionadas por um assistente operacional (AO) e conferidas por um TDT. Este confronta o produto recebido com a guia de remessa, verifica a quantidade, lote, validade e cumprimento das condições de transporte. Assina, coloca o número mecanográfico e a data no duplicado da Guia de Remessa. Posteriormente, um AT compara a guia de remessa com a nota de encomenda, averiguando se a quantidade pedida foi a rececionada, bem como preços e condições financeiras/comerciais acordadas no pedido. Por fim, regista a entrada dos artigos no sistema informático.

Na receção de estupefaciente/psicotrópicos, derivados do plasma e medicamentos experimentais o procedimento de conferência é diferente.

Os estupefacientes/psicotrópicos exigem uma dupla conferência por dois farmacêuticos. Cada um deles assina, coloca o número mecanográfico e data a Guia Remessa/Fatura. É tirada uma cópia da guia, que é numerada (numeração sequencial dos estupefacientes e psicotrópicos).

Os Hemoderivados, também são conferidos por farmacêuticos, que confirmam se o produto vem acompanhado pelo CAUL-Certificado de Autorização de Utilização de Lote (Anexo 1), assim como as condições de transporte. Este certificado juntamente com a cópia da guia de remessa/fatura é arquivado em *dossier* criado para o efeito. É então efetuado o registo manual de entrada na ficha de movimentos para cada um dos derivados do plasma. A entrada informática é efetuado pelo assistente técnico administrativo que regista obrigatoriamente o lote e prazo de validade

O procedimento efetuado nos medicamentos experimentais encontra-se descrito no ponto 5 (Ensaio Clínicos).

2.4. Armazenamento

O armazenamento de medicamentos, produtos farmacêuticos e dispositivos médicos deve ser efetuado de modo a garantir as condições de espaço, luz, temperatura e segurança,

específicas de cada produto, (1) segundo as orientações do fabricante. As condições de armazenamento contribuem para a garantia de estabilidade e qualidade dos medicamentos.

O CHVNG/E possui vários armazéns: F2-Unidade 2; F3-Armazém Central; F4- Ambulatório; F5- Citotóxicos; F7- Soros; F8- Psicotrópicos e Benzodiazepinas; F9- RFID.

No armazém central os produtos encontram-se por ordem alfabética da Denominação Comum Internacional (DCI), à exceção dos hemoderivados, nutrição entérica e parentérica, medicamentos de uso oftálmica, medicamentos inflamáveis (estes encontram-se em edifício próprio, separado da farmácia e alguns num armário de segurança de inflamáveis), estupefacientes e psicotrópicos (em local reservado com fechadura de segurança), gases medicinais (em área separada da farmácia), desinfetantes e produtos de contraste radiológico. Cada produto está devidamente rotulado na prateleira, com o código do produto, DCI e dose.

Existe também, um local devidamente segregado para todos os produtos que se encontrem com o prazo de validade expirado ou que estejam danificados - Quarentena Q1.

O armazenamento é efetuado por um AO, que verifica sempre a validade dos produtos. Os de validade inferior são colocados na frente das prateleiras, deixando os produtos com prazo de validade mais longo atrás.

Os produtos termolábeis que exigem conservação no frio são armazenados em frigoríficos, munidos de um sistema de alarme automático sempre que a temperatura saia do intervalo entre 2° à 8° C.

A temperatura, humidade e pressão dos diferentes armazéns e frigoríficos são monitorizadas através do Sistema VIGIE® (sistema monitorização contínua *wireless*). Sempre que se verifique um desvio destes parâmetros é gerada uma mensagem de alerta para o telemóvel de serviço da farmácia.

3. Sistemas de distribuição

A distribuição de medicamentos é a face mais visível da atividade farmacêutica hospitalar representando um processo fundamental no circuito do medicamento. A distribuição tem como objetivo disponibilizar o medicamento correto, na quantidade e qualidade corretas, para o cumprimento da prescrição médica para cada doente (14). Assim, o sistema de distribuição de medicamentos é o método que abrange os procedimentos que ocorrem entre a prescrição e a administração de um medicamento.

O despacho conjunto dos Gabinetes dos Secretários de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, de 30 Dezembro de 1991, publicado no Diário da Republica n.º23 - 2ª série de 28 de Janeiro de 1992, torna imperativo legal o Sistema de Distribuição Individual Diária em Dose Unitária, tendo sido demonstrado o mais seguro e eficaz (1, 14), sempre que seja aplicável.

3.1. Distribuição Individual Diária em Dose Unitária (DIDDU)

O sistema de distribuição em dose unitária permite uma melhor segurança no circuito do medicamento, um melhor conhecimento da terapêutica e do perfil farmacoterapêutico dos doentes. Diminui também, os erros na medicação, reduz o tempo de enfermagem dedicado à preparação da medicação, permitindo uma racionalização de custo e diminuição dos desperdícios (1).

Neste sistema, existe uma distribuição em dose individual unitária para um período de 24h, com exceção dos fins-de-semana.

Este processo começa com a prescrição médica *online*, sendo a validação da mesma efetuada por um farmacêutico. Para tal verifica o perfil farmacoterapêutico do doente, verifica as dosagens, posologia, possíveis interações e duplicações de medicação. O farmacêutico deve ainda verificar se o medicamento prescrito pertence ao FHNM ou às adendas aprovadas pela CFT. No caso de não pertencer, deve verificar se o médico preencheu devidamente o campo destinado à justificação da utilização do mesmo. Esta situação também deve ser verificada para os medicamentos que embora pertençam ao FHNM, careçam de justificação. A prescrição deve sempre cumprir as regras do CHVNG/E. A validação também permite monitorizar e controlar a prescrição de antibióticos. No caso de dúvidas o farmacêutico deve contactar o médico responsável pela prescrição.

Os TDT's geram um Mapa de Distribuição de Medicamentos agrupados por Cama/Doente, assim que todas as prescrições estejam validadas pelo farmacêutico, que lhes disponibiliza toda a informação necessária para a preparação da medicação.

A medicação é colocada em malas com gavetas individualizadas devidamente identificadas com nome serviço, nome do doente e cama (Anexo 2).

Os TDT's agem como um segundo filtro de possíveis erros de prescrição, alertando o farmacêutico responsável pela validação sempre que detetarem alguma inconformidade. Antes do envio da medicação verifica-se sempre se existe alguma alteração como: altas, entradas, transferências ou alterações à terapêutica.

A medicação não administrada aos doentes é devolvida à farmácia, sendo os TDT's os responsáveis pelo registo informático.

Durante o estágio, tive a oportunidade de acompanhar o processo de validação e o esclarecimento de dúvidas por parte dos prescritores. Uma das dúvidas apresentadas foi se Levofloxacina 500mg comprimidos podia ser pulverizada para administração por sonda nasogástrica. Como não encontrei resposta no RCM do medicamento, enviei pedido de esclarecimento por *email* para o laboratório do medicamento. A resposta encontra-se transcrita no Anexo 3.

Também tive a oportunidade de gerar mapas de distribuição e preparar malas.

3.2. Distribuição “Clássica”

O sistema de “distribuição clássica” assenta principalmente no estabelecimento de perfis de consumo para os diferentes serviços clínicos. De acordo com os consumos registados, o enfermeiro chefe dos diferentes serviços efetua requisições em dias específicos, via informática.

Posteriormente à receção dos pedidos, estes são impressos e após análise pela TDT responsável, dá-se início à satisfação dos mesmos. Por fim, dá saída dos produtos no sistema informático.

A medicação é depois entregue nos serviços solicitantes pelo AO e o responsável pela receção da medicação procede à sua conferência.

Deste modo, os medicamentos são cedidos aos diferentes serviços sem que a farmácia tenha as seguintes informações: para quem é o medicamento, porque está sendo solicitado e por quanto tempo será necessário.

Neste sistema de distribuição o doente não beneficia da participação do farmacêutico na revisão e análise da prescrição médica. Outro aspeto negativo é o desperdício de recursos devido às perdas, por existirem vários *stocks* e falta de controlo das validades. Este sistema também impossibilita o apuramento real dos gastos por paciente.

Neste tipo de distribuição está também incluído os armazéns avançados (AA) e o sistema de distribuição Pyxis. Na distribuição tradicional a gestão e manutenção dos *stocks* é realizada pelo próprio serviço, nos Pyxis e AA esta é realizada pelo SF.

3.2.1. Distribuição de medicamentos por reposição de *stocks* por níveis/Armazém Avançado

Neste sistema de distribuição é previamente definido um *stock* quantitativo e qualitativo (máximo e mínimo) de acordo com as necessidades de cada serviço.

De forma a evitar possíveis ruturas é gerado diariamente pelo TDT uma lista dos serviços que apresentam valores abaixo do *stock* mínimos (1/3 do *stock* total). A reposição para *stock* máximo é efetuada em dias específicos acordados para cada serviço, com exceção do serviço de urgência que é diariamente repostado. A reposição é efetuada por um TDT com o auxílio de um Kardex (método semiautomático). A medicação é transportada e arrumada nos armazéns dos serviços por um AO.

Quando o enfermeiro administra o fármaco, efetua um consumo ao doente. Deste modo, este método permite que haja maior controlo dos *stocks* em tempo real de todos os AA e além disso já permite imputar gastos por doente.

3.2.2. Distribuição através do sistema Pyxis

O sistema Pyxis é um sistema semiautomático de dispensa de medicamento eletronicamente controlado, com um nível de segurança maior que os AA.

Este sistema possui vários níveis de segurança (mínimo, médio, máximo).

No nível mínimo de segurança, o utilizador tem acesso a todos os medicamentos existentes na gaveta, e é reservado para a medicação que não necessita de controlo rigoroso. No médio, o utilizador só tem acesso ao medicamento selecionado, mas na sua quantidade total. Na segurança máxima, normalmente reservada para Estupefacientes/psicotrópicos, apenas permite o acesso à medicação na quantidade selecionada (Anexo 4). No CHVNG/E existem apenas dois serviços com este sistema, o Serviço de Psiquiatria e no Serviço de Unidade de Cuidados Intensivos Cardioráxica.

À semelhança do que acontece nos AA, existem níveis mínimos e máximos de *stock*. Diariamente são repostos os níveis mínimos e em dias predefinidos com os diferentes serviços, os níveis máximos. A medicação é repostada pelos TDT's com exceção dos estupefacientes/psicotrópicos e benzodiazepinas que são repostas por um farmacêutico.

Para aceder ao sistema é sempre necessário colocar um código de entrada, o que permite registar todos os movimentos efetuado por utilizador.

O enfermeiro apenas tem acesso ao sistema e à retirada do medicamento após a respetiva prescrição médica, podendo visualizar a listagem de medicamentos prescritos, o que diminui a probabilidade de ocorrência de erros. Quando os enfermeiros retiram a medicação do Pyxis, os consumos são automaticamente gerados ao doente.

A comunicação em tempo real com a farmácia, permite uma melhor gestão de *stocks* e registo de consumos por serviço ou doente.

Este sistema apresenta vantagem relativamente aos restantes circuitos de distribuição, nomeadamente melhor controlo dos prazos de validade, diminuição do tempo até à administração do medicamento e diminuição tempo do enfermeiro gasto com a medicação.

3.3. Distribuição de medicamentos a doentes em regime de ambulatório

A distribuição de medicamentos em regime de ambulatório, resulta da necessidade de haver maior controlo e vigilância de determinadas terapêuticas e patologias, por possuírem efeitos secundários graves, pela necessidade de controlar a adesão à terapêutica, pelo seu elevado custo económico ou pelo facto de a comparticipação de certos fármacos à 100%, só ser no Serviço Farmacêutico Hospitalar. Este tipo de distribuição também permite uma redução dos custos relacionados com internamentos e os riscos a ele associados, além de uma maior comodidade para o doente (1, 14).

A dispensa de medicamentos em ambulatório engloba a cedência gratuita onde se incluem os medicamentos abrangidos e os não abrangidos pela legislação e a venda em situações de emergência desde que o fornecimento e dispensa dos mesmos, não possa ser feito pelas farmácias comunitárias. Nesta última situação, o doente deve comprovar não haver no

mercado local os medicamentos em questão com três carimbos de farmácias comunitárias diferentes (15).

Os medicamentos cedidos no CHVNG/E abrangidos pela legislação destinam-se às seguintes patologias: Doença renal crónica; Esclerose lateral amiotrófica; Esclerose múltipla; Acromegalia; Doença de Crohn; Artrite reumatoide, espondilite anquilosante, artrite psoriática, artrite idiopática juvenil e psoríase em placas; Hepatite C; Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH); Oncologia; Fibrose Quística; Planeamento familiar; Deficiência em hormona de crescimento (Anexo 5). Os medicamentos que não se encontram ao abrigo da legislação têm que ser autorizados superiormente pelo Conselho de Administração/ Direção Clínica do Hospital.

Regra geral, os medicamentos são cedidos diretamente aos doentes, com exceção de: Omalizumab para asma refratária, medicação para a hipertensão pulmonar que é distribuída para o Hospital de Dia-pneumologia; Infliximab, Tocilizumab e Natalizumab para o Hospital de Dia Polivalente; medicamentos referentes ao planeamento familiar que são cedidos a Ginecologia - Consulta Externa situada na Unidade III (Espinho) e medicação dos doentes para o Serviço de Hemodialise.

No processo de cedência de medicamentos para utilização no domicílio deve existir um envolvimento responsabilizado do doente. Neste sentido, o utente é esclarecido sobre o processo de monitorização da adesão, informação dos possíveis efeitos adversos e consequências do não cumprimento do plano terapêutico. É-lhe prestada também, informação sobre o horário, assim como as condições e períodos de cedências. Após o correto esclarecimento, o doente ou o cuidador aquando da primeira dispensa, deve assinar o termo de responsabilidade (Anexo 6). Estes são colocados em arquivo próprio por ordem alfabética.

Durante o ato de dispensa/consulta farmacêutica o farmacêutico efetua a validação da prescrição, identificando corretamente o doente, através do cartão de cidadão ou outro documento identificativo. Caso os medicamentos sejam cedidos a um cuidador, este deve mostrar a sua identificação assim como a do doente. Neste último caso, é registado no sistema informático a identificação do/os cuidador/es.

Com o sistema informático implementado na farmácia do CHVNG/E é possível, ter acesso aos dados pessoais atualizados de cada doente, o seu perfil farmacoterapêutico (DCI, forma farmacêutica, via de administração, dosagem, posologia, duração do tratamento), reações alergias, histórico dos medicamentos fornecidos, o médico que os prescreve, observações relevantes, data da última e da próxima consulta, entre outras informações.

Aquando da dispensa do fármaco é prestada ao utente a informação sobre a forma e via de administração do fármaco, condições de armazenamento, quantidade de unidades cedidas, custo global da terapêutica, data em que deverá renovar a prescrição, quando poderá fazer o próximo ato de dispensa, considerando sempre o nível de literacia dos doentes devendo complementar sempre que necessário a informação verbal com a escrita. Os doentes são também sensibilizados, que caso não consumam algum medicamento por mudança de prescrição, por reação adversa ou qualquer outro motivo estes devem ser devolvidos à

farmácia. Nestes casos o farmacêutico faz uma devolução da medicação referente ao doente em questão e coloca o lote/validade do fármaco e motivo da devolução.

A cedência de medicamentos em ambulatório é efetuada para períodos máximos de 1 mês, excetuando: doentes em diálise peritoneal e doentes oncológicos em hormonoterapia, cuja dispensa é efetuada para 2 meses ou em situações devidamente justificadas e autorizadas pela Comissão de Farmácia e Terapêutica

Devido aos potenciais efeitos teratogénicos humanos e dos seus riscos clínicos a dispensa de Talidomida é acompanhado por um formulário de autorização de Prescrição do Programa de Prevenção de Gravidez (Anexo 7), para evitar qualquer exposição a este fármaco durante a gravidez. O formulário deve ser preenchido pelo médico prescriptor e pelo farmacêutico que efetua a dispensa e é obrigatório para cada prescrição. Este formulário devidamente preenchido é arquivado na farmácia, de forma a documentar a *compliance* do programa devendo o seu duplicado ser devolvido à Celgene®.

A medicação é colocada em sacos opacos, assegurando assim a confidencialidade. Sempre que o fármaco a dispensar necessite de refrigeração, este é fornecido com um acumulador térmico.

No final do atendimento o doente ou cuidador deve assinar fatura comprovativa da medicação recebida (Anexo 8), exceto os indivíduos infetados pelo VIH e portadores de patologias sem suporte legal.

Caso o medicamento em questão seja de faturação (medicamentos prescritos a doentes com artrite reumatoide, espondilite anquilosante, artrite psoriática, artrite idiopática juvenil poliarticular e psoríase em placas) (16) o receituário/fatura é separado dos restantes. Já no caso de receita particular verifica-se se esta foi prescrita por um médico especialista da patologia em questão e se tem menção do despacho que abrange a medicação. Neste caso é então agrafada ao documento confirmativo do levantamento da medicação. Todos estes documentos são conferidos mensalmente e enviados aos serviços financeiros.

3.3.1. Sistema RFID (Sistema de Identificação por Radiofrequência)

O Centro Hospitalar Gaia/Espinho implementou um novo sistema de distribuição e armazenamento de medicamentos, que utiliza a tecnologia RFID - Identificação por Rádio Frequência, de forma a garantir um alto nível de segurança, quer para o utente, quer para o profissional.

O sistema de identificação por Radio Frequência é constituído por duas estações de conferência, localizadas nos postos de atendimento, Armários Inteligente RFID e um frigorífico com tecnologia RFID, no entanto o frigorífico não efetua deteção aquando da saída ou entrada de medicamentos tal como acontece com os armários.

Todos os produtos armazenados nestes armários inteligentes, são etiquetados com um *tag* RFID, que contém o nome do medicamento, o lote, a validade e o número de unidades por embalagem e emitem um sinal RFID, que permite a sua deteção à distância, sem necessidade

da passagem dum código de barras. Com o Armário, é possível obter informação de todos os produtos existentes numa área controlada e controlar as quantidades movimentadas. Qualquer movimento de entrada ou saída é registado de forma automática e imputado a um utilizador.

Deste modo, é possível reduzir os erros de cedência e armazenamento uma vez que o aparelho deteta se o medicamento e a quantidade cedido/armazenada é o correto.

3.4. Distribuição de medicamentos para a Unidade de Cirurgia de Ambulatório

Também é efetuada a dispensa de medicamentos em regime de ambulatório para a Unidade de Cirurgia de Ambulatório (UCA) situada na Unidade III em Espinho.

O fornecimento de medicação para ambulatório, no período pós-operatório, constitui uma prática aconselhável que traz vantagens evidentes para o doentes e racionalização económica para o Estado. Evita também a deslocação dos utentes ou dos seus acompanhantes às farmácias de oficina para adquirir os fármacos, ao mesmo tempo que afasta a compra integral de embalagens de medicamentos (17).

Os medicamentos são dispensados aquando da baixa médica. Apenas sendo incluídos os que podem ser administrados por via oral, rectal ou tópica, em formulações orais sólidas ou líquidas, supositórios ou colírios, pertencentes aos seguintes grupos farmacológicos:

- a) Analgésicos, com exceção dos medicamentos estupefacientes e psicotrópicos (com exceção do tramadol e a codeína, sempre que estejam em causa procedimentos cirúrgicos com dor esperada no pós-operatório de intensidade não controlável somente com fármacos anti-inflamatórios não esteroides, e nos quais se revele necessária a administração de analgésicos potencialmente mais eficazes);
- b) Anti-inflamatórios não esteroides;
- c) Antieméticos;
- d) Protetores da mucosa gástrica;
- e) Inibidores da bomba de protões (17, 18).

A quantidade de medicamentos dispensados não pode ser superior à necessária para sete dias de tratamento (18).

Estes medicamentos são reacondicionados nas unidades necessárias do medicamento prescrito, devendo ficar registada no processo clínico do doente cada medicamento prescrito:

- a) A substância ativa;
- b) A dose;
- c) A via de administração;
- d) A posologia;
- e) A duração da terapêutica;

- f) O número do lote de fabrico;
- g) O fabricante.
- h) Número de unidades reacondicionadas;
- i) Número de lote de reacondicionamento;
- j) Prazo de validade atribuído pelos serviços farmacêuticos;
- k) Cópia do rótulo utilizado na rotulagem do medicamento reacondicionado;
- l) Data do reacondicionamento;
- m) Assinaturas do técnico que procedeu ao reacondicionamento e do farmacêutico responsável pelo mesmo (19).

Assim, no CHVNG/E a medicação é dispensada em embalagem própria com um código de barras com indicação do fármaco, dose, nº de comprimidos/embalagem, nº de referência/lote, identificação de quem preparou, data de validade, impresso para o doente sobre a posologia e duração do tratamento.

3.5. Distribuição de Medicamentos sujeitos a controlo especial

3.5.1. Derivados Plasma (DP)

No FHNM, estes medicamentos DV encontram -se divididos pelo Grupo 4.4.2.-Sangue - Hemostáticos, do qual fazem parte o Fator de Von Willebrand humano, o Fator IX de coagulação humana, o Fator VIII de coagulação humana e o Fator VIII de coagulação humana associado ao Fator Von Willebrand humano. No Grupo 12.6. - Corretivos da volémia e das alterações eletrolíticas - substitutos do plasma e das frações proteicas do plasma, temos a albumina humana e, finalmente, no Grupo 18.3 - Vacinas e Imunoglobulinas - temos as imunoglobulinas, que são utilizadas contra a hepatite B, contra a varicela, contra o antigénio D, contra o citomegalovírus e contra o tétano (6).

Sendo o plasma humano a matéria-prima para a obtenção dos diversos hemoderivados, há uma natural e importante preocupação dos produtores destes medicamentos com a transmissão de agentes infetocontagiosos. Esta preocupação estende-se aos doentes e aos profissionais de saúde.

Preocupações relativas à segurança dos produtos derivados do plasma humano, especialmente agravadas pela contaminação pelo VIH ocorrida em doente hemofílicos, levaram o Ministro da Saúde a estabelecer regras para a aquisição de produtos derivados do plasma humano destinados aos serviços e estabelecimentos do Ministério da Saúde, através do despacho n.º 5/95 de 25 de janeiro, o qual foi revogado pelo Despacho n.º 28356/2008, de 13 de outubro (20).

Os medicamentos derivados do sangue ou plasma humano, pela sua variabilidade enquanto produtos de origem biológica, deverão dispor, para cada lote, de um Certificado Oficial Europeu de Libertação de Lote (COELL), de acordo com as *guidelines* europeias para

Libertação de Lote, reconhecido em qualquer país da Comunidade Europeia. No caso de medicamentos derivados do sangue ou plasma humano que possuam um Certificado Oficial Europeu de Libertação de Lote emitido por outro país, deverá ser emitido, pelo Infarmed um Certificado de Autorização de Utilização de Lote (CAUL) (21).

O processo de libertação oficial de lotes de medicamentos de origem biológica envolve assim, uma avaliação detalhada da documentação de produção de cada lote individual e a realização dos ensaios laboratoriais definidos nas normas europeias específicas para cada tipo de produto.

O Despacho conjunto n.º 1051/2000, de 14 de setembro que veio revogar o Despacho n.º 11291/97, de 27 de outubro, determinou a obrigatoriedade de identificar e registar todos os medicamentos hemoderivados prescritos e cedidos em meio hospitalar, em impresso próprio para o efeito, modelo n.º 1804 da Imprensa Nacional Casa da Moeda (INCM) (Anexo 9) (22).

A requisição clínica (Modelo 1804 INCM) é autocopiativa e de duas vias: VIA FARMÁCIA e VIA SERVIÇO (22). A requisição é enviada aos Serviços Farmacêuticos, após ser devidamente preenchida pelo médico. No QUADRO A, identificação médico prescriptor (nome legível do médico prescriptor, n.º mecanográfico ou vinheta, assinatura e data), doente (colante) e serviço requisitante. O QUADRO B, indicando de forma inequívoca o fármaco, dose/frequência, duração de tratamento e Diagnóstico/Justificação Clínica. No caso de se tratar de uma prescrição com indicação não aprovada em RCM terá de ir à Comissão de Ética, se não existir ainda parecer favorável da mesma.

A distribuição dos DP é efetuada por um farmacêutico, à exceção do Plasma Humano fresco inativado que é dispensado pelo serviço de Imuno-hemoterapia (utilizando obrigatoriamente a requisição via farmácia/via serviço e conservando a documentação associada, no serviço).

Nos Serviços Farmacêuticos deverá ser conferido o devido preenchimento dos quadros anteriores (Quadro A e Quadro B), antes de dar início à distribuição, verificar sempre datas de prescrição e datas previstas de administração. Após validação, o farmacêutico preenche o Quadro C, é atribuído um número de registo de distribuição (sequencial) à requisição do DP, é registado o DP, a quantidade, lote, laboratório e n.º CAUL, sendo assinada a dispensa pelo farmacêutico que prepara (n.º mecanográfico e data).

Seguidamente um AO do serviço requisitante virá levantar a medicação, assinando no respetivo campo. A VIA FARMÁCIA é arquivada nos SF enquanto a VIA SERVIÇO acompanha a medicação sendo arquivada no processo do doente.

No serviço, as administrações serão registado, em cada linha do Quadro D, a data, fármaco, quantidade, lote, laboratório (poderá ser a vinheta destacável no frasco do fármaco quando existir) e assinatura com número mecanográfico do enfermeiro responsável pela administração.

Caso o fármaco não seja administrado, este deve ser devolvido, aos SF acompanhado da VIA SERVIÇO, onde é registada a devolução (datada e assinada, com n.º mecanográfico, pelo Farmacêutico), sendo a respetiva via devolvida ao Serviço, para posteriormente arquivar no processo do doente. O farmacêutico faz a devolução informática, numera (n.ª sequencial) e

regista a devolução na ficha de movimentos do DP respetivo. Por fim imprime, numera e arquiva a folha de devolução informática.

Todos os movimentos de cada produto são também registados manualmente numa folha de registo de hemoderivados sendo registado o dia, a quantidade fornecida ou entrada (aquisição ou devolução dos serviços), o serviço clínico e o número de registo.

Todo este processo permita a rastreabilidade por lotes, assim caso surja alguma complicação relacionada com o fármaco, mesmo decorridos vários anos é possível identificar todos os doentes a quem foi administrado o DP.

Mensalmente é efetuado o inventário deste tipo de produtos.

3.5.2. Estupefacientes/Psicotrópicos e Benzodiazepinas

A distribuição de medicamentos estupefacientes e psicotrópicos exige um tipo de distribuição especial dada as suas características particulares.

No CHVNG/E, existem 4 circuitos distintos para a distribuição destas substâncias: distribuição tradicional; distribuição para os serviços com AA; distribuição para os sistemas Pyxis e distribuição para a unidade 3.

A distribuição tradicional é feita com base no modelo 1509 vulgarmente conhecido por anexo X (Anexo 10). Aquando da administração de um destes fármacos o enfermeiro regista no Anexo X, o nome do doente, cama/processo, a quantidade, data e assina. Para cada substância ativa e para cada dose e forma farmacêutica tem que ser preenchido um anexo x. No entanto podem ser registadas as administrações de vários doentes no mesmo anexo.

Quando é necessário a reposição do *stock* administrado, o diretor de serviço ou legal substituto assinam o anexo e este é enviado aos SF, até às 13h de segunda a sexta para serem distribuídos no dia útil seguinte (salvo exceções devidamente justificadas).

O farmacêutico verifica se o anexo está devidamente preenchido, registando as quantidades a repor, assinando e datando. Seguidamente a AT faz a saída informática e é feita a numeração sequencial ao longo do mês, no caso de se tratar de substâncias psicotrópicas/estupefacientes.

Com base na saída informática é preparada a medicação a ceder, sendo colocados os medicamentos juntamente com o anexo, num saco devidamente identificado com o serviço. Um segundo farmacêutico vai conferir todo este processo, assinando e datando.

Os Estupefacientes/Psicotrópicos e Benzodiazepinas são levantados por AO de cada serviço que assina o anexo x, ficando o original arquivado nos SF. O duplicado acompanha a medicação.

Quando é solicitada medicação aos SF que não faz parte do *stock* aprovado, esta também é requisitada pelo anexo x e deve ser colocado nas observações que o enfermeiro solicita abertura de *stock* provisório.

As devoluções deste tipo de medicação por parte dos serviços também são feitas com base no anexo x, onde deve ser constado o motivo. As devoluções também têm numeração sequencial e o número do documento da devolução tem que ser transcrito para o anexo x.

Quando é solicitado um pedido de substituição de um fármaco por que este se partiu ou danificou, a situação deve ser referida no anexo x e devendo ser acompanhada pelo fármaco danificado. Nesta situação o farmacêutico efetua informaticamente um consumo ao serviço.

A distribuição para a UCA-Espinho/BO Espinho e Medicina Espinho é semelhante à anterior, com a particularidade de o farmacêutico após verificar e assinar, tirar uma cópia do anexo x que arquiva até à devolução dos mesmos já assinados.

Na distribuição para AA, o farmacêutico consulta informaticamente os pedidos dos serviços e imprime uma listagem por serviço. Com base nesta listagem, coloca em sacos os medicamentos por serviço. Como acontece na distribuição tradicional, um segundo farmacêutico confere e dá a saída informática (satisfação pedido). A entrega é feita pelo AO dos SF e o processo informático só é finalizado quando o enfermeiro do serviço confirma a receção da medicação.

Relativamente à distribuição pelo Pyxis, diariamente o farmacêutico elabora uma listagem dos medicamentos Estupefacientes/Psicotrópicos e Benzodiazepinas que se encontram 80% abaixo do *stock* máximo e prepara a medicação. Um segundo farmacêutico faz a dupla conferência, sendo responsável pela reposição no dispositivo Pyxis. Durante este processo confere sempre se o *stock* real corresponde ao *stock* informático, fazendo as correções necessárias e verifica a existência de devoluções.

3.5.3. Distribuição de medicamentos extra formulário

Como já foi referido, as prescrições hospitalares são feitas com base FHNM e à sua adenda. Contudo, existem situações particulares em que médico sente a necessidade de recorrer a medicamentos que não constem FHNM ou adenda.

Nestas situações deve preencher o formulário de “justificação de receituário” de forma manual ou informática (Anexo 11), onde deve indicar o nome do doente, serviço, princípio ativo, dose, forma farmacêutica, posologia, duração prevista do medicamento, bem como o diagnóstico e a justificação para a prescrição. Estas justificações serão avaliadas por um farmacêutico e, caso necessário, serão encaminhados para a Diretora dos SF ou para a CFT para que concedam a respetiva autorização (23).

4. Produção/Farmacotecnia

Farmacotecnia é a área dos SF onde é realizada a preparação de formulações de medicamentos necessários ao hospital e que não se encontram disponíveis no mercado.

Muitos dos medicamentos comercializados que se encontram inadequados às características fisiopatológicas de determinados grupos de doentes com necessidades específicas, requerem condições especiais de manipulação ou que terão de ser sujeitos a operações de reembalagem que garantam a sua correta utilização.

Cabe aos farmacêuticos colmatar algumas destas lacunas terapêuticas. Com o objetivo de responder às exigências colocadas, os serviços farmacêuticos hospitalares têm necessidade de desenvolver múltiplas atividades em diversas áreas, abrangendo preparação de formas farmacêuticas estéreis e não estéreis.

Os requisitos e características técnicas para o desenvolvimento das atividades de manipulação e preparação de formas farmacêuticas estéreis e não estéreis devem observar as normas e cumprir com a legislação legal em vigor.

A legislação referente à preparação de Manipulados aprova as Boas Práticas de Fabrico de Manipulados, define a lista de equipamento mínimo, regula as condições exigidas às matérias-primas, e seus fornecedores (24). Em 2005, o então Conselho Executivo da Farmácia Hospitalar elaborou o Manual da Farmácia Hospitalar, onde se encontram definidas as instalações e os equipamentos, normas e procedimentos e os recursos humanos necessários (1).

4.1. Preparação citotóxicos

A quimioterapia é uma das áreas da saúde que tem apresentado maior desenvolvimento científico nos últimos anos. A descoberta de novos agentes antineoplásicos (também designados como citostáticos ou citotóxicos (CTX), tem proporcionado maior longevidade, qualidade de vida e bem-estar aos doentes. Embora a utilização primária destes fármacos esteja associada ao tratamento do cancro, eles são igualmente utilizados no tratamento de outros quadros clínicos como esclerose múltipla, psoríase e lúpus eritematoso sistémico, por via tópica em oftalmologia e no tratamento da estenose laringotraqueal (25).

A maioria dos CTX têm propriedades mutagénicas, carcinogénicas e teratógenicas, apresentando elevados risco para os operadores que o manipulam. Devido a isso, a sua preparação/manipulação exige particular cuidado, obedece a uma serie de Normas e Procedimentos instituídos (25, 26).

Todos os profissionais envolvidos no circuito, recebem formação acerca dos riscos de exposição, dos procedimentos específicos e são submetidos a exames médicos periódicos.

A Unidade de Preparação de Citotóxicos (UPC) é constituída por uma:

- Zona Negra (ou zona suja) - Corresponde à sala onde se retira adornos e vestuário e se veste a farda, inclui um banco corrido.
- Zona Cinzenta (antecâmara) - Esta zona ainda não é estéril, equipada com armários, para armazenagem do material necessário e com um lava mãos.

- Zona Branca (ou zona limpa) - Sala assética ou branca onde se encontra a Camara Fluxo Laminar vertical de tipo IIb, sendo pressurizada negativamente, para evitar a saída de aerossóis CTX.
- Sala de trabalho onde se validam as prescrições, e que funciona também como armazém.

Todas as atividades relacionadas com o manuseamento de CTX, desde a receção até à sua administração ao doente implicam o uso de EPI. Sala negra - calça, túnica, toucas (duas) e socos; Sala negra/cinzenta - Protetores de sapatos (dois pares, através do banco corrido); Sala cinzenta - máscara de alta filtração P3 e após a lavagem assética das mãos (Anexo 12) veste a bata esterilizada de baixa permeabilidade e primeiro par de luvas de látex; Sala branca - segundo par de luvas esterilizadas apropriadas para manipulação de CTX. Com exceção dos óculos e socos, todo este material é descartável e eliminados como resíduos hospitalares do Grupo IV (resíduos perigosos)

A equipa afeta à UPC, é constituída por: um TDT que é responsável pela manipulação dos CTX, e limpeza do interior da CFLV antes e depois da preparação CTX; um farmacêutico no apoio à manipulação, um farmacêutico na receção e validação de prescrições; dois AO (um para transporte das preparações, e outro responsável pela limpeza da sala e recolha dos resíduos).

Para minimizar os riscos para a saúde existe rotatividade entre os farmacêuticos e TDT que trabalham na sala de manipulação. Grávidas ou lactantes estão interditas de exercer funções na Área Oncológica, bem como homens nos 2 meses previamente à conceção (25).

A prescrição médica em oncologia é feita de acordo com os protocolos terapêuticos instituídos no CHVNG/E, aprovados pela Comissão de Coordenação Oncológica e pela Comissão de Farmácia e Terapêutica do hospital. Podem, no entanto ocorrer reduções de dose devidamente expressas na prescrição. A prescrição contempla as indicações imprescindíveis à preparação: Nome completo do doente, com NSC; Peso e Altura do doente; Diagnóstico; Dosagem de cada fármaco; Tempo previsto para a perfusão; Soro de diluição a utilizar e respetivo volume; Ritmo e via de administração.

Com base na lista de doentes agendados para o Hospital de Dia, o farmacêutico faz a listagem de doentes previstos para o dia seguinte, retirando do arquivo as respetivas prescrições.

As prescrições são sempre validadas pelo farmacêutico. Para tal, deve ter em conta uma série de itens fulcrais, dos quais se destacam: Nome do doente; Peso, altura e respetiva superfície corporal; Diagnóstico; Nome do protocolo de quimioterapia; Número do ciclo de quimioterapia; Datas do último e próximo tratamento (garantia de intervalo apropriado); Citotóxico(s)/outros fármacos prescrito(s); Dose do(s) fármaco(s) de acordo com a superfície corporal, peso, AUC; Forma farmacêutica; Tipo(s) de solução(ões) de diluição do(s) respetivo(s) fármaco(s) e respetivas concentrações; Tempo de perfusão e via de administração; Medicamentos prescritos como pré-medicação.

Na validação da prescrição oncológica, o farmacêutico confronta o diagnóstico com o protocolo prescrito e confirma se a dose prescrita está adequada ao doente. A dose dos

fármacos utilizados em oncologia, é normalmente calculada em função da superfície corporal do doente, segundo a fórmula:

$$SC (m^2) = 0,007184 X (Altura (cm))^{0,725} X (Peso (kg))^{0,425}$$

Assim, o farmacêutico, multiplicando a dose recomendada, para um determinado protocolo por m^2 (mg/m^2) pela superfície corporal do doente, verifica assim se a dose prescrita está de acordo com protocolo. Para certos fármacos, o cálculo da dose não é feito em função da superfície corporal, mas é feito em função do peso (ex: trastuzumab), ou por dose fixa (ex: vincristina) ou por ajuste de dose de acordo com a função renal (ex: carboplatina).

Em seguida, faz-se o cálculo da concentração, para ver se com a diluição, a concentração do fármaco esta entre os valores descritos em RCM. Confirma a frequência de administração da quimioterapia verificando a data e doses que efetuou no ciclo anterior.

Sempre que existam discrepâncias entre a prescrição e os protocolos aprovados, o farmacêutico deve contactar de imediato o médico para esclarecer a situação antes de proceder à preparação.

Por fim, elabora os rótulos do qual devem constar as seguintes informações: o Nome completo do doente (com NSC); Designação do fármaco, dose e volume correspondente; Soro de diluição e seu volume; Tempo de perfusão; Volume total; Informações relevantes (por exemplo proteger da luz); Data e hora de preparação; Assinatura dos profissionais responsáveis pela preparação.

Todos estes passos são novamente validados por um segundo farmacêutico (responsável pelo apoio à manipulação), confirmando os cálculos constantes no rótulo e das fichas de preparação.

Com base na lista de doentes agendados para o dia, o Farmacêutico coloca no transfer: embalagens de CTX necessárias, os rótulos identificativos anexados ao protocolo a que se referem e os solventes de reconstituição necessários.

De forma a garantir a qualidade das preparações, relativamente à estabilidade e assepsia na sala branca e de forma a proteger o operador, estão descritas no anexo 13 os procedimentos que devem ser seguidos.

Após o OK's de preparação do protocolo do doente o Farmacêutico que se encontra no interior da sala assética, analisa cuidadosamente o rótulo identificativo e em função das operações a realizar, reúne todo o material necessário na mesa de apoio da CFLv. TDT é o responsável pela manipulação de CTX, sendo conferidas todas as medições e procedimentos pelo farmacêutico.

No final, efetua o registo de todas as preparações efetuadas e posteriormente o registo informático do consumo dos fármacos e soros manipulados. São também registados, os tempos de exposição na câmara dos operadores.

4.2. Preparação de Nutrição Parentérica

A nutrição parentérica (NP) consiste, na administração simultânea ou exclusiva por via intravenosa de macro (proteínas, hidratos de carbono e lípidos) e micronutrientes (oligoelementos e vitaminas), podendo ser administrada por via periférica ou central, de acordo com os objetos e a preparação escolhida. Este tipo de nutrição é utilizado exceccionalmente nos casos em que o doente não apresente trato gastrointestinal, ou em situações que a nutrição entérica não é aconselhada. A NP fornece quantitativa e qualitativamente durante um período de 24 horas o aporte nutricional adaptado ao estado de cada doente. As necessidades nutricionais variam consoante a população, o estado nutricional basal e o nível de *stress* fisiológico, exigindo que se proceda à prescrição de NP de uma forma individualizada, com monitorização frequente (27).

O acesso pela via central é vantajoso quando é necessário administrar uma grande quantidade de nutrientes ou de soluções hiperosmolares, podendo ser utilizada por períodos mais longos que o acesso pela via periférica. Apresenta como desvantagem a possibilidade de um maior risco de infeções e complicações. A via periférica é mais simples, mais barata e apresenta menos risco de complicações. No entanto, só pode ser usada para soluções com baixas concentrações de nutrientes, tendo que se ter em consideração a sua osmolaridade (27).

No CHVNG/E, EPE são utilizadas bolsas comercializadas para adultos com várias formulações, variando em termos calóricos, quantidade de azoto, glucose e presença ou não de eletrólitos de forma a tentar ao máximo satisfazer as várias necessidades dos doentes. Estas apresentam composição definida, podendo apenas ser personalizadas na adição dos micronutrientes (oligoelementos ou vitaminas) (Anexo 14). As bolsas de neonatologia não são comerciais, sendo a sua preparação feita de forma individualizada de acordo com as necessidades de cada bebé.

A área de preparação de NP no CHVNG/E é constituída pela sala de NP, zona negra, zona cinzenta, zona branca e por fim a área de controlo do produto acabado. A zona negra e cinzenta são comuns à unidade de preparação de CTX.

A sala branca possui pressão positiva e contém uma câmara de fluxo laminar horizontal, com filtros *High efficiency Particulate Air* (HEPA) conferindo proteção biológica ao produto. A câmara deve ser ligada 30 min antes da preparação da NP e limpa com álcool 70% com uma compressa estéril de cima para baixo e de trás para diante, sempre com sobreposição de campos. Este procedimento repete-se no final da manipulação e a luz ultravioleta é ligada durante 15 minutos. Todo o material não estéril destinado à zona branca é também descontaminado com álcool 70% na antecâmara. Na câmara devem estar no máximo 3 pessoas, e apenas duas pessoas a manipular em simultâneo.

A área de controlo do produto acabado, está destinada ao embalamento das misturas preparadas e controlo do produto. A comunicação com a sala branca é feita através de um transfer.

As bolsas NP preparadas são sujeitas a controlo biológico. Para isso seleciona-se uma bolsa para o controlo biológico, sendo esta a última a ser preparada. São retirados 10mL para meio de cultura aeróbio e 10mL para o meio anaeróbio. Os meios de cultura são depois enviados ao serviço de Patologia Clínica. Mensalmente é preparada uma bolsa NP controlo, da qual se retiram amostras no 1º e 8º dia, devendo esta permanecer refrigerada durante esse intervalo.

4.2.1. Preparação Bolsas nutricionais de adulto

A dispensa de NP exige uma prescrição feita pelo Médico, em impresso próprio (Anexo 15) que contem as seguintes informações: identificação do doente; dados antropométricos do doente (peso e altura); motivo da necessidade de NP; serviço de internamento e cama do doente; composição da bolsa de NP pretendida bem como a via de acesso; descrição qualitativa e quantitativa dos aditivos se necessários. O preenchimento deste impresso, só é necessário, em caso de início de terapêutica ou quando existe uma alteração à prescrição anterior. O farmacêutico é responsável, por confirmar telefonicamente a continuação, alteração ou suspensão da nutrição parentérica para os diferentes serviços. As bolsas para o fim-de-semana, são preparadas e distribuídas à sexta-feira.

Para a preparação de bolsas aditivadas, a prescrição deve dar entrada até às 11 horas nos SF de segunda à sexta-feira. Depois dessa hora e aos fim-de semana será cedida bolsa não aditivada comercial correspondente

Após a validação da prescrição, avaliando a estabilidade e compatibilidade físico-química dos componentes e quantidades prescritas, o farmacêutico transcreve a prescrição para formato informático do *software* NPAGE. A aplicação informática permite a impressão da folha de confirmação, ficha de manipulação/preparação, rótulo, etiquetas com identificação para bolsas nutritivas não aditivadas, folha de material com registo de lotes, folha de consumos com respetivos lotes utilizados, folha de encerramento de prescrição (contabilizando os dias número de bolsas consumidas), identificação da bolsa para controlo microbiológico diário.

Após a impressão das etiquetas, TDT procede à verificação de todo este processo, de forma a minimizar possíveis erros.

NO CHVNG/E, EPE são utilizadas bolsas comercializada tri-compartimentadas (lípidos, aminoácidos e hidratos de carbono). Este sistema tri-compartimentado confere-lhes a estabilidade necessária durante o armazenamento. Após reconstituição, a estabilidade e as condições de conservação dependem do tipo de bolsa. No entanto a maioria das marcas comerciais estabelecem que as bolsas devem estar protegidas da luz durante a administração ao doente. Nestes casos deve juntar-se à bolsa uma capa fotoprotetora. As bolsas de adulto devem ser sempre cedidas com um filtro de 1,2µm, que retém possíveis partículas existentes na mistura.

Quando a bolsa prescrita não necessita de aditivação, é cedida num saco preto juntamente com um filtro e uma capa fotoprotetora (caso necessário), e devidamente rotulados (saco e bolsa). São enviadas para o serviço requisitante por um AO.

Caso se trate de uma bolsa aditivada, esta é levada para zona cinzenta juntamente com a ficha de preparação, onde é lavada e descontaminada.

A aditivação é feita numa sala branca que possui pressão positiva, filtros de ar para a retenção de partículas e microrganismos e numa Câmara de Fluxo Laminar Horizontal (28).

4.2.2. Bolsas neonatologia

Ao contrário das bolsas para adultos, as prescrições para neonatologia são enviadas todos os dias para os SF por *email* e são distribuídas diariamente (Anexo 16).

As bolsas de neonatologia não são comerciais e estas podem ser constituídas por duas soluções com diferentes constituições. Uma das bolsas é designada por Solução 1 podendo ser composta por hidratos de carbono, aminoácidos, vitaminas hidrossolúveis, água, oligoelementos e eletrólitos. A segunda bolsa é designada Solução 2 e é constituída por lípidos e pelas vitaminas lipossolúveis.

A Solução 1 é preparada com um excesso de 50 mL, para contrabalançar as perdas que ocorrem com o enchimento do sistema utilizado nestas bolsas, à exceção da bolsa de controlo microbiológico que é preparada com um excesso de 70mL.

Para a validação o farmacêutico efetua todos os cálculos necessários relativamente aos volumes a adicionar, incluindo o volume de heparina. Transcreve a prescrição para o programa PrePARE. Este programa alerta para possíveis erros nas quantidades dos componentes de forma a ter uma preparação correta em termos de estabilidade físico-química. O programa permite ainda a impressão da ficha de preparação e emissão do documento da estabilidade física. Os rótulos são preenchidos manualmente e assinados pelo farmacêutico e TDT (Anexo 17). Tal como acontece nas bolsas de adultos, existe uma dupla verificação por um TDT.

A aditivação é feita na CFLH. De forma a garantir a estabilidade e evitar incompatibilidades entre componentes deve ser respeitada uma ordem para aditivação. Neste sentido, na preparação da Solução 1, primeiro é feita aditivação dos macronutrientes através de um sistema de enchimento automático por esta ordem: aminoácidos, glicose, água homogeneizando sempre após cada adição. A seguir são adicionados os micronutrientes de forma manual e respeitando a seguinte ordem: eletrólitos - fósforo, iões monovalentes (sódio), iões bivalentes (magnésio, potássio) e por fim cálcio; oligoelementos, vitaminas hidrossolúveis e por último a heparina.

Na solução 2 os lípidos são adicionados por enchimento automático e de seguida adiciona-se manualmente vitaminas lipossolúveis.

Durante o fecho das bolsas, deve ser retirado o mais possível o ar retido, de forma a evitar a oxidação da mistura, verifica-se a sua homogeneidade, limpidez e ausência de substâncias em suspensão. São depois rotuladas e colocadas no transfer.

4.3. Manipulação Galénica Estérel

Este tipo de produtos são manipuladas na mesma área NP. Como tal todos os procedimentos de manipulação e limpeza são os mesmos da NP.

No CHVNG/E são preparados soluções injetáveis de Lucentis® (Ranibizumab), o Avastin® (Bevacizumab), o Eylea® (Aflibercept), o Myosime® (Alglucosidase alfa), o VPRIV® (Velaglucerase alfa) e albumina humana a 5%.

Lucentis e o Eylea é indicado em adultos no tratamento degenerescência macular relacionada com a idade neovascular, no tratamento da perda de visão devida a edema macular diabético, no tratamento da perda de visão devida a edema macular secundário a oclusão da veia retiniana (29, 30). O Avastin® é utilizado no CHVNG/E de forma *off label* na degenerescência macular relacionada com a idade. Myozyme® está indicado para a terapêutica de substituição enzimática prolongada em doentes com um diagnóstico confirmado de doença de Pompe (deficiência da α -glucosidase ácida) (31). VPRIV é indicado para uma terapêutica de substituição enzimática a longo prazo em doentes com doença de Gaucher de Tipo 1 (32).

Durante o meu estágio tive oportunidade de observar a preparação de Avastin®. Todas as semanas é enviado por *email* a listagem dos doentes que vão receber este tratamento com este medicamento, bem como o olho em o fármaco vai ser administrado. A preparação é realizada segundo um protocolo específico e respeitando a ficha de preparação. No final, a preparação é rotulada com o nome do fármaco, dosagem, olho administrar, data e hora da preparação, nome do farmacêutico que preparou, serviço a que se destina, identificação do doente e indicação de “Utilização Imediata”. Estas preparações são imediatamente transportadas por um AO para o serviço, dentro de uma mala térmica.

4.4. Manipulação Galénica não Estérel

O CHVNG/E possui uma área própria para a manipulação deste tipo de preparação. Esta área esta equipada com todo o material mínimo obrigatório, pelo INFARMED (33).

Para a manipulação, o farmacêutico deverá assegurar a qualidade das matérias-primas. Estas deverão vir acompanhadas pelo respetivo boletim de análise, que certifica a conformidade do produto (24). Todos os equipamentos de medição são calibrados periodicamente e o seu registo arquivado.

Cada medicamento manipulado deverá ter o procedimento de preparação devidamente descrito na ficha técnica. As formas e fórmulas farmacêuticas que se encontram validadas para produção no CHVNG/E, constam do Formulário Galénico Português e do Formulário Galénico do CHVNG/E.

Para a preparação do medicamento manipulado é necessário um pedido de um serviço clínico ou uma prescrição médica (34).

Antes de iniciar a preparação, o farmacêutico deverá assegurar-se da segurança do medicamento no que respeita a dosagens da substância ativa, inexistência de incompatibilidades e interações que ponham em causa a ação do medicamento e a segurança do doente. Ele é também responsável pela realização dos procedimentos, seja como manipulador, seja como supervisor de um medicamento manipulado. No final da preparação, a qualidade do medicamento deve ser avaliada e os resultados da avaliação devem ser registados na ficha de preparação. A rotulagem das embalagens deve conter as seguintes informações: fórmula do medicamento manipulado; número de lote atribuído; prazo de validade; condições de conservação; instruções especiais indispensáveis ao uso (tais como “uso externo” ou “agitar antes de usar”); via de administração; posologia (se aplicável); identificação dos Serviços Farmacêuticos; identificação do farmacêutico diretor técnico(34). Dadas algumas condicionantes dos SF, a maior parte dos manipulados são adquiridos através da farmácia oficina. Durante o meu estágio tive a oportunidade de assistir à preparação de uma solução aquosa de ácido acético à 4%.

4.5. Reembalagem

A reembalagem de medicamentos é essencial ao sistema de distribuição de medicamentos em dose individual diária. Tem como objetivo permitir aos Serviços Farmacêuticos disporem do medicamento, na dose prescrita, de forma individualizada. Desta forma, tem que garantir a identificação adequada do medicamento reembalado (nome genérico, dose, lote, prazo de validade).

A reembalagem de medicamentos sólidos orais é efetuada numa área dos Serviços Farmacêuticos, denominada “Sala de Reembalagem”, especificamente destinada para o efeito. Esta é efetuada por um Assistente Operacional sob a supervisão estrita de um Técnico de Farmácia ou Farmacêutico. O operador que efetua o processo de reembalagem deverá estar devidamente equipado com luvas touca, máscara e bata.

As fitas utilizadas na reembalagem asseguraram a proteção mecânica, estanquicidade e proteção da luz, de modo a preservar a integridade, do medicamento reembalado.

Os prazos de validade dos medicamentos reembalados são atribuídas do seguinte modo: o prazo de validade do laboratório produtor no caso de medicamentos que não se retiram do blister de origem; 25% do tempo compreendido da data limite atribuída pelo laboratório produtor, tendo como máximo seis meses para medicamentos que se retirem do blister, com exceção dos medicamentos que contêm exsiccador para os quais o prazo é reduzido para um mês.

Para cada lote de medicamento reembalado é necessário preencher a Ficha de Reembalamento da qual constam as seguintes informações: descrição do medicamento adquirido à indústria farmacêutica (DCI, nome comercial, forma farmacêutica, dose, nº de lote atribuído pelo fabricante e laboratório fabricante); Dose do medicamento reembalado; Nº de unidades reembaladas; Nº de lote de reembalagem; Se foi fracionado e se sim qual a

dosagem final; Prazo de validade atribuído pelos Serviços Farmacêuticos; Data de reembalagem; Operador que reembalou e o operador que validou o processo; exemplar do rótulo (Anexo 18).

O processo requer conferência final por parte de um farmacêutico/TDT, o que pressupõe uma correta avaliação da manga produzida, tanto em termos de conteúdo e integridade medicamentosa como de rotulagem.

5. Ensaio Clínicos (EC)

Segundo a lei nº 21/2014 um ensaio clínico é, “qualquer investigação conduzida no ser humano, destinada a descobrir ou a verificar os efeitos clínicos, farmacológicos ou outros efeitos farmacodinâmicos de um ou mais medicamentos experimentais, ou a identificar os efeitos indesejáveis de um ou mais medicamentos experimentais, ou a analisar a absorção, a distribuição, o metabolismo e a eliminação de um ou mais medicamentos experimentais, a fim de apurar a respetiva segurança ou eficácia” (35). Nos estabelecimentos de saúde onde se realizem ensaios clínicos, os medicamentos experimentais e os dispositivos utilizados para a sua administração, bem como os demais medicamentos já autorizados eventualmente necessários ou complementares à realização de ensaios clínicos, devem ser armazenados e cedidos pelos respetivos serviços farmacêuticos hospitalares. A mesma lei define que serviços farmacêuticos são responsáveis pela receção, armazenamento, preparação, dispensa, recolha e devolução ou destruição do medicamento, tendo o dever de elaborar um documento descritivo do circuito do medicamento experimental contendo elementos relativos à receção, ao armazenamento, à dispensa e à administração do medicamento experimental (35).

A equipa de farmacêutico dos EC do CHCNG/E é constituída por cinco farmacêuticos que possuem formação e treino adequado na condução correta de EC, legislação, procedimentos normalizados de trabalho da área e formação em GCP (*Good Clinical Practice*), devidamente documentada por uma entidade certificada. Além disso cada um dos elementos têm um curriculum atualizado para entrega ao promotor no início do EC.

A sala EC tendo em conta a confidencialidade dos EC é de acesso condicionado, sendo necessário um código para a abertura da porta. É constituída por cinco armários e um frigorífico, onde é armazenada: a medicação de EC, medicação devolvida, documentação de ensaios clínicos em curso e documentação de EC encerrados ou aguardar encerramento. Estes armários e frigoríficos encontram-se fechados e apenas os farmacêuticos da equipa EC têm conhecimento da localização das chaves. A medicação de EC exige monitorização rigorosa de temperatura e humidade. Para tal esta área está munida de *dataloggers* calibrados e um desumificador. Além disso também é monitorizada pelo sistema Vigie® como as restantes áreas dos SF, que em caso de registo de desvios gera um alarme via mensagem (telemóvel dos SF) e *email* (endereço geral do setor de EC) (36).

A realização de um EC é um processo complexo que envolve várias etapas. Este processo inicia-se com a visita de *Feasibility*, em que o promotor do EC visita os potenciais centros de ensaio e equipas de investigação com base no seu interesse pelo estudo proposto, na população de doentes, ou seja, potenciais doentes elegíveis para o Ensaio Clínico, qualificações da equipa, como sejam experiência prévia em investigação, formação em GCP, e nas condições físicas e equipamento disponível para o correto desenvolvimento do Ensaio Clínico de acordo com o protocolo e com as GCP. Assim, o centro é informado acerca dos requisitos e condições à realização do EC. O farmacêutico responsável pelo acompanhamento da visita informa também o promotor dos procedimentos internos da área e coloca todas as questões que achar pertinentes. No final, deve elaborar o relatório da visita de qualificação de forma a dar conhecimento aos restantes elementos da equipa. Todos os documentos relativos à visita devem ser arquivados num *dossier* específico (36).

De seguida o EC é submetido a aprovação ao INFARMED, ao parecer da Comissão de Ética para a Investigação Clínica (CEIC) e parecer da Comissão Nacional de Proteção de Dados (CNPD). Para que um ensaio clínico possa ser aprovado pela CEIC, o hospital deverá apresentar uma declaração dos respetivos Serviços Farmacêuticos que atestem possuir as condições para a condução do referido estudo. O papel da Ética nos ensaios clínicos tem o objetivo de proteger os sujeitos de investigação, cerne prioritário das suas preocupações e movimento ideológico. A investigação médica rege-se por referências éticas que promovem o respeito por todos os seres humanos, designadamente os sujeitos de investigação e protegem a sua saúde e direitos.

Após aprovação destas entidades é submetido ao Conselho de Administração do centro onde vai ocorrer o EC.

Se esta aprovação for favorável, o CA envia uma notificação de aprovação à área de EC sendo agendada a Visita de Início com toda a equipa de investigação. Pelo menos um elemento da equipa da farmacêutica deve estar presente. Nesta visita são revistos detalhadamente os procedimentos do protocolo e esclarecimento de questões relativas ao número de doentes previstos, período de estudo, quem efetuará a randomização dos doentes, entre outras. É também definido o circuito do Medicamento Experimental, como quais as condições de transporte e conservação, data prevista da receção da primeira medicação, entre outras. É também entregue à equipa um dossier com toda a documentação relativa ao EC, chamado o *Pharmacy File*, na qual deve estar incluída a Brochura do investigador, cópia das autorizações e pareceres aprovados (Infarmed, CEIC, CA, CNPD), cópia do acordo financeiro, cópia apólice de seguro, instruções de randomização, amostra rotulagem utilizada, certificados analíticos da medicação de estudo, relatório da visita de qualificação do centro, Formulário de Delegação de Funções (*Site Responsibility*), documento comprovante do treino dado à equipa (*Site Training Log*), entre outros. Para detetar possíveis documentos em falta, o *pharmacy file* é feita com o auxílio de uma “*check list*”. No decorrer do meu estágio tive a oportunidade de verificar se o *pharmacy file* de um dos EC estava em conformidade com a uma “*check list*”. Por fim, um dos farmacêuticos da equipa EC, elabora um resumo do EC de

forma a compila informação mais relevante, para facilitar a consulta rápida dos EC ativos (36).

Os serviços farmacêuticos são os únicos responsáveis pelo circuito do medicamento e produtos medicinais investigacionais e auxiliares de estudo. A gestão de processo deverá ser feita de forma a garantir segurança, transparência e rastreabilidade.

Relativamente à receção da medicação do EC, esta deve ser sempre enviada ao cuidado de pelo menos um dos profissionais da equipa de farmacêuticos do EC. O AO responsável pela receção das encomendas, deve ser alertado sobre a chegada de medicação. Assim que esta chegue, regista a data e hora a que foi rececionada e encaminha imediatamente a medicação para o setor dos EC, informando um dos elementos da equipa.

O promotor deverá fazer prova das condições de transporte do medicamento e produtos medicinais investigacionais e auxiliares de estudo, especialmente, no transporte de medicação termolábil. Para isso a maior parte da medicação vem acompanhada por *datalogger*, que deve ser parado imediatamente após a receção. Caso não envie *datalogger*, deverá o Promotor enviar uma Declaração onde se responsabilize pelo cumprimento das condições de conservação durante o transporte (36).

O farmacêutico verifica a conformidade da medicação recebida (Código Ensaio e nº Centro; nº unidades recebidas; Lote; Validade; Nº Caixas de medicação). De seguida verifica se a rotulagem cumpre os requisitos da Diretiva 2003/94/CE e Anexo 13 das GMP.

Segundo a Diretiva 2003/94/CE “A rotulagem de medicamentos experimentais deve assegurar a proteção dos participantes e a rastreabilidade, permitir a identificação do medicamento experimental e do ensaio e facilitar o uso adequado desses mesmos medicamentos”(37). Assim deve ser verificado a existência dos seguintes elementos:

- nome, endereço e número de telefone do promotor, organização de investigação ou investigador do contrato (o contacto principal para obtenção de informações sobre o produto, ensaio clínico e desocultação de emergência);
- forma farmacêutica, via de administração, posologia e, no caso de ensaios abertos, nome/identificador e força/potência;
- lote e/ou número de código para identificação do conteúdo e das operações de embalagem;
- um código de referência de ensaio que permita a identificação do ensaio, do local, do investigador e do promotor, se não for mencionado noutros locais;
- o número de identificação do participante/número de tratamento e, quando relevante, o número da consulta;
- o nome do investigador;
- instruções de uso (pode ser feita referência a um folheto ou a outro documento explicativo destinado ao participante ou à pessoa que administra o produto):
- advertência “Apenas para uso em ensaio clínico”;
- condições de armazenagem;
- período de utilização (data limite de uso, data de validade ou de reanálise, conforme aplicável), no formato mês/ano e de um modo que evite qualquer ambiguidade;

- “Manter fora do alcance das crianças” exceto quando o produto se destine a ser usado em ensaios em que os sujeitos não o levem para casa (38).

A medicação deve vir acompanhada de Certificados de liberação lote e/ou Certificados de conformidade assinados pelo *Qualified Person*, caso estes certificados ainda não se encontrem *Pharmacy File*. O farmacêutico verifica a conformidade destes certificados com a medicação recebida.

Quando é verificada alguma não conformidade, tanto na medicação como na documentação o Monitor é avisado e a medicação fica de quarentena, até que seja esclarecida a situação.

A situação deve ser reportada ao promotor de acordo com o procedimento pré estabelecido (*fax; email; IWRS (Interactive Voice/ Web Response System)*).

Toda a documentação relativa ao envio e recepção da medicação é arquivada no *Pharmacy File*.

Para finalizar o processo de recepção, o farmacêutico regista a medicação recebida no *Study Drug Accountability log*, facultado pelo promotor e/ou *Study Drug Accountability log* internos.

Todos estes procedimentos têm de ser conferidos por um segundo farmacêutico da área, assinando e datando os formulários.

O armazenamento do medicamento e produtos medicinais investigacionais e auxiliares de estudo é feito segundo as condições definidas pela brochura do investigador ou RCM. Para isso, como já foi referido, existe monitorização contínua de Temperatura e Humidade com sistema de alarme. Diariamente são registadas a temperatura e humidade relativa instantânea e semanalmente é efetuado o *download* dos dados registados pelo *datalogger*. Sempre que se verifiquem desvios de temperatura a medicação é colocada imediatamente de quarentena (devidamente segregada da restante medicação, mas mantendo as condições de conservação preconizadas) e é contactado o/os Monitores do/os ensaios.

A prescrição da medicação dos EC é feita através de um formulário de prescrição, apresentado pelos promotores na Visita de Início e aprovado pelo farmacêutico e investigador com as devidas alterações que acharem pertinentes.

No CHVNG/E a cedência da medicação dos EC não é feita diretamente aos doentes, uma vez que a sala EC não tem ligação direta ao exterior (apesar deste ponto estar em reestruturação, mudança de instalações do setor). Por este motivo, não é possível efetuar a consulta farmacêutica ao participante, sendo a dispensa feita a um dos elementos da equipa de investigação. No entanto, toda a medicação é facultada devidamente identificada com o número do doente, data da dispensa, nome do investigador/coinvestigador e etiqueta alertando para a devolução das embalagens primárias e secundárias e da medicação não usada. Todos estes procedimentos são registados (nº do doente; validade; lote e data da dispensa), no *Patient Drug Accountability log* e *Study Drug Accountability log* e é agendada a próxima cedência de medicação. Um segundo farmacêutico da área deverá confirmar a procedimento de dispensa, assinando e datando o formulário.

No caso, de tratar de medicação experimental citotóxica, adotam-se os procedimentos normalizados da área, explicados no ponto 4.1 Preparação citotóxicos, existindo uma articulação das duas áreas, devendo um farmacêutico da equipa EC, treinar os elementos da equipa produção, registando todas as formações e treinos.

Com base na medicação devolvida, o farmacêutico calcula a taxa de *compliance* preenche os respetivos formulários (*Patient Drug Accountability log* e *Study Drug Accountability log*) e transmite o valor ao investigador, em conformidade com o acordado na reunião de início. Toda esta medicação fica armazenada e devidamente identificada, até à Visita de Monitorização (à exceção da medicação citotóxica, os frascos vazios ou com medicamento de ensaio remanescente seguem o circuito de incineração aprovado na instituição). No decorrer do estágio, tive a oportunidade de calcular a taxa de *compliance*.

Durante decurso do EC o monitor em representação do promotor, efetua visitas com o objetivo de avaliar a processo do EC, verificar adesão ao protocolo; verificar a condução do EC de acordo com o Protocolo, as GCP e legislação aplicável; verificar os dados reportados de forma correta e completa; verificar o registo de temperaturas; contabilização da medicação usada e não usada; preparação da medicação usada/expirada para envio ao Promotor para destruição; atualizar a documentação *Pharmacy File*. No final, o farmacêutico elabora o Relatório de Visita de Monitorização, assim como o monitor. Este último é enviado mais tarde para verificação e arquivo no Pharmacy File.

No final do ensaio é efetuada a Visita de Encerramento. O monitor recolhe toda a medicação usada e não usada e verifica a presença de toda a documentação que sustentou o EC. Toda a documentação é arquivada, devidamente organizada, durante um período de pelo menos 15 anos.

6. Comissões Técnicas

É função do farmacêutico hospitalar participar em Comissões Técnicas (1). No CHVNG/E os farmacêuticos estão representados na Comissão Farmácia Terapêutica (CFT), Programa Nacional de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência a Antimicrobianos (PPCIRA) e na Comissão de Ética para a Saúde (CES).

Considerando que, Portugal é um dos países da União Europeia com uma das mais elevadas taxas de infeção associada aos cuidados de saúde, que a prática de prescrição antibiótica apresenta distorções passíveis de correção, que a taxa de resistência a antimicrobianos é preocupante, e que a perceção de que todos estes problemas estão intimamente relacionados, foi criado o programa de saúde prioritário PPCIRA. Este resulta da fusão do Programa Nacional de Controlo de Infeção com o Programa Nacional de Prevenção das Resistências aos Antimicrobianos e tem como objetivos a redução das taxas de infeção associadas aos cuidados de saúde, hospitalares e da comunidade, assim como da taxa de microrganismos com resistência aos antimicrobianos e a promoção do uso correto de antimicrobiano. A composição do grupo de coordenação regional PPCIRA atende as seguintes

orientações: deve integrar elementos com experiência na área de prevenção e controlo de infeção e de uso de antimicrobianos; deve ser coordenado por um médico com dedicação de, pelo menos, 12 horas semanais a esta função, devendo o total de horas dedicado pelos elementos do grupo ser superior a 40 horas semanais; deve ser apoiado cientificamente por especialistas nas áreas de saúde pública, epidemiologia, farmácia, saúde ocupacional e saúde ambiental; um dos seus membros deve integrar a comissão de farmácia e terapêutica da respetiva administração regional de saúde (39).

À CES cabe zelar pela observância de padrões de ética no exercício das ciências médicas, por forma a proteger e garantir a dignidade e integridade humanas, procedendo à análise e reflexão sobre temas da prática médica que envolvam questões de ética. A sua composição é multidisciplinar sendo constituída por sete membros, designados de entre médicos, enfermeiros, farmacêuticos, juristas, teólogos, psicólogos, sociólogos ou profissionais de outras áreas das ciências sociais e humanas. No CHVNG/E é composta por: 1 bióloga, 2 médicas, 2 enfermeiras, 1 farmacêutica, 1 jurista (40).

A CFT é constituída no máximo por seis membros, sendo formada em igual número por médicos e farmacêuticos. A comissão de farmácia e terapêutica é presidida pelo diretor clínico do hospital ou por um dos seus adjuntos. Os restantes médicos nomeados pelo diretor clínico do hospital e os farmacêuticos pelo diretor dos serviços farmacêuticos, de entre os médicos e farmacêuticos do quadro do hospital (41).

A Comissão de Farmácia e Terapêutica dos hospitais atua como órgão de ligação entre a Comissão Nacional Farmácia Terapêutica (CNFT) e os respetivos serviços e estabelecimentos do Serviço Nacional de Saúde. A CFT propõe à CNFT o que tiverem por conveniente dentro das matérias da sua competência; monitoriza, no respetivo, o cumprimento do Formulário Nacional de Medicamentos e dos protocolos de utilização de medicamentos, bem como a utilização de medicamentos não incluídos no Formulário Nacional de Medicamentos e propõe, se necessário, à CNFT a inclusão desses medicamentos no mesmo Formulário. A CFT partilha ainda com CNFT os protocolos de utilização e pareceres sobre medicamentos não incluídos no Formulário Nacional de Medicamentos (42).

Durante o meu estágio assisti a uma apresentação da Dra. Aida sobre Comissões Técnicas.

7. Farmacovigilância

A informação recolhida durante a fase de desenvolvimento de um fármaco é inevitavelmente incompleta no que respeita a possíveis Reações Adversas a Medicamentos. A vigilância pós-comercialização é essencial para a monitorização da segurança dos medicamentos.

O farmacêutico para além de ser o responsável pela correta dispensa da medicação, possui também um papel importante na deteção, avaliação e prevenção de reações adversas a medicamentos (2,26).

O Sistema de Farmacovigilância, visa melhorar a qualidade e segurança dos medicamentos, em defesa do consumidor e da Saúde Pública, através da deteção, avaliação, prevenção e registo de Reações Adversas a Medicamentos.

As suspeitas de reações adversas podem ser notificadas por profissionais de saúde como médicos, farmacêuticos, enfermeiros, médicos dentistas ou técnicos de farmácia, e por utentes. As notificações podem ser efetuadas eletronicamente através de *website* (<http://extranet.infarmed.pt/page.seram.frontoffice.seramhomepage>) ou por qualquer outro meio, nomeadamente por via postal ou por correio eletrónico (43). (Anexo 19)

8. Informações sobre medicamentos e formações

Os Serviços Farmacêuticos são cada vez mais solicitados para a colaboração na prestação de informação quer em comissões técnicas ou grupos de trabalho, quer individualmente a profissionais de saúde ou utentes e em situações clínicas específicas ou mais gerais.

Considerando que, atualmente a informação em saúde é extraordinariamente vasta, que surge a uma enorme velocidade, que sofre alterações contínuas e que existem milhares de fontes de informação disponíveis, só pelo recurso à consulta de fontes de informação é possível satisfazer as necessidades de informação para resolver as situações que surgem diariamente. Dada a imensidão do número, variedade e qualidade das fontes de informação, o farmacêutico é obrigado a selecionar as que melhor vão de encontro às suas necessidades e melhor satisfazem as exigências de qualidade e credibilidade.

Com a evolução dos conceitos e do exercício profissional em farmácia, o farmacêutico necessita de manter os seus conhecimentos permanentemente atualizados.

Durante o meu estágio tive a oportunidade de assistir a uma formação sobre Myocet® (Complexo de doxorubicina-citrato encapsulado em lipossomas), indicado para o tratamento de primeira linha do cancro da mama metastático em mulheres adultas.

9. Conclusão

Apesar do Mestrado Integrado Ciências Farmacêuticas, na Universidade da Beira Interior já me ter permitido ter contacto com a realidade da farmácia hospitalar através de um estágio observacional, este estágio proporcionou ampliar o conhecimento acerca desta área de atuação profissional, tendo sido bastante proveitoso e gratificante.

Proporcionou acompanhar e aprender as atividades quotidianas das diferentes áreas da Farmácia Hospitalar, sempre sob orientação dos profissionais do estabelecimento. Permitindo assim, adquirir noções de administração hospitalar, gestão de *stocks*, farmacotecnia, ensaios

clínicos interpretação de prescrições médicas, analisar criticamente situações sobre a terapêutica medicamentosa dentro dos critérios éticos profissionais, formas de relacionar com diversos setores da área hospitalar, além de possibilitar a vivência no ambiente profissional.

10. Referências Bibliográficas

1. Ministério da Saúde. Manual Farmácia Hospitalar. Disponível em: http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/PUBLICACOES/TEMATICOS/MANUAL_FARMACIA_HOSPITALAR/manual.pdf. a 16 de fevereiro de 2015.
2. Neto CR, J. Manual de acolhimento do estagiário . Serviços Farmacêuticos Centro Hospitalar Vila Nova Gaia/Espinho E.P.E. f. 2012.
3. Infarmed. Decreto-Lei n.º 44 204, de 2 de Fevereiro de 1962 . Disponível em: http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/LEGISLACAO/LEGISLACAO_FARMACEUTICA_COMPILADA/TITULO_II/TITULO_II_CAPITULO_V/decreto_lei_44204-1962.pdf a 20 de junho de 2015.
4. Infarmed. Despacho n.º 2061-C/2013. Disponível em: http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/SOBRE_O_INFARMED/ESTRUTURA_E_ORGANIZACAO/CTE/Comissao_Nacional_de_Farmacia_Terapeutica/MAIS/Despacho%202061-C_2013_Criacao_CNFT.pdf a 16 de fevereiro de 2015.
5. Infarmed. Despacho n.º 7841-B/2013, de 14 de junho . Disponível em: http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/LEGISLACAO/LEGISLACAO_FARMACEUTICA_COMPILADA/TITULO_III/TITULO_III_CAPITULO_I/052-C1_Desp_7841-b_2013.pdf a 16 de fevereiro de 2015.
6. FNHM - Formulário Hospitalar Nacional Medicamento 9ª Edição. Disponível em: <https://www.infarmed.pt/formulario/formulario.pdf> a 16 de fevereiro de 2015.
7. SPMS- Serviços Partilhados do Ministério da Saúde. Catálogo de Aprovisionamento Público da Saúde. Disponível em: http://www.catalogo.min-saude.pt/caps/publico/what_is.asp?idioma=PT . a 18 de fevereiro de 2015.
8. Infarmed. Disponível em: Decreto-Lei n.º 176/2006, de 30 de Agosto. Disponível em: http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/LEGISLACAO/LEGISLACAO_FARMACEUTICA_COMPILADA/TITULO_III/TITULO_III_CAPITULO_I/035-E_DL_176_2006_9ALT.pdf a 16 de fevereiro de 2015.
9. Infarmed. Deliberação n.º 105/CA/2007, de 1 de Março. Disponível em: https://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/LEGISLACAO/LEGISLACAO_FARMACEUTICA_COMPILADA/TITULO_III/TITULO_III_CAPITULO_I/060-B2_Delib_105_2007.pdf a 16 de fevereiro de 2015.
10. Infarmed. Circular Conjunta INFARMED/SPMS/ACSS - Despacho n.º 16206/2013 de 03/12/2013 - AUE. Disponível em: <http://www.infarmed.pt/portal/pls/portal/docs/1/9600328.PDF> a 4 de março de 2015.
11. Infarmed. Decreto Regulamentar n.º 61/94, de 12 de Outubro . Disponível em: https://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/LEGISLACAO/LEGISLACAO_FARMACEUTICA_COMPILADA/TITULO_III/TITULO_III_CAPITULO_III/070-DR_61_94_2ALT.pdf a 2 de Abril de 2015.

12. Infarmed. Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de Janeiro . Disponível em: https://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/LEGISLACAO/LEGISLACAO_FARMACEUTICA_COMPILADA/TITULO_III/TITULO_III_CAPITULO_III/068-DL_15_93_VF.pdf a 2 de Abril de 2015.
13. Infarmed. Decreto Regulamentar n.º 28/2009, de 12 de Outubro. Disponível em: https://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/LEGISLACAO/LEGISLACAO_FARMACEUTICA_COMPILADA/TITULO_III/TITULO_III_CAPITULO_III/070-A_Dec_Reg_28_2009.pdf a 2 agosto de 2015
14. Ordem dos Farmacêuticos. Manual Boas Práticas para Farmácia Hospitalar.
15. Rodrigues N. Manual procedimentos da farmácia de ambulatório. Serviços Farmacêuticos Centro Hospitalar Vila Nova Gaia/Espinho E.P.E. f. 2012.
16. Infarmed. Despacho n.º 1845/2011, de 12 de Janeiro . Disponível em: https://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/LEGISLACAO/LEGISLACAO_FARMACEUTICA_COMPILADA/TITULO_IV/110-Z1A1D_Desp_1845_2011.pdf a 16 de fevereiro de 2015.
17. Infarmed. Decreto-Lei n.º 13/2009, de 12 de Janeiro . Disponível em: http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/LEGISLACAO/LEGISLACAO_FARMACEUTICA_COMPILADA/TITULO_II/TITULO_II_CAPITULO_V/033-A_DL_13_2009_1ALT.pdf a 16 de agosto de 2015.
18. Infarmed. Decreto-Lei n.º 75/2013, de 4 de junho . Disponível em: http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/LEGISLACAO/LEGISLACAO_FARMACEUTICA_COMPILADA/TITULO_II/TITULO_II_CAPITULO_V/033-A1_DL_75_2013.pdf a 16 de agosto de 2015.
19. Infarmed. Despacho n.º 10302/2009, de 13 de Abril. Disponível em: https://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/LEGISLACAO/LEGISLACAO_FARMACEUTICA_COMPILADA/TITULO_II/TITULO_II_CAPITULO_V/033-B_Desp_10302_2009.pdf a 17 agosto de 2015
20. Infarmed. Despacho n.º 28356/2008, de 13 de Outubro.. Disponível em: https://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/LEGISLACAO/LEGISLACAO_FARMACEUTICA_COMPILADA/TITULO_III/TITULO_III_CAPITULO_I/053_Des_28356_2008.pdf. a 18 agosto de 2015
21. Infarmed. Certificado de autorização de utilização de lotes de medicamentos derivados do sangue ou plasma humano; medicamentos envolvendo, no processo de fabrico ou como excipiente, derivados do sangue ou plasma humano e vacinas. Disponível em: http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/MONITORIZACAO_DO_MERCADO/COMPROVACAO_DA_QUALIDADE/CAUL a 16 de agosto de 2015.
22. Infarmed. Despacho conjunto n.º 1051/2000, de 14 de Setembro. Disponível em: https://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/LEGISLACAO/LEGISLACAO_FARMACEUTICA_COMPILADA/TITULO_III/TITULO_III_CAPITULO_I/despacho_1051-2000.pdf a 17 agosto.
23. Marques A. Manual procedimentos - Armazém Central/ Distribuição Clássica. Serviços Farmacêuticos Centro Hospitalar Vila Nova Gaia/Espinho E.P.E. f. 2014.

24. Infarmed. Portaria n.º 594/2004, de 2 de Junho . Disponível em: https://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/LEGISLACAO/LEGISLACAO_FARMACEUTICA_COMPILADA/TITULO_III/TITULO_III_CAPITULO_II/portaria_594-2004.pdf Consultado a 25 de junho de 2015.
25. Costa P, Canastro C. Serviços Farmacêuticos do Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho, Manual de Procedimentos da unidade de preparação de citotóxicos. 2012.
26. Manual Preparação Citotóxicos. OF- Conselho do Colégio Especialidade de Farmácia Hospitalar. 2013.
27. Farmacêuticos Od. Conselho do Colégio de Especialidade de Farmácia Hospitalar: Manual de Nutrição Artificial, 2004 .
28. Manual de Procedimentos da Unidade de Preparação de Nutrição Parentérica. Serviços Farmacêuticos do Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho. 2012.
29. Resumo Características do Medicamento - Lucentis. Disponível em: http://www.ema.europa.eu/docs/pt_PT/document_library/EPAR_-_Product_Information/human/000715/WC500043546.pdf a 25 de agosto de 2015.
30. Resumo Características do Medicamento - Eylea. Disponível em: http://www.ema.europa.eu/docs/pt_PT/document_library/EPAR_-_Product_Information/human/002392/WC500135815.pdf a 25 de agosto de 2015.
31. Resumo Características do Medicamento - Myozyme. Disponível em: http://www.ema.europa.eu/docs/pt_PT/document_library/EPAR_-_Product_Information/human/000636/WC500032125.pdf a 25 de agosto de 2015.
32. Resumo Características do Medicamento - VPRIV Disponível em: http://www.ema.europa.eu/docs/pt_PT/document_library/EPAR_-_Product_Information/human/001249/WC500096382.pdf Consultado a 25 de agosto de 2015.
33. Infarmed. Deliberação n.º 1500/2004, 7 de Dezembro. Disponível em: http://www.infarmed.pt/portal/pls/portal/!PORTAL.wwpob_page.show?_docname=10522319.PDF a 3 de agosto de 2015.
34. Rodrigues J. Manual procedimentos da unidade de produção não esteril. Serviços Farmacêuticos Centro Hospitalar Vila Nova Gaia/Espinho E.P.E. f.
35. Infarmed. Lei n.º 21/2014, de 16 de abril . Disponível em: http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/LEGISLACAO/LEGISLACAO_FARMACEUTICA_COMPILADA/TITULO_III/TITULO_III_CAPITULO_I/036-B1_Lei_21_2014.pdf a 25 de agosto de 2015.
36. Neto C. Manual procedimentos de Ensaio Clínico. Serviços Farmacêuticos Centro Hospitalar Vila Nova Gaia/Espinho E.P.E. f. 2012.
37. Jornal Oficial da União Europeia. Diretiva 2003/94/CE da Comissão de 8 de Outubro de 2003. Disponível em: http://ec.europa.eu/health/files/eudralex/vol-1/dir_2003_94/dir_2003_94_pt.pdf a 28 de agosto de 2015.
38. Infarmed. Boas práticas de fabrico ANEXO 13-Fabrico de medicamentos experimentais de julho de 2003. Disponível em:

http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/MONITORIZACAO_DO_MERCADO/INSP_ECCAO/FABRICANTES/BOAS_PRATICAS_FABRICO_MUH/ANEXOS/Microsoft%20Word%20-%2028_435-10-an13final_24-02-05_Ing-Pt%20_Ben_.pdf a 28 de agosto de 2015.

39. Diário da Republica. Despacho 15423/2013, de 26 de Novembro . Disponível em: <http://dre.tretas.org/dre/313300/> a 28 de agosto de 2015.

40. Infarmed. Decreto-Lei n.º 97/95, de 10 de Maio. Disponível em: http://www.estsp.ipp.pt/fileManager/editor/Documentos_Publicos/Comissao%20de%20Etica/Acervo%20C.E./Comissao_de_Etica/3.pdf a 27 agosto 2015.

41. Infarmed. Despacho n.º 1083/2004, de 1 de Dezembro de 2003. Disponível em: https://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/LEGISLACAO/LEGISLACAO_FARMACEUTICA_COMPILADA/TITULO_I/despacho_1083-2004.pdf a 16 de fevereiro de 2015.

42. Infarmed. Despacho n.º 2061-A/2013. Disponível em: http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/SOBRE_O_INFARMED/ESTRUTURA_E_ORGANIZACAO/CTE/Comissao_Nacional_de_Farmacia_Terapeutica/MAIS/Despacho%202061-C_2013_Criacao_CNFT.pdf a 17 agosto de 2015

43. Infarmed. Decreto-Lei n.º 20/2013, de 14 de fevereiro. Disponível em: http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/LEGISLACAO/LEGISLACAO_FARMACEUTICA_COMPILADA/TITULO_III/TITULO_III_CAPITULO_I/035-G1_DL_20_2013_1ALT.pdf a 17 agosto de 2015.

Capítulo II - Relatório de Estágio na Farmácia Moderna

1. Introdução

O estágio em farmácia comunitária surge no final de um ciclo de estudos, de quatro anos e meio, inquestionavelmente enriquecedores, tanto a nível técnico-científico e deontológico como a nível pessoal. O estágio permite aplicar os conhecimentos teóricos aos desafios reais da profissão.

A farmácia comunitária, dada a sua acessibilidade é muitas vezes a primeira porta de entrada no Sistema de Saúde. É um espaço que se caracteriza pela prestação de cuidados de saúde de elevada diferenciação técnico-científica, que têm como principal objetivo servir a comunidade (1). A missão da prática farmacêutica é contribuir para a melhoria da saúde e ajudar os doentes com problemas de saúde a utilizar os medicamentos do modo mais apropriado. No entanto em 2007, uma nova legislação deu ao Farmacêutico Comunitário a possibilidade de prestar novos serviços, como medições de parâmetros bioquímicos (glicemia, uricemia, colesterol, etc.), medições de tensão arterial, determinação de Índice de Massa Corporal, entre outros.

O presente relatório refere-se ao estágio curricular no âmbito da Unidade Curricular “Estágio” do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas (MICF) realizado entre 23 de março e 13 junho de 2015, na Farmácia Moderna em Figueira de Castelo Rodrigo.

Este relatório foi escrito, com o intuito de descrever toda a organização e atividades diárias que acompanhei e toda a legislação atualmente em vigor.

2. Organização da Farmácia

Na farmácia comunitária realizam-se atividades dirigidas para o medicamento e atividades dirigidas para o doente. Para a realização destas atividades o farmacêutico e os demais colaboradores necessitam de instalações, equipamentos e fontes de informação adequadas (1).

2.1. Recursos Humanos

A Farmácia Moderna tem como proprietário o Dr. José Carlos Gouveia, farmacêutico e a sua equipa é constituída por três elementos: a Dra. Filipa Gouveia, farmacêutica e diretora técnica, pela técnica de farmácia Liliana Bregas e pela ajudante técnica Paula Rodrigues.

2.2. Localização geográfica / Horário funcionamento / Caraterização dos utentes

A FM localiza-se na vila de Figueira de Castelo Rodrigo, na Rua São Francisco. O concelho de Figueira de Castelo Rodrigo é constituído por 11 freguesias. Possui três farmácias, duas em FCR e a outra na freguesia de Escalhão.

A população é bastante envelhecida, dos 6 260 habitantes contabilizados pelos Censos 2011, 2043 tinham mais de 65 anos (2). A vila possui um centro de saúde, com duas médicas, um número insuficiente para o número de habitantes e principalmente atendendo ao número de idosos.

Os utentes da farmácia são maioritariamente idosos, polimedicados, muitos deles sem médico de família e com algumas dificuldades económicas.

O horário de funcionamento é das 9:00 às 19:00 de segunda-feira a sábado sem interrupção. Encontrando-se semana sim semana não, em regime de disponibilidade, tendo durante essa semana o horário das 9:00 às 23:00 de segunda-feira a domingo. Depois das 23:00 esta disponível em caso de urgência para atendimento por chamada.

2.3. Caraterização do espaço exterior

A entrada da FM encontra-se instalada ao nível da rua, não existindo quaisquer tipo de obstáculos à entrada dos utentes e possui portas deslizantes elétricas, que resguardam os doentes do contacto com o exterior.

No exterior bem destacado, possui um letreiro com a inscrição “FARMÁCIA MODERNA”, que quando em regime de disponibilidade, se encontra iluminado (1). Possui também uma placa com o nome da farmácia e da diretora técnica. No vidro da porta de entrada encontra-se, informação sobre o horário de funcionamento e informação da farmácia que esta em regime de disponibilidade, assim como o número de telemóvel a contactar (1, 3).

A farmácia apresenta ainda um postigo, para realizar de forma segura o atendimento ao público durante o serviço noturno.

Tem uma montra virada para o exterior, onde são expostos determinados produtos que se pretende dar destaque e campanhas apelativas e rotativas ao longo de todo o ano. As montras estão geralmente relacionados com a época do ano, variando de acordo com a sazonalidade dos produtos. Trata-se de uma estratégia de *marketing*, de modo a tornar o espaço mais atrativo ao público, com o intuito de atrair clientes à farmácia dando a conhecer os seus serviços e produtos. Durante o meu estágio tive a oportunidade de ajudar na execução de diversas montras e campanhas.

Possui ainda de um lugar de estacionamento reservado para os utentes da farmácia.

2.4. Caraterização do espaço interior

A farmácia é dividida nas seguintes áreas:

Sala de atendimento ao público

Nesta área estão presentes dois balcões de atendimento, com todo o material indispensável ao atendimento, onde os utentes têm dispõem de um ambiente profissional e calmo.

Nesta área estão também expostos os MNSRM (Medicamentos não sujeitos a receita médica) e produtos de dermocosmética, estes últimos encontram dispostos em lineares (normalmente em prateleiras orientadas por marcas e entre estas pelas variadas finalidades a que se destinam).

Para além, dos produtos expostos existem outros, armazenados em gavetas por de trás do balcão e de fácil acesso. Entre eles encontram-se pensos, compressa, amostras de produtos, produtos abrangidos pelo protocolo da Diabetes Mellitus, entre outros. Existe, câmaras de vigilância com gravação de imagem. Possui também gondolas com produtos promocionais ou produtos que se pretende destacar.

Na zona de atendimento existem cadeiras para que os utentes possam aguardar pela sua vez de uma forma cómoda.

Este local dispõe também de uma balança eletrónica que dá a informação do peso, altura e índice de massa corporal (IMC) e uma máquina de medição da pressão arterial (PA)

Sala de serviços farmacêuticos/atendimento personalizado

FM possui uma sala de atendimento personalizado que oferecem uma maior privacidade aos utentes. É nesta mesma sala que se efetuam todos os serviços farmacêuticos que a farmácia disponibiliza aos seus utentes como a determinação de parâmetros bioquímicos: medição da glicémia, colesterol, triglicéridos, administração de vacinas e injetáveis e onde por vezes se realizam programas ou serviços pontuais

Área de receção de encomendas

Esta zona esta equipada com um computador, um leitor ótico de códigos de barras, uma impressora/fotocopiadora. Nesta zona existe uma prateleira na qual existem dossiês com toda a informação da faturação referente às encomendas realizadas ao longo do mês aos diferentes laboratórios e/ou armazenistas, bem como as notas de devolução por resolver.

Armazém

Este espaço é dividido em várias zonas. Uma das zonas é composta por gavetas onde são armazenados, comprimidos comerciais e genéricos, pomadas e cremes; xaropes; gotas; injetáveis; colírios e pomadas oftálmicas; etc. Frigorífico para armazenamento de medicamentos que necessitam ser conservados entre 2 a 8°C.

Zona de arrumação destinada a *stocks* de maiores dimensões, como material de ortopedia, e medicamentos genéricos em maior stock.

Laboratório

Este local é reservado principalmente para a reconstituição extemporânea de medicamentos, uma vez que a farmácia não realiza grande volume de manipulados. O mesmo apresenta uma bancada, um lavatório com água corrente e uma balança, existe ainda uma prateleira para armazenamento de matérias-primas e um armário para todo o material de laboratório obrigatório por lei (4, 5).

Os aparelhos de medida são controlados e calibrados periodicamente, a fim de assegurar a exatidão das medidas, os seus registados encontram-se aqui arquivados.

Instalações sanitárias

Uma casa de banho destinadas ao uso do pessoal e dos utentes.

Escritório/Biblioteca

Este local privilegiado para o trabalho administrativo e burocrático

No escritório também se situa a “Biblioteca” da farmácia, onde se pode consultar bastantes livros, sendo os mais importantes, a Farmacopeia Portuguesa, o Formulário Galénico Português, Prontuário, Legislação Compilada

3. Gestão

A gestão assume-se como fundamental em qualquer atividade comercial, sobretudo em tempos particularmente difíceis como os que vivemos atualmente. Gerir uma farmácia é hoje um grande desafio, tanto pela vertente comercial, como pela componente ética que lhe está associada. A farmácia contempla a componente comercial que é fundamental para a sua sobrevivência e a de saúde pública que é da máxima responsabilidade. A mudança dos tempos exige que os farmacêuticos assumam também o papel de gestores, com necessidade de adotar estratégias para aumentar a rentabilidade da sua empresa.

3.1 Gerar encomendas

A FM trabalha com o programa informático “Sifarma 2000”, programa este que é uma ajuda preciosa na gestão das encomendas. Cada produto da farmácia está parametrizado com um *stock* mínimo e máximo e com o armazenista preferencial. Esta parametrização têm em conta o histórico de vendas e o carácter sazonal de alguns produtos. A gestão racional de *stocks* não é uma atividade estática, e os níveis de *stocks* são regularmente alterados e atualizados. Quando um determinado produto atinge o *stock* mínimo o programa gera automaticamente uma proposta de encomenda, que é enviada ao armazenista após validação. São também efetuadas encomendas mais urgentes ou pontuais por telefone ou instantâneas via *online*, podendo assim saber em tempo real a disponibilidade do produto/medicamento no armazenista.

Uma forma eficaz de controlar os *stocks* passa por conhecer/caracterizar os utentes da farmácia, bem como os hábitos dos principais prescritores. Muitos dos produtos comercializados na farmácia, medicamentos ou outros produtos de saúde, são muito sensíveis a ações de *marketing*, campanhas mediáticas ou prescrições médicas, pelo que é necessário ter em consideração o reforço de *stocks* em tempo útil e em quantidades adequadas.

A FM trabalha com diversos armazenistas como OCP, Plural, Cooprofar, que fazem diversas entregas ao longo do dia. A escolha do armazenista depende da hora de entrega e das condições comerciais e financeiras que oferecem à farmácia e a possibilidade de devolução produtos com prazos de validade curta.

Além deste tipo de encomendas, a FM realiza encomendas diretamente a laboratórios, quando existem produtos esgotados nos armazenistas e em encomendas de grande volume, pois oferecem melhores condições comerciais/financeiras. São realizadas essencialmente para produtos de dermocosmética, genéricos, MNSRM (medicamentos não sujeitos a receita médica), entre outros.

3.2. Receção de encomendas

As encomendas são entregues, sempre acompanhadas de uma fatura ou guia de remessa, em duplicado, onde estão discriminados todos os produtos da encomenda, a sua quantidade, PVP (Preço Venda Público), PVF (Preço Venda Farmácia), IVA (imposto sobre o valor acrescentado), entre outras informações relevantes.

Antes de se proceder à receção da encomenda é confirmado o destino da encomenda e verificado se existem produtos de frio, para que estes sejam armazenados no frigorífico o mais rapidamente possível de forma a garantir a qualidade do mesmo.

Quando a encomenda foi enviada pelo sistema Sifarma®, a sua receção é facilitada uma vez que esta já se encontra gerada no painel Receção de Encomendas. Neste caso o sistema deteta, se existe uma correspondência entre os produtos rececionados e os encomendados. De outra forma quando não foi gerada pelo sistema, tem que se criar uma encomenda manual e verificar se as quantidades são as encomendadas, bem com possíveis descontos, bonificações, expositores ou amostras.

Durante a receção passam-se todos os produtos um a um pelo leitor ótico e confirma-se os preços da cartonagem com o PVP da fatura e regista-se no sistema o PVF. No final o valor total da fatura tem que bater certo com o indicado pelo sistema informático. Verifica-se sempre se o PVP não ultrapassa PMA (Preço Máximo Autorizado). As validades também são verificadas, quando a validade é inferior à do *stock* existente na farmácia ou quando o *stock* do produto é zero, altera-se a validade no SI (Sistema Informático).

Sempre que se rececionam matérias-primas (MP), estas devem vir acompanhadas pelo respetivo Boletim de Análise (comprova que as mesmas cumprem com os requisitos da Farmacopeia onde a MP se encontra descrita) (1, 4) e assinala-se a entrada da MP no Registo de Movimentos de Matérias-Primas.

Para produtos de venda livre, é ainda necessário ter em atenção o valor IVA a que estes produtos estão sujeitos, colocando a margem correspondente.

Depois de conferida toda a encomenda, o original e duplicado da fatura é arquivado no *dossier* referente armazenista em causa. De quinze em quinze dias as faturas são conferidas com o resumo da faturação enviado pelo armazenista, o original da fatura é enviado para a contabilidade e o duplicado fica arquivado na farmácia.

3.3. Prazos de validade

De forma a limitar o número de produtos enviados para o armazenista/laboratório por validade e assim reduzir os custos quer com devoluções não aceites ou com a demora na emissão das notas de crédito, a FM emite listagens de produtos cuja validade termina nos 6 meses seguintes. Este procedimento permite escoar grande parte dos produtos, sem que seja necessário devolver aos armazenistas.

Os produtos cuja validade esteja a expirar dentro de três meses são devolvidos, exceto os produtos de veterinária e as tiras de glicémia que são devolvidas com 4 meses.

3.4. Devoluções a laboratórios/armazenistas

Existem diversos motivos que justificam a devolução ao armazenista/laboratório, como produtos em fim de validade como já foi referido, produtos que venham danificados na encomenda, produtos pedidos por engano, produtos ou lotes retirados do mercado, alteração de preço, produtos com prazos de validade curto etc.

O SI emite Nota de devolução e permite já a comunicação e transmissão eletrónica em tempo real com Autoridade Tributária e Aduaneira (6). Esta nota de devolução é emitida em triplicado, assinada e carimbada, mencionando o produto, motivo da devolução e nº da fatura. Este registo informático garante que o produto devolvido é retirado do *stock*.

No momento de entrega ao fornecedor, este assina o triplicado e recolhe o documento original e duplicado. O triplicado é arquivado na farmácia até que a mesma seja regularizada.

A regularização das notas de devolução por parte do armazenista/laboratórios pode ser feita de por nota de crédito ou por troca de produto.

No caso de não ser aceite, os produtos são novamente enviados e a farmácia faz a quebra dos mesmos informaticamente. Estes produtos são segregados e seguem para destruição após a devida comunicação às Finanças.

4. Dispensa de medicamentos/produtos

4.1 Medicamentos Sujeitos a Receita Médica

A dispensa de medicamentos sujeitos a receita médica, tal como o nome indica é feita mediante prescrição médica.

Durante o meu estágio apanhei um período transitório de desmaterialização completa da prescrição - dispensa, conferência e faturação. As receitas eletrónicas “sem papel” foram implementadas de forma progressiva a nível nacional. No distrito da Guarda começou em março e por enquanto só esta disponível em receitas do Serviço Nacional de Saúde (SNS).

O novo modelo eletrónico irá permitir a prescrição simultânea de tipologias de medicamentos cuja coexistência na mesma receita não era anteriormente admitida. Este novo sistema trará vantagens para o utente, já que todos os produtos de saúde prescritos serão incluídos num único receituário. No ato da dispensa nas farmácias, o utente poderá optar por aviar todos os produtos prescritos ou apenas parte deles, sendo possível levantar os restantes noutra estabelecimento e/ou noutra dia. Além disso, “receita sem papel” garante maior eficácia e segurança ao circuito da receita de medicamentos no SNS e diminui os riscos de fraude (7).

A prescrição de medicamentos, incluindo medicamentos manipulados e medicamentos contendo estupefacientes e tem de ser prescrita no modelo de receita médica aprovado pelo Despacho n.º 11254/2013 (8).

Neste período de transição as receitas continuam a ser impressas e a farmácia pode optar pelo aviamento tradicional ou por este novo sistema com conferência eletrónica *online*. Se optar pelo novo sistema pode fazer o aviamento por leitura do número da prescrição ou pela leitura do cartão de cidadão no leitor *Smart Card* e do código de acesso e dispensa constante do guia de tratamento

Durante o meu estágio as condições para a dispensa de MSRM respeitavam a Portaria 137-A/2012, de 11 de maio.

As receitas eletrónicas podem ser normais (válida pelo prazo de 30 dias seguidos, contados a partir da data da sua emissão) ou renováveis, contendo até 3 vias (com validade de 6 meses). Apenas podem ser prescritos em receita renovável, determinados tipos de medicamentos que se destinem a tratamentos de longa duração (os medicamentos que constem da tabela 2 da Portaria n.º 1471/2004, de 21 de dezembro, na sua atual redação - Deliberação n.º 173/CD/2011, de 27 de outubro) e os produtos destinados ao autocontrolo da diabetes mellitus (9).

Em cada receita podem ser prescritos até 4 medicamentos diferentes, num total de 4 embalagens por receita. No máximo, podem ser prescritas duas embalagens do mesmo medicamento, com exceção dos medicamentos em embalagem unitárias que podem ser prescritas até quatro embalagens do mesmo medicamento (9, 10) .

As receitas excecionalmente podem ser manuais nas seguintes situações que devem estar assinaladas no canto superior direito da receita:

- a) Falência informática;
- b) Inadaptação do prescritor;
- c) Prescrição no domicílio;
- d) Até 40 receitas/mês (9, 10)

A receita médica é prescrita pela indicação da DCI (Denominação Comum Internacional), seguida da dosagem, forma farmacêutica, apresentação e tamanho de embalagem e

posologia. Esta informação é codificada através do CNPEM (Código Nacional para a Prescrição Eletrónica de Medicamentos) que permite também identificar o quinto nível mais baixo de PVP dos medicamentos que cumprem a prescrição médica (9, 11).

No momento do aviamento caso o medicamento em questão tenha grupo homogéneo o utente é informado dos 3 medicamentos mais baratos. No entanto o utente pode optar por qualquer medicamento independentemente do seu preço, tendo somente que assinar na receita, no local próprio para o efeito (9). Se a receita for aviada pelo novo sistema para o utente exerça o direito de opção, deve indicar o respetivo código do direito de opção, constante da guia de tratamento.

No caso da prescrição de medicamento com substância ativa para a qual não exista medicamento genérico participado ou para a qual só exista original de marca e licenças ou caso haja uma justificação técnica do prescriptor quanto à insusceptibilidade de substituição do medicamento prescrito, o DCI pode ser substituída pela marca ou indicação do nome do titular da autorização de introdução no mercado.

As justificações técnicas previstas têm que estar assinaladas na receita e são:

a) Medicamentos com margem ou índice terapêutico estreito (9, 10);

As substâncias ativas com margem ou índice terapêutico estreito são Ciclosporina; Levotiroxina sódica; Tacrolímus (12)

b) Reação adversa prévia

c) Tratamento com duração estimada superior a 28 dias (9, 10).

No caso das exceções a) e b) a farmácia apenas pode dispensar o medicamento que consta da receita. Na exceção c) o utente pode optar por medicamentos similares ao prescrito, desde que sejam de preço inferior (9, 10).

4.1.1. Interpretação, avaliação e aviamento da prescrição

Aquando da receção da prescrição médica deve-se começar por verificar a validade, se possui a assinatura pelo médico prescriptor (manuscrita) e a autenticidade da mesma.

Seguidamente o farmacêutico deve proceder a avaliação farmacoterapêutica. Para isso deve manter o diálogo com o utente para perceber a quem se destina o medicamento, a sua sintomatologia, outras patologias presentes, procurar saber se utente toma outra medicação ou produtos naturais. A linguagem utilizada deve ser simples de fácil compreensão.

Deve verificar se existe alguma interação na medicação, avaliar se a forma farmacêutica se adequa ao utente em questão, se a dose e posologia é a correta. Caso exista alguma dúvida ou problema relacionado com a prescrição deve-se contatar o médico prescriptor.

Após a avaliação farmacoterapêutica prossegue-se com o processamento informático da receita.

As receitas vêm com o CNPEM do medicamento, o que facilita o aviamento. Pela leitura ótica deste código o sistema fornece uma listagem dos medicamentos presentes na farmácia com o mesmo código, bem como o seu preço (caso exista grupo homogéneo). Os medicamentos são inseridos por leitura ótica do código de barras ou pela seleção do medicamento da listagem.

Segue-se a introdução do organismo de comparticipação e caso haja o respetivo despacho para patologias especiais, o SI calcula automaticamente o valor que o utente tem de pagar.

No novo sistema de Receita Eletrónica pela leitura do número da prescrição (ou pela leitura do cartão de cidadão no leitor *Smart Card*) e do código de acesso e dispensa, a prescrição aparece no SI e a comparticipação é feita automaticamente, bem como verificação da validade da receita e possíveis despachos para patologias especiais. Quando o medicamento prescrito possui grupo homogéneo, para selecionar o medicamento é necessário o código do direito de opção, constante do guia de tratamento. Este sistema diminui o número de erros no aviamento, tornando este processo mais eficaz e seguro.

No momento da cedência, o farmacêutico além de garantir que o utente não tem dúvidas, ajudando-o a compreender a importância da toma adequada dos medicamentos, deve explicar a posologia, a duração do tratamento, o momento indicado para toma do medicamento, os alimentos e outros medicamentos a evitar, as reações adversas mais importante, forma conservação e eventuais precauções especiais. Além da comunicação oral, os conselhos e informações prestados devem ser reforçados por escrito ou com material de apoio (1). Um outro componente fundamental é a monitorização do tratamento para verificar a sua efetividade e a ocorrência de reações adversas.

Por fim, finaliza-se a venda e imprime-se recibo do utente e verso da receita com as seguintes informações:

- 1) Identificação da farmácia;
- 2) Registo dos medicamentos dispensados em caracteres e código de barras;
- 3) Data da dispensa dos medicamentos na farmácia;
- 4) Preço total de cada medicamento dispensado, valor total da receita, encargo do utente em valor por medicamento e respetivo total, comparticipação do Estado em valor por medicamento e respetivo total;
- 5) Organismo de comparticipação;
- 6) Número de lote e número de receita;
- 7) Espaço dedicado às declarações do utente com as seguintes expressões:
 - «Declaro que me foram dispensadas as nn,nn embalagens de medicamentos constantes na receita e prestados os conselhos sobre a sua utilização»;
 - «Declaro que não exerci direito de opção»;
 - «Declaro que exerci o direito de opção para medicamento com preço superior ao 5.º mais barato»;
 - «Declaro que exerci direito de opção por medicamento mais barato que o prescrito para continuidade terapêutica de tratamento superior a 28 dias» (13).

O verso da receita leva ainda o carimbo da farmácia e a assinatura do responsável pela dispensa do medicamento.

4.1.2. Verificação e correção do receituário

Todo o receituário aviado é novamente verificado, de forma a garantir que a medicação foi corretamente aviada e para salvaguardar o reembolso das participações feitas ao longo do mês. Caso seja detetado algum erro de aviamento poderá contactar-se o doente e regularizar a situação. As receitas são separadas por organismo de participação. Dentro do mesmo organismo são separadas por lote e dentro do lote ordenadas por número de receita (cada lote tem no máximo 30 receitas). Caso sejam detetadas falhas, o SI permite corrigir receituário, como por exemplo organismos de participações errados, preço, etc.

No novo de Receita Eletrónica, a receita é conferida eletronicamente no momento da dispensa, existindo somente dois tipos de lote:

- Lote do tipo 99 - inclui todas as receitas que tenham sido conferidas eletronicamente no momento da dispensa sem erro;

- Lote do tipo 98 - inclui todas as receitas que tenham sido conferidas eletronicamente no momento da dispensa e que tenham sido registadas com erro (14).

As receitas do tipo 98 não podem ser corrigidas e neste período experimental, acontece que muitas receitas sem nenhum tipo de erro vão parar a este lote.

4.2 .Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica/Medicamentos Não Sujeitos Receita Médica-Exclusiva de Farmácia

Segundo o Despacho n.º 17690/2007, de 23 de Julho 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.” Contudo, esta prática de automedicação está limitada a situações clínicas bem definidas e deve efetuar-se de acordo com as especificações estabelecidas para aqueles medicamentos. A lista de situações passíveis de automedicação encontra-se no anexo do mesmo despacho. (15).

Apesar de estes medicamentos serem de venda livre e vendidos noutros espaços de saúde como parafarmácias, a realidade é que estes não são inócuos. Neste sentido o farmacêutico deve orientar a utilização deste tipo de medicação de forma segura e racional.

Também é fundamental que alerte para os riscos do uso indiscriminado destes medicamentos, porque o seu uso continuado poderá mascarar um problema de saúde grave. Em caso de persistência ou agravamento dos sintomas, deve encaminhar o utente ao médico.

No Decreto-Lei n.º 128/2013, de 5 de setembro, adotou-se uma subcategoria de medicamentos não sujeitos a receita médica, que, atendendo ao seu perfil de segurança ou às suas indicações, apenas devem ser dispensados em farmácias, designadas por medicamentos não sujeitos a receita médica de dispensa exclusiva em farmácia (MNSRM-EF). Introduce-se assim uma nova categoria de medicamentos que, pese embora não sendo sujeitos a receita médica, a respetiva dispensa exija a intervenção do farmacêutico (16). A Lista de DCIs, indicações terapêuticas e outras condições de dispensa exclusiva em farmácia e dos

Protocolos de Dispensa exclusiva em farmácias relativos às DCIs constam da DELIBERAÇÃO Nº 1/CD/2015, de 8 de janeiro de 2015. (Anexo 20).

A farmácia é muitas vezes o local de primeira escolha para tentar resolver problemas de saúde, assim o farmacêutico deve recolher toda a informação necessária para a correta avaliação do problema de saúde. Assim, se a sintomatologia estiver associado a um problema grave deve encaminhar o utente ao médico. No caso de patologias menores, deverá aconselhar o utente de forma adequada, dispensando MNRM ou MNSR-EF em casos de manifesta necessidade. O farmacêutico responsabiliza-se pela seleção do MNSRM ou eventuais medidas não farmacológicas, tendo como objetivo o alívio ou a resolução de um problema de saúde (1).

Além disso, as mensagens promocionais passadas pelos *media* e pela internet tendem a transmitir um sentimento de confiança quanto à segurança dos MNSRM e dão ainda a impressão que são apenas mais um artigo de consumo. É essencial informar que todo o medicamento possui significativo potencial de risco e que as reações adversas se multiplicam com o seu uso incorreto e indiscriminado (em idosos, crianças e portadores de doenças crónicas).

4.3. Medicamentos de uso veterinário (MUV)

Segundo o Decreto-Lei nº 314/2009, de 28 de outubro, um medicamento de uso veterinário é definido como “toda a substância, ou associação de substâncias, apresentada como possuindo propriedades curativas ou preventivas de doenças em animais ou dos seus sintomas, ou que possa ser utilizada ou administrada no animal com vista a estabelecer um diagnóstico médico-veterinário ou, exercendo uma acção farmacológica, imunológica ou metabólica, a restaurar, corrigir ou modificar funções fisiológicas (18)”.

Os MUV são classificados quanto à dispensa em:

1. Medicamentos não sujeitos a receita médico veterinária;

(Ex: suplementos alimentares)

2. Medicamentos sujeitos a receita médico-veterinária;

3. Medicamentos de uso exclusivo por médicos veterinários (Ex: medicamentos imunológicos, quimioterapêuticos) (18).

Na farmácia comunitária encontram-se disponíveis medicamentos não sujeitos a receita médico veterinária e medicamentos sujeitos a receita médico-veterinária.

A dispensa de medicamentos veterinários sujeitos a receita médica veterinária apenas é possível mediante a apresentação de uma receita médico-veterinária:

- Se os medicamentos se destinarem a animais de exploração - a receita médica tem de ser normalizada (modelo em anexo na Portaria n.º 1138/ 2008) e tem de conter a vinheta identificativa do médico prescriptor (18-20);

- Se os medicamentos se destinarem a outras espécies animais - a receita médica pode não ser a normalizada e não carece obrigatoriamente da vinheta identificativa do médico prescritor (18, 20).

Relativamente à receita médico-veterinária normalizada, esta tem de ser preenchida na íntegra, tem validade de 10 dias e é emitida em triplicado (o original destina-se à farmácia, o duplicado fica na posse do adquirente e o triplicado com o prescritor). As farmácias têm de manter em arquivo, durante 5 anos, para efeitos de fiscalização e controlo os seguintes documentos, comprovativos dos medicamentos veterinários fornecidos:

- Receita médico-veterinária ou respetiva cópia;
- Receita médico-veterinária normalizada ou respetiva cópia (20)

Durante o meu estágio, nunca me foi solicitada a dispensa de MUV sujeitos a receita médica com receita médica normalizada. Os medicamentos mais requisitados foram os antiparasitários, de uso interno e externo e pílulas anticoncepcionais para animais de estimação. Dada a localização da FM, junto a zonas rurais, estes medicamentos são pedidos com alguma frequência.

4.4. Dispositivos médicos

O Decreto-Lei n.º 145/2009, de 17 de Junho, que estabelece as regras a que devem obedecer a investigação, o fabrico, a comercialização, a entrada em serviço, a vigilância e a publicidade dos dispositivos médicos. Um Dispositivo médico é “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: Diagnóstico, prevenção, controlo, tratamento ou atenuação de uma doença; Diagnóstico, controlo, tratamento, atenuação ou compensação de uma lesão ou de uma deficiência; Estudo, substituição ou alteração da anatomia ou de um processo fisiológico; Controlo da concepção;”(21).

O mesmo diploma também classifica os dispositivos médicos, em classes I (dispositivos de baixo risco), IIa (baixo médio risco), IIb (alto médio risco) e III (alto risco), tendo em conta a vulnerabilidade do corpo humano e atendendo aos potenciais riscos decorrentes da conceção técnica e do fabrico, sendo a sua classificação realizada nos termos previsto no anexo IX do presente decreto-lei (21).

Os dispositivos médicos são bastante requisitados na FM, como: termómetros, material de penso, material ortopédico, preservativos, testes de gravidez, fraldas, meias elásticas entre

outros. No momento da dispensa, aconselhei os utentes sobre a correta forma de utilização dos mesmos.

4.5. Produtos para autocontrolo da diabetes mellitus

Em 2013 a prevalência estimada da Diabetes na população portuguesa entre os 20 e os 79 anos (7,8 milhões de indivíduos) foi de 13,0%, ou seja, mais de 1 milhão de portugueses neste grupo etário tem Diabetes (22).

A Diabetes é uma das principais causas de morbilidade crónica e de perda de qualidade de vida, estando previsto o seu aumento nas próximas décadas.

De modo a permitir uma maior adesão à prevenção e autocontrolo, os produtos destinados ao autocontrolo da diabetes mellitus encontram-se abrangidas por um regime de comparticipação do Estado no custo de aquisição, das tiras-teste para determinação de glicemia, cetonemia e cetonúria, assim como as agulhas, seringas e lancetas destinadas ao controlo da diabetes dos utentes do SNS e subsistemas públicos (23).

Estes produtos têm que ser prescritos isoladamente, ou seja, a receita médica não pode conter outros medicamentos/produtos e a 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 (9, 23).

4.6. Medicamentos homeopáticos

Fundada em 1796 pelo médico alemão Samuel Christian Hahnemann, a homeopatia baseia-se no princípio central: *similia similibus curentur* “semelhante cura semelhante”, ou seja, o tratamento é feito com preparações altamente diluídas da mesma substância que produz os mesmos sintomas num indivíduo saudável (24).

Apesar da eficácia da homeopatia ser um tema controverso, principalmente por causa do uso de medicamentos diluídos para além do limite de Avogadro, estes são vendidos nas farmácias com grande aceitação por parte do público.

Na FM apresenta pouco produtos homeopáticos, sendo o medicamento mais requisitado o xarope Stodal®, utilizado para o tratamento da tosse. Normalmente estes produtos não são muito requisitados, no entanto durante o estágio, foi solicitado por parte de um utente produtos homeopáticos não existentes fornecedor habitual, uma vez que o utente é sempre o foco principal da atividade do farmacêutico comunitário, o medicamento foi encomendado à Farmácia Homeopática de Coimbra.

4.7. Produtos de dermofarmácia, cosmética e higiene

Entende-se, por produto cosmético, qualquer substância ou mistura destinada a ser posta em contacto com as diversas partes superficiais do corpo humano epiderme (sistemas piloso e

capilar, unhas, lábios e órgãos genitais externos), ou com os dentes e as mucosas bucais, com a finalidade, exclusiva ou principalmente, de os limpar, perfumar, modificar o seu aspeto, proteger, manter em bom estado ou de corrigir os odores corporais (25). Os produtos cosméticos fazem parte do nosso quotidiano, de tal forma da qual quase nem nos apercebemos. Desde o gel de duche usado no banho, à pasta de dentes ou ao sabonete com que lavamos as mãos várias vezes por dia, todos estes produtos são cosméticos e fazem parte de um mercado muito vasto.

Estes produtos são regulados pelo Regulamento (CE) nº 1223/2009 de 30 de Novembro, pelo Decreto-Lei nº 189/2008, de 24 de Setembro, alterado pelos Decreto-Lei nº 115/2009, de 18 de Maio, Decreto-Lei nº 113/2010, de 21 de Outubro, Decreto-Lei nº 63/2012, de 15 de março e Decreto-Lei nº 245/2012, de 09 de Novembro. Quanto à publicidade encontra-se regulada no Decreto-Lei N.º 189/2008, de 24 de Setembro, assim como no Código Geral da Publicidade. Segundo este DL, as menções publicitárias não devem ser suscetíveis de induzir o consumidor em erro, sobre as características do produto cosmético, ou ser utilizadas para atribuir qualidades ou propriedades que estes não possuem ou que não podem possuir, designadamente, indicações terapêuticas ou atividade biocida (26).

Numa sociedade cada vez mais preocupada com a aparência física e mais exigente no aconselhamento, torna-se crucial que o farmacêutico esteja à vontade para abordar a temática e aconselhar da melhor forma possível, cada situação em particular. Os cuidados de higiene e os cuidados com a pele constituem assim uma oportunidade da intervenção farmacêutica, devido ao conhecimento dos aspetos da fisiologia da pele assim como do conhecimento acerca dos vários produtos formulados para esse efeito.

São inúmeros os problemas da pele, que podem ser tratados com produtos de dermocosmética. Nos bebés os problemas mais comuns são a dermatite das fraldas, dermatite atópica e dermatite seborreica nos bebés. Já na adolescência o mais comum é a acne, a rosácea é característica muito comum da pele sensível, o envelhecimento da pele que desde de cedo o ser humano procura contrariar esta tendência. A proteção solar deve ser contínua ao longo da vida, pois o sol pode causar danos irreparáveis como o melanoma, para além de contribuir para o envelhecimento precoce da pele.

A FM dispõe de várias gamas destes produtos, destinados a várias finalidades, mas este tipo de produtos não são muito requisitados, talvez devido ao contexto sociocultural em que esta inserida e ao período de crise que o país atravessa.

O farmacêutico têm neste tipo de produtos um papel preponderante na ajuda aos consumidores na sua utilização de uma forma consciente e informada, ajudando-os na gestão das suas próprias expectativas.

4.8. Fitoterapia e suplementos nutricionais (nutracêuticos)

Os suplementos alimentares são géneros alimentícios destinados a complementar ou suplementar o regime alimentar normal e constituem fontes concentradas de determinadas substâncias, nutrientes ou outras, com efeito nutricional ou fisiológico, comercializados em

forma doseada, como cápsulas, pastilhas, comprimidos, pílulas, saquetas de pó, ampolas de líquido, frascos com conta-gotas e outras formas similares. São proibidas as menções que atribuam aos suplementos propriedades profiláticas, de tratamento ou curativas de doenças humanas, nem fazer referência a estas propriedades. Além disso não podem declarar, expressa ou implicitamente, que um regime alimentar equilibrado e variado não constitui uma fonte suficiente de nutrientes em geral (27). Na FM, existem alguns nutracêuticos como BioActivo Caroteno® (Beta-caroteno); BioActivo Fibra® (Fibras vegetais), MegaRed® (ómega 3).

A fitoterapia tem por base o tirar partido das propriedades curativas e preventivas das plantas. Num produto fitoterapêutico a sua composição consiste apenas em produtos derivados de plantas no seu estado puro ou transformado, ou nos seus princípios ativos obtidos por extração. Como por exemplo carvão vegetal (problemas intestinais tais como inchaço e flatulência); ginseng (indicado para o cansaço físico e mental); castanheiro-da-índia (indicado em problemas de circulação); uva-ursina (adjuvante em infeções urinárias); alcachofra (distúrbios digestivo).

Este tipo de produtos são de venda livre e desta forma, estão diretamente ligados à automedicação e a orientação farmacêutica. Durante o período de estágio estes produtos foram bastante procurado pelos utentes da FM, muito por culpa da ideia generalizada e errada, que tudo o que é natural não têm qualquer risco para a saúde e que não produz qualquer tipo interação com a medicação. Um bom exemplo disso é o hipericão que é utilizado para ajuda a manter o equilíbrio emocional e um humor positivo, e interage com anticoncepcionais, antidepressivos, antiepiléticos, digoxina, entre outros.

4.9. Produtos dietéticos

Os géneros alimentícios destinados a uma alimentação especial são produtos que devido à sua composição ou a processos especiais de fabrico, se distinguem claramente dos géneros alimentícios de consumo corrente, são adequados ao objetivo nutricional pretendido e são comercializados com a indicação de que correspondem a esse objetivo, tal como definido pelo Decreto-Lei n.º 227/99 (28).

São exemplos deste tipo de produtos os alimentos infantis ou para bebés, alimentos para dietas de restrição calórica para controlo do peso, produtos dietéticos destinados a fins medicinais específicos (produtos sem glúten, alimentos para perturbações do metabolismo dos glúcidos) ou alimentos adaptados a esforços musculares intensos. Também há produtos dietéticos com carácter terapêutico para erros congénitos do metabolismo.

Os produtos dietéticos com carácter terapêutico são atualmente comparticipados a 100% pelo Ministério da Saúde, desde que sejam prescritos pelo Centro de Genética Médica ou pelos Centros de Tratamento dos Hospitais protocolados para o efeito com o referido Instituto (Centro Hospitalar de Coimbra, E.P.E., o Centro Hospitalar de Lisboa Central, E.P.E., o Centro Hospitalar do Porto, E.P.E., o Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia, E.P.E., o Hospital Central do Funchal, o Hospital do Divino Espírito Santo, de Ponta Delgada; o Hospital de Santa

Maria, E.P.E., o Hospital de Santo Espírito de Angra do Heroísmo, o Hospital de S. João, E.P.E. e os Hospitais da Universidade de Coimbra) (29, 30), para isso têm que ser prescritos isoladamente, ou seja, a receita médica não pode conter outros medicamentos/produtos. A listagem dos produtos comparticipados está disponível *online* na página da Direção-Geral de Saúde (9). Durante o meu estágio não apareceu nenhuma receita para estas situações, uma vez que se tratam de doenças raras e em que os centros prescritores se encontram muito distantes.

A FM tem, no entanto, disponíveis algumas gamas para carências nutricionais que são normalmente dispensadas em idosos ou acamados: gama Fresubin®, Fortimel®, entre outras. Os produtos dietéticos infantis são os mais procurados existindo na farmácia leites com e sem glúten, sem lactose, hipoalergénicos (HA), anti regurgitantes (AR), anticólicas (AC), fórmulas que favorecem o trânsito intestinal, fórmulas isentas de proteínas do leite de vaca, boiões frutas e farinhas.

4.10. Medicamentos Manipulados (MM)

Atualmente grande parte das necessidades das farmácias são abrangidas pela atividade da indústria farmacêutica, pois a maioria dos medicamentos e produtos são produzidos a nível industrial e a manipulação tem declinado consideravelmente ao longo dos anos. No entanto ainda surge em casos pontuais, no preenchimento de nichos não ocupados pela indústria farmacêutica.

Existem várias substâncias ativas de utilidade terapêutica comprovada cujas especialidades farmacêuticas, por motivos diversos (por vezes exclusivamente de ordem económica), não são produzidos à escala industrial. No mercado existe número limitado de especialidades farmacêuticas disponíveis para uso pediátrico. A manipulação permite adequar dosagens e simultaneamente, apresenta-las sob a forma farmacêutica mais adequadas para administração em Pediatria. A manipulação de medicamentos possibilita também promover associações de substâncias ativas não disponíveis no mercado, sempre que se justificam do ponto de vista farmacoterapêutico.

A possibilidade de personalizar a terapêutica de doentes específicos constitui uma razão primordial para a prescrição e preparação de medicamentos manipulados.

Considera-se medicamento manipulado, qualquer fórmula magistral ou preparado oficial preparado e dispensado sob a responsabilidade de um farmacêutico. Por definição «Fórmula magistral» é o medicamento preparado em farmácia de oficina ou nos serviços farmacêuticos hospitalares segundo receita que especifica o doente a quem o medicamento se destina; e «Preparado oficial» é qualquer medicamento preparado segundo as indicações compendiais, de uma farmacopeia ou de um formulário, em farmácia de oficina ou nos serviços farmacêuticos hospitalares, destinado a ser dispensado diretamente aos doentes assistidos por essa farmácia ou serviço (4, 31).

As matérias-primas utilizadas na preparação de medicamentos manipulados têm que cumprir as exigências da respetiva monografia, inscrita na Farmacopeia Portuguesa ou nas

farmacopeias de outros estados membros da Comunidade Europeia ou na documentação científica (32). Assim, as matérias-primas adquiridas têm de se acompanhar pelo respetivo boletim de análise, que certifica a conformidade do produto, como já foi referido (33). A farmácia é obrigada a ter equipamento mínimo para a manipulação, cuja listagem se encontra na Deliberação n.º 1500/2004 (4, 5).

Com o recurso a fontes especializadas no apoio à preparação e dispensa de manipulados, como o Formulário Galénico Português e Farmacopeia Portuguesa e seguindo as Boas Práticas a Observar na Preparação de Medicamentos Manipulados, aprovadas pela Portaria n.º 594/2004, de 2 de Junho, é possível obter medicamentos manipulados padronizados, seguros, eficazes e com garantia de qualidade à escala nacional.

O cálculo do preço de venda ao público dos medicamentos manipulados é feita tendo como base o somatório de três parcelares, que são os honorários da preparação, o valor das matérias-primas e o valor dos materiais de embalagem, o qual é multiplicado por 1,3 (margem de lucro de 30%), acrescido do valor do IVA à taxa em vigor, que presentemente é 6% (34).

Os medicamentos manipulados têm que ser prescritos isoladamente, ou seja, a receita médica não pode conter outros medicamentos/produtos (9). A lista de medicamentos manipulados comparticipados é a que consta no Anexo do Despacho n.º 18694/2010, sendo a percentagem de comparticipação de 30% do seu preço (35).

Durante o meu estágio, foi-me dada a oportunidade de preparar Solução Alcoólica de Ácido Bórico à Saturação. O ácido bórico tem atividade bacteriostática e fungistática, as soluções alcoólicas de ácido bórico, está indicada para o tratamento tópico de otites externas, podendo também usar-se, em certos casos, nas otites médias crónicas e no ouvido já operado (36). Para tal consultei o Formulário Galénico Português, onde se encontra a monografia do medicamento manipulado, o material a utilizar, as quantidades necessárias de matérias-primas, técnica a executar, prazo de utilização e condições de conservação, normas para a correta rotulagem, ensaios de verificação, folheto Informativo, entre outras informações pertinentes.

De forma a garantir a qualidade dos medicamentos manipulados, na FM existem diversos documentos que têm como objetivos, registar dados referentes às operações de preparação e controlo efetuados com conseqüentes conclusões sobre a qualidade do manipulado, e possibilitar a reconstituição do histórico de cada preparação, desde a matéria-prima à aprovação da preparação final:

- a) registos de controlos de calibração dos aparelhos de medida;
- b) ficha de preparação do medicamento manipulado incluindo o registo de todos os passos de preparação e verificação com assinaturas dos responsáveis;
- c) arquivo dos boletins de análise de todas as matérias-primas e materiais de embalagem, referindo para cada um, o respetivo fornecedor;
- d) ficha de dados de segurança das substâncias;
- e) registos de movimentos de matérias-primas e materiais de embalagem;

f) procedimentos gerais e específicos (4).

4.11. Medicamentos Estupefacientes e psicotrópicos

Devido ao facto das substâncias estupefacientes e psicotrópicas passíveis de utilização e tráfico ilícito, muitas vezes associada a danos e dependência física e psicológica, estas substâncias estão sujeitas a um controlo mais rigoroso. Desta forma, só o farmacêutico, ou quem o substitua na sua ausência ou impedimento, pode aviar receitas respeitantes a estas substâncias.

O modelo de receita para estes medicamentos é igual ao modelo utilizado para os restantes medicamentos, no entanto têm que ser identificadas com RE (receita especial) (9) e não pode conter outros medicamentos, ou seja têm que ser prescritos isoladamente (10).

No ato de dispensa de medicamentos contendo uma substância classificada como estupefaciente ou psicotrópica (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), o farmacêutico verifica a identidade do adquirente e anota no verso da receita impressa o nome, número e data do bilhete de identidade ou da carta de condução, ou o nome e número do cartão de cidadão, ou, no caso de estrangeiros, do passaporte, indicando a data de entrega e assinando (10, 37, 38).

Informaticamente regista além dos dados do adquirente, os dados do utente (nome; morada; BI; idade) e do médico prescriptor, o sistema gera um impresso com estes dados que é arquivado juntamente com a fotocópia da receita durante 3 anos.

Mensalmente (até dia 8 do mês seguinte) é enviada uma listagem das saídas de psicotrópicos e estupefacientes ao INFARMED e cópia das receitas manuais e trimestralmente o registo de entradas (até 15 dias após o termo de cada trimestre). Esta listagem é emitida em duplicado, ficando uma das cópias na farmácia, sendo ambas carimbadas e rubricadas pela DT. Anualmente a farmácia faz um balanço destes medicamentos enviando ao INFARMED até ao dia 31 de Janeiro (10).

5. Processamento de receituário e faturação

Tal como já foi referido, para que a farmácia possa ser reembolsada no valor das participações feitas ao longo do mês, é necessário que todas as prescrições estejam em conformidade, razão pela qual o farmacêutico confere o receituário no momento da dispensa e todo este processo é novamente conferido.

As receitas são separadas por organismo de participação e lote e ordenadas por número de receita (cada lote tem no máximo 30 receitas). Cada lote deve-se encontrar devidamente identificados através do Verbete de Identificação de Lote. Destas receitas também fazem parte as receitas que foram devolvidas do processo de conferência do mês anterior, e que tenham sido corrigidos.

Até ao dia 10 (caso o dia 10 ocorra ao fim de semana ou dia feriado, a receção tem como data limite o dia útil seguinte) de cada Mês é enviada CCF (Centro de Conferência de Faturas), da informação de faturação respeitante a receituário médico do SNS, referente ao mês anterior. Sendo composta por: fatura (em duplicado); Notas de Débito/Crédito (em duplicado); Relação resumo de lotes; Verbetes de identificação de lotes; Receitas médicas (14).

Na transmissão de Faturação Eletrónica é também necessário o envio destes documentos, pelo menos enquanto se mantiver a materialização da receita com a sua impressão física. No entanto simplifica o processo de gestão permitindo agrupar em dois tipos de lotes a totalidade do receituário que foi conferido eletronicamente no momento da dispensa: Lote do tipo 99 - inclui todas as receitas que tenham sido conferidas eletronicamente no momento da dispensa sem erro; Lote do tipo 98 - inclui todas as receitas que tenham sido conferidas eletronicamente no momento da dispensa e que tenham sido registadas com erro (14).

Apesar da conferência eletrónica, aos Lotes do tipo 99 poderá ser imputados alguns erros nomeadamente: a falta do envio do documento em papel (enquanto existir a materialização da receita através da impressão física) e o envio de uma receita que não tenha sido dispensada eletronicamente; o envio de um documento papel não original; o envio de um documento sem a assinatura do médico prescriptor (14). Os Lotes do tipo 98 são reconferidos pelo CCF com base na informação de dispensa enviada no momento da validação *online*, de forma a verificar se as condições que levaram à atribuição do erro se mantêm. Este processo de reconferência pode detetar o mesmo erro ou outros erros. Para além das validações normais da dispensa, aplicam-se também a estas receitas os erros referidos no lote do tipo 99(14).

Aos restantes tipos de lote, mantém-se a regras de conferência existentes (14).

O que diz respeito ao receituário dos restantes organismos, a Relação Resumo de Lotes e a Fatura Mensal são enviados à Associação Nacional de Farmácias (ANF) em triplicado até ao dia 10 do mês seguinte, ficando o respetivo quadruplicado na farmácia. O envio da documentação é realizado por correio registado com aviso de receção.

Na farmácia fica arquivado um exemplar da Relação Resumo de Lotes, e um exemplar da Fatura Mensal, bem como o exemplar da guia de transporte emitida pelos correios.

5.1 Receituário devolvido

Após envio para o CCF, é realizada neste centro a conferência de todo o receituário enviado pelas farmácias até ao dia 25 do próprio mês. Caso sejam encontrados é enviado à farmácia um ofício com os resultados do processo de conferência inclui a indicação dos erros e diferenças, e respetivas justificações para as retificações efetuadas (14).

Após a comunicação dos erros e diferenças por parte do CCF, a farmácia emite a respetiva nota de débito, independentemente do montante a retificar (14).

Todas as receitas devolvidas são analisadas e se a farmácia não concordar com a fundamentação pode reclamar, preenchendo o um formulário de reclamação. Dependendo do

erro, as receitas podem ser novamente faturadas, após a realização das correções necessárias (14).

6. Controlo das temperaturas

As temperaturas no armazém e na sala de atendimento ao público são controladas e registadas manualmente. Já a temperatura do frigorífico é controlada com um termohigrómetro, que regista automaticamente os valores da temperatura do frigorífico.

7. Serviços Farmacêuticos

Os serviços farmacêuticos podem ser entendidos como um conjunto de ações no sistema de saúde, exercidas pelo farmacêutico ou sob sua supervisão, prestadas no decorrer das diversas atividades integrantes do campo da assistência farmacêutica, que respondem às necessidades da população tanto individual como coletiva. Estas ações têm como objetivo a obtenção de resultados concretos na saúde, obtendo a melhoria da qualidade de vida da população. Os serviços farmacêuticos são uma das principais áreas do exercício farmacêutico exigindo uma relação estreita utente-farmacêutico estreita que possibilite a troca de informação numa atmosfera de confiança.

A FM disponibiliza aos seus utentes, diversos serviços farmacêuticos: Glicémia; Colesterol; Triglicéridos; Pressão Arterial; Teste Gravidez; I.M.C. (índice massa corporal); Peso; Altura; Administração de Injetáveis e Vacinas; uma vez por mês existem consultas de aconselhamento nutricional, com uma nutricionista. Todos os serviços prestados e respetivos preços estão afixados de forma visível na sala de atendimento (3, 39).

A avaliação de colesterol, glicémia, triglicéridos, pressão arterial e peso, é importante, estando na base de muitas patologias dos portugueses que ocorrem com frequência às farmácias. Considerando o contexto atual, em que uma grande parte dos utentes da FM não tem médico de família e os que tem têm muita dificuldade em marcar consultas com brevidade, estes serviços possibilitam a avaliação e/ou controlo, destes fatores de risco.

A administração de vacinas, na FM é só efetuada por farmacêuticos, que possuem formação da reconhecida pela ordem, de administração de vacinas e suporte básico de vida, nomeadamente no tratamento de reação anafilática (40). Todos os outros serviços são efetuados por qualquer outro colaborador da farmácia, registando sempre o serviço efetuado.

Um outro serviço prestado é a preparação dos medicamentos para a semana. Este é um elemento diferenciador e de fidelização e que facilita o seguimento do tratamento. Visto que a baixa taxa de adesão à terapêutica constitui hoje grande problema. Este é um problema particularmente importante em idosos, devido à elevada prevalência de doenças crónicas, que aumenta a medicação, a duração e a complexidade do regime terapêutico. Este serviço é uma das estratégias que ajuda os doentes a aderir ao tratamento, ajudando também os cuidadores e familiares.

Para além dos serviços enumerados anteriormente e devido à impossibilidade de alguns utentes se deslocarem à farmácia, ou a própria Farmácia não ter em *stock* o medicamento pretendido quando utente se desloca à farmácia, esta dispõe de um carro que permite assim a entrega domiciliária de medicamentos.

Pontualmente surgem também na FM determinados programas, como rastreios auditivos, medição da densidade óssea ou sessões de aconselhamento promovidas por marcas de dermocosmética, como a Barral.

8. VALORMED

A VALORMED abrange resíduos de produtos, produtos cujo prazo de validade se encontra ultrapassado ou que, por qualquer motivo, já não deve ser consumido (41).

A FM sensibiliza os seus utentes e informando-os da necessidade de ser efetuada a entrega na farmácia das embalagens vazias e dos medicamentos fora de uso. Sempre que possível verifica também se os utentes estão a entregar resíduos de medicamentos, e não outros resíduos.

Os contentores de recolha em cartão contêm uma bolsa plástica autocolante contendo 3 fichas: Contentor (ficha branca), Farmácia (ficha verde) e Armazenista (ficha azul). Quando o contentor esta cheio, fecha-se e preenche-se a ficha com o nome e código da farmácia, rubrica do colaborador e regista-se o peso. Aquando da recolha o motorista do armazenista assegura o preenchimento dos campos: “Armazenista n.º”, “Data de recolha”, e “Rubrica do responsável pela recolha”. A ficha verde fica na Farmácia e é arquivada durante dois anos.

É importante referir que a VALORMED assegura que medicamentos usados, após consumo, têm como destino final uma eliminação segura, contribuindo para a proteção do ambiente e da saúde pública sendo para isso necessária a ajuda de toda a população, tendo aqui o farmacêutico um papel muito importante.

9. Cartão Farmácias Portuguesas / Cartão Saúde

Durante o meu estágio assisti ao novo programa de fidelização das farmácias, renovação do cartão das Farmácias Portuguesas, para o Cartão Saúde. Este programa, pertencente à ANF (Associação Nacional de Farmácias) constitui uma forma de fidelização dos utentes a farmácias aderentes.

Com o novo cartão Saúde todas as compras realizadas em produtos de saúde e bem-estar, medicamentos não sujeitos a receita médica e serviços farmacêuticos valem pontos que podem ser trocados diretamente por produtos constantes revista Saúde tal como já acontecia

no antigo cartão das Farmácias Portuguesas, podendo também ser transformados em vales de dinheiro que podem ser utilizados para pagar a conta da farmácia. Permite também que todos os membros da família possam acumular pontos numa mesma conta (42).

10. Outras atividades

Durante o estágio tive também a possibilidade de auxiliar na organização de várias iniciativas, dentro da temática Maio Mês Coração.

Durante esse mês os utentes foram convidados a medir a sua PA, na farmácia gratuitamente e os aparelhos de medir tensão tiveram uma campanha promocional.

Foi também realizado um rastreio com a avaliação da pressão arterial e doseamento colesterol, aconselhamento e entrega de material didático (folhetos informativos (Anexo 21 e 22)). Este foi realizado na junta de freguesia de Figueira de Castelo Rodrigo. Este rastreio teve uma grande aderência e aceitação por parte dos utentes e permitiu dar a conhecer a farmácia e os seus colaboradores, bem como os serviços prestados. Os rastreios podem abrir caminho a novas oportunidades, podem levar a angariação de maior número de clientes, bem como à sua fidelização.

A possibilidade de comunicação através de meios gratuitos como a internet e redes sociais, constituem uma mais-valia para o negócio desde que seja feita de modo adequado, neste sentido ajudei na realização campanhas de digital marketing. (Anexo 23)

11. Conclusão

Apesar do de no passado ter contacto com a realidade da farmácia comunitária. Este estágio permitiu uma atualização de todas as mudanças que ocorreram na farmácia comunitária nos últimos anos, para o meu regresso ao mercado de trabalho.

Permitiu-me desenvolver ações que integraram todos os conhecimentos académicos que desenvolvi durante estes 5 anos, na atividade profissional. Sem dúvida foi uma oportunidade para perceber do valor e importância dos conhecimentos adquiridos durante o Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas.

A prática do exercício quotidiano exige uma formação contínua tanto em relação à evolução tecnológica, pesquisa, ao desenvolvimento e surgimento de novos medicamentos, quanto à legislação vigente. O farmacêutico nunca deixa de ser estudante.

A confiança que a população deposita no farmacêutico e o seu papel enquanto conselheiro próximo de todos os cidadãos, exige dele responsabilidade, competência, dinamismo e atualização contante.

Formação contínua tanto em relação à evolução tecnológica, pesquisa, surgimento de novos medicamentos, como em relação à legislação vigente.

O farmacêutico nunca deixa de ser estudante.

12. Referências Bibliográficas

1. Conselho Nacional da Qualidade, O.D.F.- Boas Práticas Farmacêuticas para a Farmácia Comunitária. 3º ed. 2009.
2. Censos 2011 - Resultados definitivos Centro.
3. Infarmed. Decreto-Lei n.º 172/2012, de 1 de agosto . Disponível em: https://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/LEGISLACAO/LEGISLACAO_FARMACEUTICA_COMPILADA/TITULO_II/TITULO_II_CAPITULO_IV/29-B1_DL_172_2012.pdf a 20 de junho de 2015.
4. Infarmed. Portaria n.º 594/2004, de 2 de Junho . Disponível em: http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/LEGISLACAO/LEGISLACAO_FARMACEUTICA_COMPILADA/TITULO_III/TITULO_III_CAPITULO_II/portaria_594-2004.pdf a 2 de agosto.
5. Infarmed. Deliberação n.º 1500/2004, 7 de Dezembro. Disponível em: http://www.infarmed.pt/portal/pls/portal/!PORTAL.wwpob_page.show?_docname=10522319.PDF a 3 de agosto.
6. Autoridade Tributária e Aduaneira. REGIME DE BENS EM CIRCULAÇÃO OBJETO DE TRANSAÇÕES ENTRE SUJEITOS PASSIVOS DE IVA. Disponível em: https://info.portaldasfinancas.gov.pt/NR/rdonlyres/360479D6-83E4-4376-803F-006FE2C11CF8/0/Reg_bens_circ.pdf a 05 de julho de 2015.
7. SPMS- Serviços Partilhados do Ministério da Saúde. Receita sem papel. Disponível em: http://spms.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/07/Receita-sem-Papel_FAQS.pdf. a 18 de julho de 2015.
8. Diário da Republica. Despacho n.º 11254/2013 . Disponível em: <https://dre.pt/application/dir/pdf2sdip/2013/08/167000000/2705527056.pdf> a 20 de junho de 2015.
9. Infarmed. Normas relativas à dispensa de medicamentos e produtos de saúde . Disponível em: http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/MEDICAMENTOS_USO_HUMANO/PRESCRICAO_DISPENSA_E_UTILIZACAO/Normas_dispensa.pdf a 21 de junho de 2015.
10. Ordem Farmacêuticos. Portaria n.º 137-A/2012. Disponível em: http://www.ordemfarmaceuticos.pt/xFiles/scContentDeployer_pt/docs/articleFile662.pdf a 21 de junho de 2015.
11. Diário da Republica. Despacho n.º 4322/2013 . Disponível em: <https://dre.pt/application/dir/pdf2sdip/2013/03/059000000/1042710427.pdf> a 28 de junho de 2015.
12. Infarmed. DELIBERAÇÃO N.º 70/CD/2012. Disponível em: http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/LEGISLACAO/ACTOS_SUJEITOS_A_PUBLICACAO_NO_SITE_DO_INFARMED/070_CD_2012.pdf a 25 de junho de 2015.

13. Diário da Republica. Despacho n.º 15700/2012 . Disponível em: <https://dre.pt/application/dir/pdf2sdip/2012/12/238000000/3924739250.pdf> a 20 de junho de 2015.
14. ACSS - Administração Central do Sistema de Saúde, I.P. Manual de Relacionamento das Farmácias com o Centro de Conferência de Faturas do SNS. Disponível em: https://www.ccf.min-saude.pt/portal/page/portal/estrutura/documentacaoPublica/Manual_de%20Relacionament_o_de_Farm%C3%A1cias_v1.151.pdf a 1 de agosto de 2015.
15. Infarmed. Despacho n.º 17690/2007, de 23 de Julho . Disponível em: https://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/LEGISLACAO/LEGISLACAO_FARMACEUTICA_COMPILADA/TITULO_I/011-D1_Desp_17690_2007.pdf a 1 de agosto de 2015.
16. Infarmed. Decreto-Lei n.º 128/2013, de 5 de setembro . Disponível em: http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/LEGISLACAO/LEGISLACAO_FARMACEUTICA_COMPILADA/TITULO_III/TITULO_III_CAPITULO_I/035-G2_DL_128_2013_VF.pdf a 1 de agosto.
17. Infarmed. DELIBERAÇÃO N.º 1/CD/2015 . Disponível em: http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/LEGISLACAO/ACTOS_SUJEITOS_A_PUBLICACAO_NO_SITE_DO_INFARMED/001_CD_2015.pdf a 1 de agosto.
18. SimposiumVet. Decreto-Lei n.º 314/2009 . Disponível em: <http://www.simposiumvet.pt/Home/OpenLegislacaoPdf?nome=314-2009.pdf> a 1 de agosto.
19. Diário da Republica. Portaria n.º 1138/2008 . Disponível em: <http://dre.tretas.org/pdfs/2008/10/10/plain-240285.pdf> a 2 de agosto de 2015.
20. Infarmed. Circular Informativa - Venda de medicamentos veterinários . Disponível em: <http://www.infarmed.pt/portal/pls/portal/docs/1/8667264.PDF> Consultado a 1 de agosto.
21. Infarmed. Decreto-Lei n.º 145/2009, de 17 de Junho. Disponível em: http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/LEGISLACAO/LEGISLACAO_FARMACEUTICA_COMPILADA/TITULO_V/TITULO_V_CAPITULO_II/122-A_DL_145_2009_2ALT.pdf a 2 de agosto de 2015.
22. Direção Geral Saúde. Diabetes: Factos e Números 2014 . Disponível em: <http://www.dgs.pt/> a 2 de agosto de 2015.
23. Infarmed. Portaria n.º 222/2014, de 4 de novembro. Disponível em: http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/LEGISLACAO/LEGISLACAO_FARMACEUTICA_COMPILADA/TITULO_III/TITULO_III_CAPITULO_V/103-A03_Port_222_2014.pdf a 4 de agosto de 2015.
24. World Health Organization. Safety issues in the preparation of homeopathic. Disponível em: <http://www.who.int/medicines/areas/traditional/Homeopathy.pdf> a 2 de agosto de 2015.
25. Infarmed. Decreto-Lei n.º 113/2010. Disponível em: http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/LEGISLACAO/LEGISLACAO_FARMACE

UTICA_COMPILADA/TITULO_V/TITULO_V_CAPITULO_I/115-A_DL_189_2008_5Alt-A.pdf a 1 de agosto de 2015.

26. Infarmed. Decreto-Lei n.º 189/2008, de 24 de Setembro . Disponível em: http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/LEGISLACAO/LEGISLACAO_FARMACEUTICA_COMPILADA/TITULO_V/TITULO_V_CAPITULO_I/115-A_DL_189_2008_5Alt-A.pdf Consultado a 1 de agosto.

27. Diário da Republica. Decreto Lei 136/2003, de 28 de Junho. Disponível em: <http://dre.tretas.org/dre/164111/> à: 2 Agosto 2015.

28. Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge. Decreto-Lei n.o 227/99 de 22 de Junho . Disponível em: <http://www.insa.pt/sites/INSA/Portugues/QuemSomos/Documents/Legisla%C3%A7%C3%A3o/DL227-1999.pdf> Consultado a 1 de agosto

29. Diário da Republica. Despacho nº 25 822/2005 (2ª série), de 25 de dezembro.

30. Diário da Republica. Despacho nº 4326/2008 (2ª série) de 23 de Janeiro.

31. Infarmed. Portaria n.º 594/2004, de 2 de Junho . Disponível em: https://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/LEGISLACAO/LEGISLACAO_FARMACUTICA_COMPILADA/TITULO_III/TITULO_III_CAPITULO_II/portaria_594-2004.pdf Consultado a 25 de junho de 2015.

32. Infarmed. Decreto-Lei n.º 95/2004, de 22 de Abril. Disponível em: http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/LEGISLACAO/LEGISLACAO_FARMACEUTICA_COMPILADA/TITULO_III/TITULO_III_CAPITULO_II/067-A-DL_95_2004.pdf a 2 de agosto.

33. Infarmed. Deliberação n.º 1497/2004, de 7 de Dezembro. Disponível em: https://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/LEGISLACAO/LEGISLACAO_FARMACEUTICA_COMPILADA/TITULO_III/TITULO_III_CAPITULO_II/deliberacao_1497-2004.pdf a 3 de agosto.

34. Infarmed. Portaria n.º 769/2004, de 1 de Julho . Disponível em: https://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/LEGISLACAO/LEGISLACAO_FARMACEUTICA_COMPILADA/TITULO_III/TITULO_III_CAPITULO_V/portaria_769-2004.pdf a 3 de agosto.

35. Infarmed. Despacho n.º 18694/2010, 18 de Novembro. Disponível em: http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/LEGISLACAO/LEGISLACAO_FARMACEUTICA_COMPILADA/TITULO_III/TITULO_III_CAPITULO_II/067-A01_Desp_18694_2010doc.pdf a 1 de agosto.

36. Formulário Galénico Português. Solução Alcoólica de Ácido Bórico à Saturação (FGP A.II.1.).

37. Infarmed. Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de Janeiro. Disponível em: https://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/LEGISLACAO/LEGISLACAO_FARMACEUTICA_COMPILADA/TITULO_III/TITULO_III_CAPITULO_III/068-DL_15_93_VF.pdf a 21 de junho de 2015.

38. Infarmed. Decreto Regulamentar n.º 61/94, de 12 de Outubro. Disponível em: https://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/LEGISLACAO/LEGISLACAO_FARMACE

UTICA_COMPILADA/TITULO_III/TITULO_III_CAPITULO_III/070-DR_61_94_2ALT.pdf a 21 de junho de 2015.

39. Infarmed. Portaria n.º 1429/2007, de 2 de Novembro. Disponível em: http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/LEGISLACAO/LEGISLACAO_FARMACEUTICA_COMPILADA/TITULO_II/TITULO_II_CAPITULO_IV/023-A3_Port_1429_2007.pdf a 20 de junho de 2015.

40. Infarmed. Deliberação n.º 139/CD/2010. Disponível em: http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/LEGISLACAO/ACTOS_SUJEITOS_A_PUBLICACAO_NO_SITE_DO_INFARMED/139_CD_2010.pdf 20 de junho de 2015.

41. Valormed, Sociedade Gestora de Resíduos de Embalagens e Medicamentos, Lda. Disponível em: <http://www.valormed.pt/pt/conteudos/conteudo/id/18>; consultado a 05 de julho de 2015.

42. Farmácias Portuguesas. Disponível em: <https://www.farmaciasportuguesas.pt/SAUDA>; a 23 de julho de 2015.

Capítulo III - Polimedicação em Idosos Institucionalizados

1. Introdução

O envelhecimento gradual da população e o aumento da esperança de vida implicam uma maior incidência e prevalência de patologias crónicas. Associado a este facto está uma utilização cada vez maior de medicamentos por parte da população idosa.

A polimedicação é uma prática cada vez mais frequente em idosos e aumenta a probabilidade de interações, efeitos adversos, prescrição de medicamentos potencialmente inapropriados, não adesão à terapêutica prescrita e custos acrescidos para o Serviço Nacional de Saúde. Além disso, o idoso apresenta características fisiológicas próprias e heterogéneas que o predispõem à iatrogenia medicamentosa.

Assim, a polifarmácia é um problema relevante, sendo os idosos residentes em lares aqueles que apresentam maiores riscos, pelas doenças limitantes, fragilidade e baixa funcionalidade próprias da idade.

1.1. Envelhecimento da Europa

O envelhecimento da população é uma tendência de longo prazo que teve início há várias décadas na Europa. Este envelhecimento é visível na evolução da estrutura etária da população, e está relacionado com a diminuição das taxas de fertilidade e de mortalidade e consequente aumento da esperança de vida (1).

Em 2013 a proporção de pessoas com 65 ou mais anos na União Europeia (UE) dos 28 era 18,5%. Portugal registou 19,9%, valor apenas ultrapassado pela Grécia (20,5%), Alemanha (20,8%) e Itália (21,4%). Entre 2003 e 2013 todos os países da UE a 28 tiveram um aumento da proporção de idosos, um decréscimo da proporção de jovens (excluindo a Irlanda e a Espanha) e da população em idade ativa (exceto a Polónia, a Eslováquia, o Luxemburgo e o Chipre) (Figura 1).

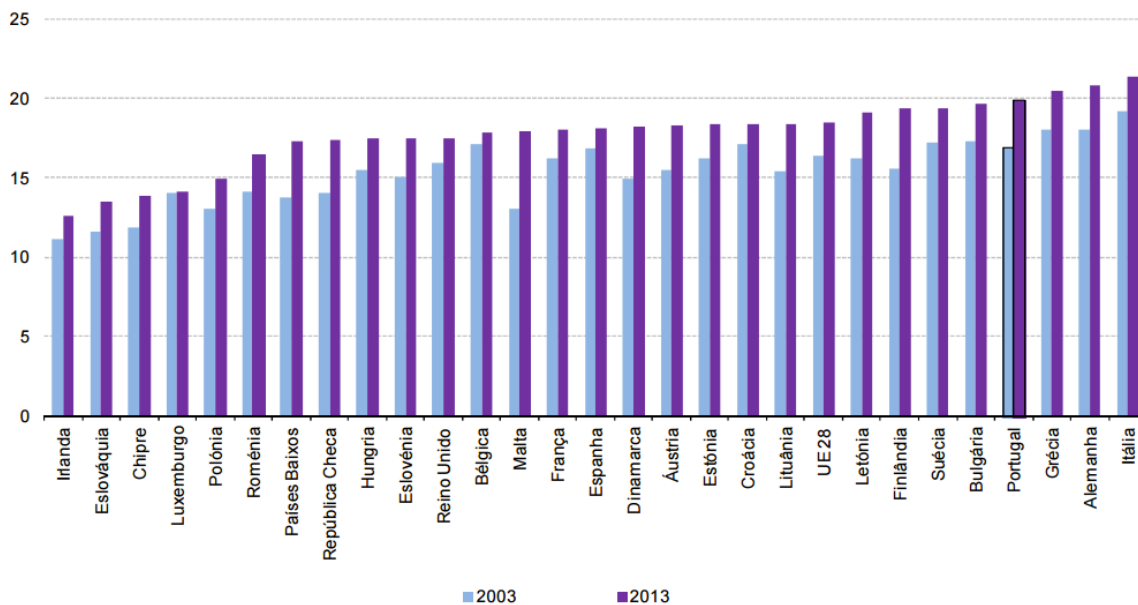


Figura 1 - População idosa (65 ou mais anos de idade, %), na UE a 28, em 2003 e 2013 (2).

A idade mediana da população da UE a 28 era de 42,2 anos em 2013, oscilando entre os 36,0 anos na Irlanda e os 45,6 anos na Alemanha. Entre 2003 e 2013, a idade mediana na UE a 28 aumentou 3,0 anos. Neste período, verificou-se um aumento em todos os Estados Membros da UE a 28, destacando-se mais de 5 anos na Roménia, quase 5 anos na Lituânia, e mais de 4 anos em Portugal e na Alemanha.

O índice de envelhecimento na UE a 28, em 2013, era de 119 idosos por cada 100 jovens. A evolução do índice de envelhecimento entre 2003 e 2013 nos países da UE está descrita no gráfico da Figura 2.

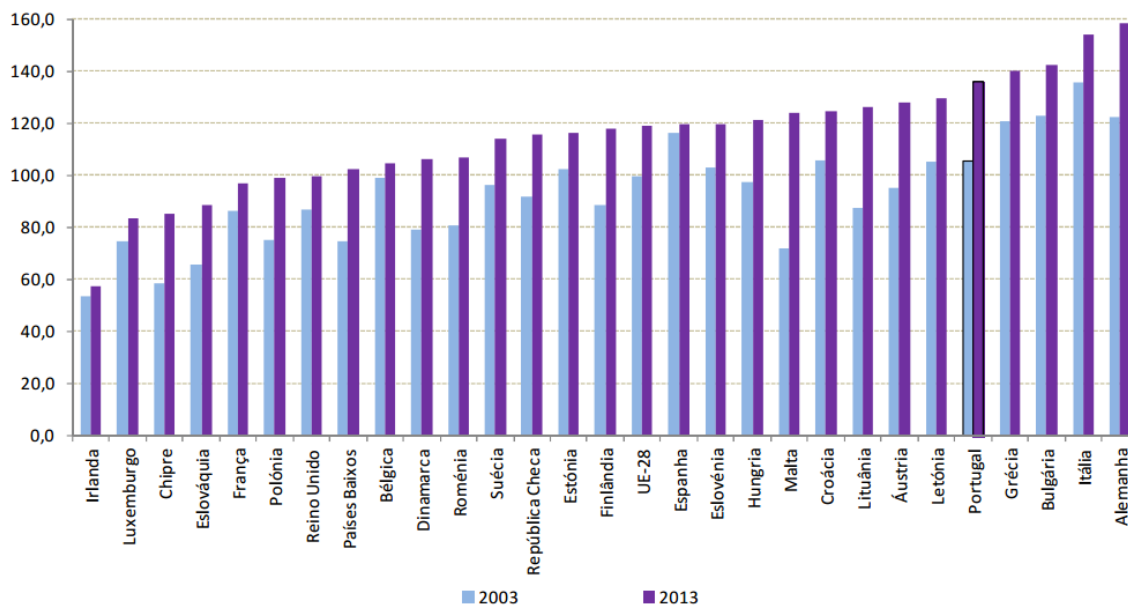


Figura 2 - Índice de envelhecimento, na UE a 28, em 2003 e 2013 (2).

A população idosa é predominantemente composta por mulheres. As mulheres tendem a viver mais anos que os homens. Em 2013, a nível mundial, havia 85 homens por cada 100 mulheres no grupo etário dos 60 ou mais anos, e 61 homens por cada 100 mulheres no grupo etário dos 80 ou mais anos. É expectável que este rácio diminua moderadamente nas próximas décadas, refletindo uma melhoria ligeiramente mais rápida na esperança de vida dos homens nas idades avançadas (2).

Devido à dinâmica da fecundidade, expectativa de vida e migração, a estrutura etária da população da UE irá alterar-se fortemente nas próximas décadas (3).

A população da região europeia deverá aumentar apenas ligeiramente em 2020 (de 894 para 910 milhões), mas em 2050 retomarà aos níveis atuais. No entanto, o número de pessoas em idade ativa deverá diminuir de forma constante e o número de pessoas mais velhas deverá aumentar. Assim, é indiscutível que a população da região europeia está a envelhecer rapidamente. A sua idade média já é a mais alta do mundo, e a proporção de pessoas com 65 ou mais anos deverá aumentar de 14% em 2010 para 20% em 2025 e 25% em 2050. O número de pessoas com idade acima dos 85 anos deverá aumentar de 14 a 19 milhões em 2020 para 40 milhões em 2050 (2, 4, 5). As pessoas estão a viver mais anos, mas suas possibilidades de passar esses últimos anos com boa saúde e bem-estar variam dentro e entre cada país (4).

O envelhecimento da população, é um dos maiores desafios sociais e económicos para as sociedades europeias no século XXI, afetará todos os países da UE, bem como a maior parte das suas políticas. Uma vez que os idosos têm necessidades diferentes em termos de cuidados de saúde, os sistemas de saúde terão de se adaptar para poderem assegurar a prestação de cuidados adequados e, simultaneamente, manter a sua sustentabilidade financeira (1, 5).

1.2. O Envelhecimento em Portugal

A idade em que um indivíduo é considerado “idoso” pela Organização Mundial da Saúde (OMS) é estabelecida conforme o nível socioeconómico de cada nação. Para a maioria dos países do mundo desenvolvido aceitou-se a idade cronológica de 65 anos para a definição de "idoso" (6).

A população residente em Portugal, à data do último momento censitário (2011) era de 10 562 178 pessoas, 5 046 600 homens e 5 515 578 mulheres. Mais de 19% da população tinha 65 ou mais anos. O índice de envelhecimento da população era de 128, ou seja, por cada 100 jovens existiam 128 idosos. Em 2013 o índice de envelhecimento subiu para 136. A proporção de jovens (população com menos de 15 anos) baixou 15% e a de idosos (população com 65 ou mais anos) aumentou 19% entre os censos de 2001 e 2011. Portugal é um país com muito baixa fecundidade que não assegura a substituição de gerações (2,1 crianças por mulher) há mais de trinta anos e não se prevê que recupere nos próximos quarenta anos (7, 8).

Assim diminuiu a base da pirâmide etária (população mais jovem) e alargou-se o topo (crescimento da população mais idosa). Portugal perdeu população entre os 0-29 anos, entre os 30-69 anos a população aumentou 9% e para idades superiores a 69 anos o crescimento foi

de 26%. O aumento do número de idosos, a diminuição do número de jovens e do número de pessoas com idades compreendidas entre os 15 e os 65 anos (população em idade ativa), contribuem para o envelhecimento demográfico (Figura 3) (8).

Dentro do conjunto dos 28 Estados Membros da EU, Portugal apresenta o 5º valor mais elevado do índice de envelhecimento, o 3º valor mais baixo do índice de renovação da população em idade ativa e 3º maior aumento da idade mediana entre 2003 e 2013 (2).

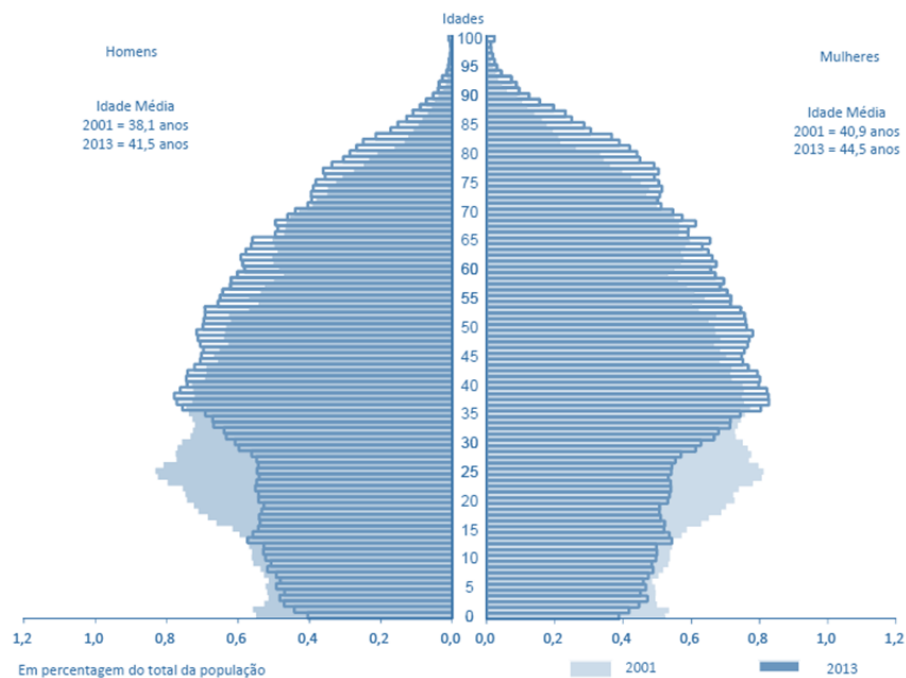


Figura 3 - Pirâmide etária da população residente em Portugal, 2001 e 2013 (8).

Já a esperança média de vida entre 2011 e 2013 era de 80,00 anos. Para as mulheres este valor é mais alto e situa-se nos 82,79 anos e é de 76,91 anos para os homens (8) (Figura 4).

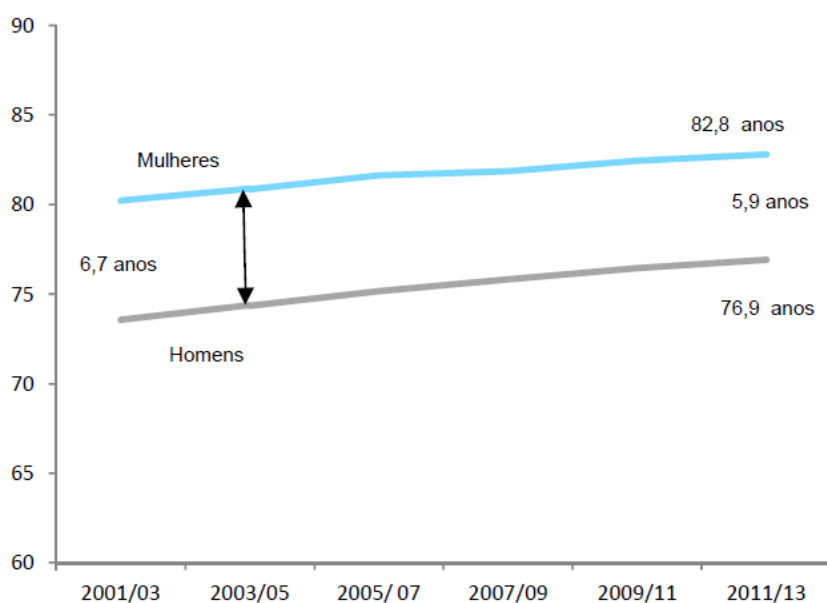


Figura 4 - Esperança média de vida à nascença (em anos), em Portugal 2001-2003 a 2011-2013 (8).

O “peso” da população com 65 ou mais anos tem aumentado nos últimos anos por todo o território continental. No entanto, verificam-se assimetrias entre as regiões do interior e do litoral do país, sendo de destacar que 11 dos 18 distritos do território continental (representando a nível concelhio 195 dos 278 concelhos) apresentavam em 2013 uma percentagem de população com mais de 65 anos superior à média do Continente (20,2%) (9).

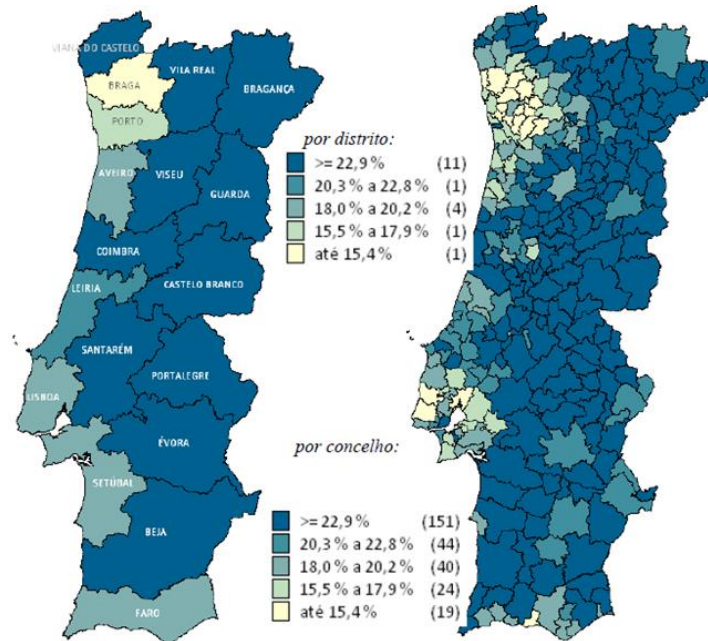


Figura 5 - Relação ente a população idosa (mais 65 anos) e a população total por distrito e por concelho em 2013 (9).

1.2.1. Tendência de envelhecimento da população em Portugal

Os cenários de projeção considerados respeitam ao exercício de projeção do Instituto Nacional de Estatística (INE) e estão sob um caráter condicional. Assim, o INE definiu três cenários de projeção da população (cenário alto, central e baixo). O cenário baixo conjuga as hipóteses pessimista para a fecundidade, central para a mortalidade e pessimista para as migrações. O cenário central associa as hipóteses de evolução central para a fecundidade e para a mortalidade e a otimista para as migrações. Por fim, o cenário alto combina as hipóteses de evolução otimista para a fecundidade, mortalidade e migrações (10).

De acordo com os resultados obtidos no cenário central, Portugal perderá população até 2060, passando dos atuais 10,4 para 8,6 milhões de residentes (10, 11).

A população com menos de 15 anos irá diminuir até 2060 e esta tendência de decréscimo observa-se em todos os cenários de projeção considerados, a qual no cenário central será de 993 milhares (12%). As diferenças na evolução deste grupo etário relacionam-se com a variação dos saldos migratórios e dos níveis de fecundidade (Figura 6).

Já a população idosa (com 65 ou mais anos) residente em Portugal aumentará até 2060, atingindo 3 344 milhares no cenário alto (36%), 3 043 milhares no cenário central (35%) e 2 729 milhares no cenário baixo (43%). O aumento da população idosa resulta do alargamento da esperança média de vida (10, 12) (Figura 6).

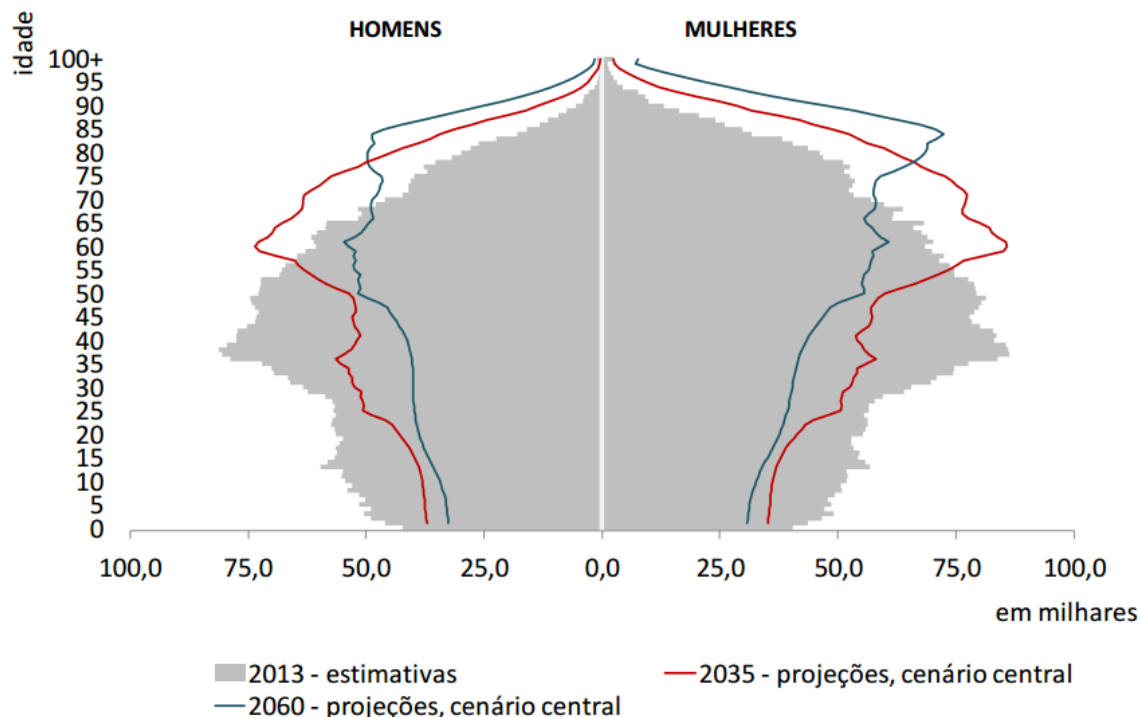


Figura 6 - Pirâmide etária de Portugal em 2013 (estimativas), 2035 e 2060 (projeções, cenário central) (12).

Em Portugal, o índice de envelhecimento entre 2014 e 2060 poderá aumentar de 139 para 307 idosos por cada 100 jovens, no cenário central (10-12). Este índice poderá atingir o valor de 464 idosos por cada 100 jovens no cenário baixo, 307 idosos por cada 100 jovens no cenário central, 287 idosos por cada 100 jovens no cenário alto. Nos cenários central e alto, pressupõe-se a recuperação para saldos migratórios positivos, não sendo ainda assim suficiente para travar o ritmo de envelhecimento demográfico. Mesmo com a conjugação de saldos migratórios positivos e de níveis de fecundidade mais elevados, ainda que associados a uma esperança média de vida mais elevada, tal como preconizado no cenário alto, é favorecido um elevado ritmo do envelhecimento demográfico da população (10, 12).

1.2.2. Envelhecimento e institucionalização em Portugal

Tendo em vista o rápido aumento do envelhecimento da população nos países em desenvolvimento, há a necessidade de desenvolver programas que tenham um foco especial na qualidade dos cuidados de longo prazo prestados nestes países, bem como o reforço do atendimento oferecido nos países desenvolvidos. Infelizmente, para muitas pessoas, a

longevidade traz consigo uma série de desafios que reduzem a independência funcional e ao mesmo tempo aumentam a dependência de outros. O suporte para as pessoas mais velhas que perdem independência/autonomia por invalidez, doença e fragilidade relacionada com a idade ou a pobreza assume muitas formas que vão desde modelos de comunidades de base familiar, a cuidados de longo prazo dentro de instituições como hospitais e lares de idosos (13).

O crescente envelhecimento da população em Portugal coloca em evidência a procura acrescida de respostas de apoio a idosos.

A carta social, que consiste num estudo de análise da dinâmica da Rede de Serviços e Equipamentos Sociais (RSES), pretende dar a conhecer as respostas sociais, no âmbito da ação social sob tutela do Ministério da Solidariedade, Emprego e Segurança Social em funcionamento no Continente, a sua caracterização, localização territorial, equipamentos e entidades de suporte. Assim, segundo a carta social, o apoio social para idosos em Portugal entre 2000 e 2013 registou um desenvolvimento expressivo (47%). O Serviço de Apoio Domiciliário (SAD) foi a área que apresentou um maior crescimento (66%), seguindo-se a Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (ERPI) com 55% e por fim o Centro de Dia (32%). A institucionalização dos idosos em Portugal é assim uma realidade (9).

Em 2012, existiam, em Portugal Continental, 2 093 ERPI, públicas e privadas, com capacidade para 79 997 pessoas idosas, sendo a taxa de utilização a 31 de dezembro de 2012 de 93,4% (Tabela 1) (14).

Tabela 1 - Evolução das Estruturas Residenciais para Idosos em Portugal Continental (2000-2014).

Ano	Número	Capacidade
2014	2315	89666
2012	2093	79997
2010	1870	71261
2005	1487	60884
2000	1469	55523

Fonte: Carta Social - elementos quantitativos

Do total de utentes que frequentava a ERPI em 2013, 71% tinha mais de 80 anos e 47% tinha 85 ou mais anos (Figura 7) (9).

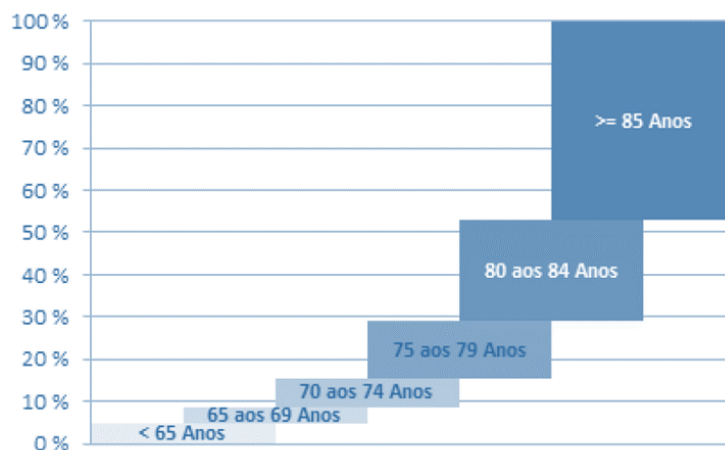


Figura 7 - Distribuição percentual dos utentes em Estrutura Residencial para Pessoas Idosas por escalão etário, no Continente em 2013 (9).

Em Portugal é evidente a escassez de legislação específica que defina procedimentos e normas de qualidade em relação à prescrição, aquisição, armazenamento, distribuição, administração e utilização dos medicamentos nas ERPI.

O único profissional de saúde cuja legislação estabelece a obrigatoriedade de presença nas ERPI é o enfermeiro. Os lares de idosos são obrigados a possuir no mínimo um enfermeiro por cada 40 utentes e sempre que a estrutura residencial acolha idosos em situação de grande dependência, estabelece que o rácio passa a ser de um enfermeiro para cada 20 residentes (15).

1.2.3. Caracterização demográfica do concelho de Figueira de Castelo Rodrigo - Estrutura Residencial para Idosos

Figueira de Castelo Rodrigo é uma vila portuguesa que pertence ao Distrito da Guarda e é constituída por 10 freguesias (Figura 8).

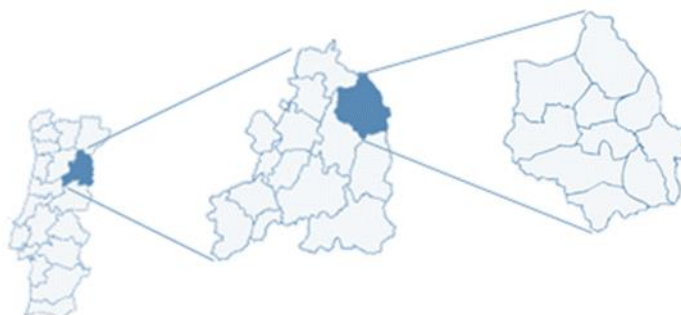


Figura 8 - Geografia do Concelho de Figueira de Castelo Rodrigo.

Segundo os últimos Censos (2011), Figueira de Castelo Rodrigo possui 6 260 habitantes (2 996 homens e 3 264 mulheres). A população residente com mais de 65 anos em 2001 era de 2 152 e em 2011 o valor baixou para 2 043 (16), ou seja 32,6% da população tem 65 ou mais anos. Em Portugal a percentagem da população acima dos 65 anos era de 19% (7). O índice de envelhecimento era de 304, ou seja por cada 100 jovens existem 304 idosos (17).

O concelho de Figueira de Castelo Rodrigo possui seis ERPIs (Lar de Idosos e Residência) com capacidade para 261 utentes. Existindo uma estrutura em Escalhão (Casa da Freguesia de Escalhão - Lar/Centro de Dia/Apoio Domiciliário); duas em Figueira de Castelo Rodrigo (Lar Luís de Bastos e Santa Casa da Misericórdia de Figueira de Castelo Rodrigo); uma em Mata de Lobos (Centro de Dia e Lar de Idosos do Centro Social de Mata de Lobos); uma na União das Freguesias de Algodres, Vale de Afonsinho e Vilar de Amargo (Equipamento Social do Centro de Solidariedade Social de Algodres) e por fim uma na União das Freguesias de Freixeda do Torrão, Quintã de Pêro Martins e Penha de Águia (Equipamento Social da Associação Sociocultural de Freixeda do Torrão) (18).

Quanto à natureza jurídica existe uma entidade lucrativa, uma Irmandade da Misericórdia e as restantes são Associações de Solidariedade Social (18).

1.3. Polimedicação

A polimedicação é geralmente entendida como o uso concomitante de múltiplos medicamentos por um indivíduo. O termo polimedicação não implica por si só se é apropriado prescrever vários medicamentos, embora seja frequentemente assumido que em algumas circunstâncias possa não ser apropriado fazê-lo (19). Isto reflete-se nas duas abordagens mais comuns utilizadas para definir ou medir a polimedicação na literatura: o uso de um limite específico de número de medicamentos, ou, alternativamente, uma medida do número de medicamentos inadequados (19-22).

A definição mais comum de polimedicação é a utilização de mais do que um certo número de medicamentos, independentemente da apropriação ou não da sua utilização (20). Em estudos de investigação, a definição mais comumente aplicada tem sido o uso concomitante de cinco ou mais medicamentos (21, 23, 24); por vezes, é também definida como a prescrição simultânea de nove ou mais fármacos (25).

Uma vez que o número de fármacos que os doentes recebem tem vindo a aumentar nos últimos anos, é possível que a utilidade de um determinado limiar pode mudar ao longo do tempo. Por exemplo, a prescrição de quatro ou mais medicamentos era considerada elevada há uma década, mas agora esse valor é comum, e mesmo um limite de dez ou mais medicamentos pode ser apropriado (19).

Hoje reconhece-se que entre os principais fatores que contribuem para a polimedicação estão a existência de patologias múltiplas, prescritores múltiplos (sem coordenação entre eles), automedicação, campanhas publicitárias de medicamentos e aspetos socioeconómicos (24).

1.3.1. Polimedicação no idoso

Com o aumento da longevidade, o número de pessoas com mais de 85 anos é projetada para aumentar de forma dramática (19). A velhice é considerado o principal fator de risco para muitas, se não a maioria, das doenças nos países desenvolvidos. Isto é evidente e pode ter implicações importantes para a prevalência de multimorbilidade (19, 23, 26).

O envelhecimento e os estilos de vida menos saudáveis acentuam o aumento da prevalência das doenças crónicas, nomeadamente as doenças cardiocerebrovasculares, a hipertensão arterial e a diabetes mellitus. A hipertensão arterial e a diabetes mellitus, para além de doenças crónicas, são também fatores de risco importantes para outras doenças (22, 27).

Diversos estudos revelaram que mais de 50% dos idosos experimenta, pelo menos, duas doenças crónicas (28, 29). Um estudo português com uma amostra de 1000 indivíduos revelou que cerca de metade dos portugueses com mais de 50 anos declarou ter pelo menos uma doença crónica diagnosticada por um médico (53,8%); 21,4% refere ter pelo menos duas e 8,5% tem três ou mais doenças crónicas (30).

O aumento da prevalência de multi-morbilidades, onde os idosos podem viver com várias condições patológicas a longo prazo, para as quais vários medicamentos são normalmente recomendados para o seu tratamento/controlo, resultam necessariamente em quadros de polimedicação (19, 23, 31-37). Além disso, a descoberta de novos tratamentos farmacológicos e o uso contínuo de medicamentos com fins preventivos, contribuem para o aumento da prevalência de polimedicação (19, 31).

A polimedicação, embora potencialmente necessária em diversas situações, pode também ser problemática por várias razões. Por um lado, pode aumentar o risco do uso de medicamentos potencialmente inadequados, associados a efeitos potenciais negativos, físicos e cognitivos, a longo prazo; por outro lado, pode também resultar numa fraca adesão (*compliance*) à medicação, num risco aumentado de duplicação de medicamentos, interações medicamentosas, reações adversas a medicamentos e maiores custos de saúde (19, 23, 31-33, 35). Estes riscos podem ser agravados pelo acondicionamento inadequado da medicação, pela falta de informação sobre a medicação, e por alterações frequentes do regime posológico (31). Muitos medicamentos são também prescritos para tratar os efeitos secundários de outros medicamentos (iatrogenia medicamentosa) (19, 38). Além disso, a polimedicação pode contribuir para agravar o estado de saúde e aumentar o risco de morbilidade e/ou mortalidade (22, 36).

Num estudo realizado na Europa (áreas metropolitanas da República Checa, Dinamarca, Finlândia, Islândia, Itália, Holanda, Noruega e Reino Unido), envolvendo 2707 idosos, a polifarmácia, definida como o uso de seis ou mais medicamentos, foi documentada em 51,0% dos doentes (39). Adicionalmente, um estudo realizado em Portugal, na área do Porto, concluiu que 59,2% dos idosos (65 ou mais anos) tomavam mais de 5 medicamentos; entre os fármacos mais prescritos foram identificados aqueles que atuam no aparelho cardiovascular e verificou-se também que polimedicação nos idosos institucionalizados foi menor que nos

idosos que viviam em domicílios (40). Notar também que um outro estudo, no qual foram realizadas 41193 entrevistas, foi revelado que 6% da população é polimedicada (usa em simultâneo mais de cinco medicamentos), com maior prevalência em mulheres e idosos (53,2% de polimedicados). O mesmo estudo concluiu que Lisboa e Vale do Tejo foi a região com maior consumo de medicamentos e aquela região que registou um menor consumo de medicamentos foi a Madeira; e, entre as condições patológicas responsáveis por um maior consumo de medicamentos estão, a hipertensão arterial, a dor e a dislipidemia (24).

1.3.2. Polimedicação em idosos institucionalizados

Os idosos residentes em lares constituem uma população particular, com necessidades de cuidados específicos (41). O declínio funcional, incapacidade e fragilidade associada com síndromes geriátricas são prevalentes na população em lar de idosos. Estas condições comuns têm grandes implicações na independência funcional e representam os principais determinantes de qualidade de vida. A presença de comorbilidades reduz a capacidade de resistência e a capacidade de recuperação e agrava o processo de invalidez (13).

Quando novos medicamentos são aprovados para uso clínico, eles raramente foram testados em residentes em lares de idosos, e esta população de idosos frágeis são os mais propensos a experimentar reações adversas a medicamentos (13, 23).

Em geral, os idosos residentes em lares recebem mais medicamentos que os idosos não institucionalizados (20, 25, 37, 42), em média, 7 a 8 medicamentos, incluindo o uso de medicamentos potencialmente inapropriadas (25). A polimedicação aumenta o risco de eventos adversos, podendo mesmo provocar quedas e hospitalização (20, 25, 41). Assim, hoje é indiscutível que a polimedicação é frequente em lar de idosos (43).

Em lares de idosos os problemas relacionados com a medicação não estão apenas associados à medicação prescrita mas também a outros fatores como a falta de formação de pessoal que administra a medicação, a ausência de farmacovigilância e a medicação não ser alvo de qualquer tipo de seguimento ou revisão periódica (44).

Um estudo realizado nos EUA inferiu que os idosos residentes em lares, que recebem nove ou mais medicamentos, tiveram cerca do dobro da probabilidade de experimentar um efeito adverso que os doentes que recebem um número menor de medicamentos (42). Neste contexto, destacar também que os psicotrópicos (hipnóticos, antidepressivos, antipsicóticos) são dos medicamentos mais prescritos em lares de idosos em todos os países ocidentais e, embora esta prevalência varie substancialmente entre os estudos, é de referir que 50% a 80% dos residentes em lares de idosos apresente, pelo menos, a prescrição de um medicamento psicotrópico (13, 25, 45-47).

1.4. Reações Adversas a Medicamentos no Idoso

Uma reação adversa a um medicamento (RAM) é uma resposta indesejável que ocorre com uma dose que normalmente seria terapêutica. Se a resposta a uma dose usual é excessiva, refere-se a ocorrência de uma resposta denominada de idiossincrática. Se os sinais e sintomas observados são uma resposta inesperada mediada pelo sistema imunitário, a situação é denominada de hipersensibilidade. Apesar de poderem surgir diferentes tipos de RAMs na população idosa, estas geralmente não são idiossincráticas (35).

Os idosos parecem ter duas a três vezes mais probabilidade de sofrer RAMs em comparação como os adultos mais jovens (33).

Os doentes idosos são particularmente vulneráveis a RAMs devido a regimes terapêuticos complexos e alterações fisiológicas associadas com o envelhecimento que afetam a farmacocinética e farmacodinâmica (34, 35, 38, 48, 49). Além disso, fatores relacionados com a idade, tais como perturbações da visão, memória e audição, também podem interferir com a capacidade dos doentes para usarem adequadamente os seus medicamentos, podendo resultar em efeitos indesejados (34).

Um estudo norueguês, com a duração de dois anos, indicou que as RAMs foram a causa de morte de 18% dos doentes idosos hospitalizados (50). Por outro lado, um estudo longitudinal, durante um período de 11 anos (1995-2005), nos Estados Unidos, concluiu que o uso de cinco ou mais medicamentos aumenta em 88% a probabilidade de uma ida ao hospital devido a RAMs em comparação com o uso de um menor número de medicamentos; o mesmo estudo conclui que as idas ao hospital por RAMs aumenta com o aumento da idade, atingindo um máximo de 47,0 visitas por 1000 pessoas entre doentes com 65 anos ou mais (51).

1.5. Farmacologia Clínica Geriátrica

O envelhecimento tem sido definido como uma perda progressiva de funcionalidade acompanhada de diminuição da fertilidade e aumento da mortalidade e incapacidade. Além disso, o envelhecimento tem efeitos sobre a resposta a intervenções farmacológicas, cirúrgicas e de reabilitação (23). Prescrever para um idoso é diferente de prescrever para um adulto mais jovem (38). Como já foi referido, o envelhecimento conduz a alterações progressivas da farmacocinética e farmacodinâmica.

1.5.1. Farmacocinética

O envelhecimento está, indiscutivelmente, associado a alterações na absorção, distribuição, metabolismo e excreção de fármacos (52).

Absorção

A biodisponibilidade de qualquer fármaco após administração oral depende de muitos fatores (23, 33). Em geral, a extensão de absorção gastrointestinal de fármacos administrados por via oral não é significativamente alterada em idosos, no entanto, várias alterações no trato gastrointestinal podem afetar o perfil de absorção (33, 38).

Os principais fatores que afetam a absorção oral incluem os aspectos fisiológicos do trato gastrointestinal (por exemplo, o pH gástrico, motilidade gastrointestinal, a permeabilidade intestinal, transportadores e fluxo de sanguíneo) (23, 35).

A secreção de ácido gástrico diminui com o processo normal de envelhecimento (23, 35, 38). A elevação do pH gástrico pode assim afetar a ionização e a solubilidade de certos fármacos e conseqüentemente a cinética de absorção dos mesmos (23).

O envelhecimento também leva a alterações na motilidade do trato gastrointestinal. A velhice está associada a um atraso no esvaziamento gástrico e à diminuição do peristaltismo intestinal, influenciando o tempo (T_{max}) ao qual se atinge a concentração plasmática máxima (C_{max}) dos fármacos (23, 38).

O tempo de esvaziamento gástrico pode ser prolongado, causando um atraso na absorção gastrointestinal. Isso é clinicamente significativo especialmente para os medicamentos administrados destinados a quadros agudos, como os analgésicos usados para tratar a dor aguda. No caso, da administração crônica, a lenta absorção do fármaco pode causar a sua acumulação e conseqüentemente efeitos tóxicos. Foi também observada uma diminuição das células da mucosa do trato gastrointestinal e o fluxo sanguíneo intestinal pode estar diminuído, particularmente quando associado a comorbilidades como a insuficiência cardíaca congestiva (33, 23).

A absorção de medicamentos por via intramuscular (IM) não tem sido bem estudada em idosos, mas algumas previsões sobre a absorção podem ser feitas. A absorção após injeção IM pode ser prejudicada em idosos devido à diminuição do fluxo sanguíneo periférico, particularmente em doentes com doença vascular periférica. O aumento do tecido conjuntivo no músculo envelhecido pode também comprometer a permeabilidade do tecido e diminuir a absorção sistêmica (33).

A absorção sistêmica também deve ser considerada quando se utiliza um produto transdérmico em doentes idosos. A absorção transdérmica de medicamentos pode estar diminuída em idosos, uma vez que há alterações na pele com o envelhecimento que podem afetar a absorção. A diminuição da hidratação da pele, o aumento da queratinização da pele, a diminuição do fluxo sanguíneo periférico e a microcirculação comprometida podem condicionar a penetração e conseqüentemente a absorção de fármacos (33)

Distribuição

A distribuição de fármaco no organismo depende, entre outros fatores, da composição corporal, da lipossolubilidade ou hidrossolubilidade do fármaco e do grau de ligação às proteínas plasmáticas (33, 35, 52).

O volume de distribuição (VD) muitas vezes não têm relação direta com a realidade fisiológica, mas é um parâmetro importante em termos farmacocinéticos. O volume de distribuição é definido como a quantidade de fármaco no organismo normalizada pela concentração de fármaco alcançada no sangue ou plasma, por quilograma de peso corporal (35).

É a concentração de fármaco livre que determina o efeito farmacológico, uma vez que são as moléculas de fármaco não ligado que podem alcançar os tecidos alvo e aí interagir com os recetores farmacológicos (35).

No geral, os efeitos relacionados com a idade têm pouco significado clínico no que respeita à ligação de fármacos às proteínas plasmáticas (23). Ainda assim, com o envelhecimento, existe uma redução na concentração de albumina no sangue de cerca de 10% em pessoas idosas e um aumento na α 1-glicoproteína ácida. Esta diminuição da albumina tem sido associada com um aumento na fração livre de muitos fármacos, incluindo a fenitoína, o diazepam, o piroxicam e a varfarina (23, 33, 52). Em média, a fração livre aumenta em aproximadamente 10%, correspondentes à diminuição de albumina. No entanto, a fração livre é reduzida nos fármacos que se ligam a α 1-glicoproteína ácida, como por exemplo a lidocaína, cuja fração livre diminui em aproximadamente 40% em pessoas idosas (23, 52).

Recomenda-se então precaução quando se prescreve dois ou mais fármacos que se ligam fortemente às proteínas plasmáticas (33). Um exemplo clássico de toxicidade associada ao deslocamento de fármaco ligado às proteínas plasmáticas é a interação entre a varfarina (ligado em 99% à albumina) e o ácido acetilsalicílico; pois um deslocamento tão pequeno como 1% a 2% da varfarina aumenta significativamente a fração de fármaco livre no plasma e consequentemente o seu efeito anticoagulante, podendo resultar em hemorragias (35).

Além de alterações nas proteínas plasmáticas, com a idade observam-se também alterações na composição corporal que podem influenciar o volume de distribuição dos fármacos. A gordura corporal aumenta em 20 a 40% e a percentagem de água diminui em 10 a 15% na terceira idade (23, 35, 38).

Muitos fármacos habitualmente utilizados, tais como procainamida, quinidina, propranolol, atenolol, sotalol, teofilina, hidroclorotiazida, são hidrossolúveis e, portanto, com o envelhecimento poderá ocorrer uma redução do volume de distribuição para este tipo de fármacos e consequentemente um aumento da sua concentração plasmática/sérica (23, 33, 35, 52).

O aumento da percentagem de tecido adiposo em pessoas idosas aumenta o VD e o tempo de meia-vida de eliminação de fármacos lipofílicos. A gordura age como um depósito para estes

fármacos, que incluem a amiodarona, a desipramina, o diazepam, o haloperidol e a digitoxina (23, 33, 35, 52).

Em especial, notar então neste contexto que, alterações no VD podem ter um impacto direto sobre a quantidade de medicação que deve ser administrada, em particular aquando da necessidade de administração de doses de carga (35, 52).

Metabolização

O fígado é o principal órgão de metabolismo ou biotransformação de fármacos. Os fármacos podem ser metabolizados através de uma série de reações metabólicas, as quais dependem principalmente dos grupos funcionais existente na estrutura da molécula. Ocasionalmente, a atividade de uma molécula particular é potenciada por biotransformação, fenómeno observado com interesse terapêutico mediante a administração de pro-fármacos (35).

A idade avançada leva a uma diminuição da massa hepática, do fluxo sanguíneo e da atividade enzimática hepática. Especificamente, em termos de transformações metabólicas são as reações químicas de fase I (oxidação, reduções, e reações hidrolíticas) aquelas que são mais afetadas com a idade, reduzindo assim a depuração de alguns fármaco e aumentando a sua semivida ($t_{1/2}$). No que diz respeito às reações de fase II (conjugação), estas são minimamente afetadas pela idade, mas como a polimedicação está presente frequentemente, estas reações são afetadas pela administração concomitante de fármacos que competem pelas mesmas vias de metabolização (33, 35, 52).

Excreção

O declínio da taxa de filtração glomerular é considerada a alteração fisiológica como maior impacto em termos farmacocinéticos na velhice (23, 33, 52).

O fluxo sanguíneo renal é reduzido em aproximadamente 1% ao ano após os 50 anos. Muitos fármacos ou metabolitos, ativos e inativos, são excretados pelos rins. Assim, uma redução da função renal pode afetar a eliminação de um fármaco que seja predominantemente excretado pelos rins (em mais de 60%), resultando em níveis sanguíneos mais elevados. Isto, obviamente, pode resultar em acumulação, e em níveis mais elevados de fármaco por períodos prolongados de tempo. Alguns medicamentos excretados principalmente pelos rins incluem o atenolol, sotalol, digoxina, lítio, anfotericina, procainamida, cimetidina, alopurinol e clorpropamida (35).

Do ponto de vista clínico, este facto tem particular importância na administração de gentamicina, digoxina e de lítio, três medicamentos comumente usados que são essencialmente eliminadas por via urinária e que têm um índice terapêutico estreito, sendo por isso muitas vezes submetidos a monitorização terapêutica (23, 38).

Referir ainda que fármacos eliminados por secreção tubular também apresentam uma diminuição da excreção associada à idade e este aspeto pode ocasionalmente ser clinicamente significativo para algumas moléculas (33).

1.5.2. Farmacodinamia

A maior parte dos órgãos e sistemas orgânicos do organismo experimentam alterações relacionadas com a idade, as quais em certas circunstâncias pode ser clinicamente significativas (23).

A principal característica do processo de envelhecimento em termos fisiológicos é diminuição da capacidade de adaptação do organismo. As respostas fisiológicas que requerem atividade integrada de vários órgãos ou sistemas podem apresentar-se menos efetivas no doente idoso. Particularizando, os doentes idosos apresentam uma diminuição do volume plasmático, uma regulação vasomotora diminuída, uma tolerância à glicose diminuída, uma maior suscetibilidade a infeções, e outras limitações que podem tornar o idoso mais propenso aos efeitos adversos induzidos pelos fármacos.

Por exemplo, as respostas homeostáticas diminuídas podem gerar RAMs em idosos que poderiam ser compensadas em doentes mais jovens (35). A hipotensão postural (ortostática) parece ser um problema comum associado a doentes idosos comparativamente a doentes mais jovens. Tal deve-se à diminuição da função dos barorreceptores (35, 52). Por este motivo, os vasodilatadores devem ser usados com maior precaução em idosos. Assim, doentes idosos tratados com fármacos hipotensores, vasodilatadores, diuréticos, antidepressivos tricíclicos e antipsicóticos devem ser instruídos para alterarem a sua posição de forma lenta sempre que se levantam de uma posição sentada ou deitada (33).

Por outro lado, também existem alterações importantes no sistema β -adrenérgico em pessoas mais velhas, levando a que a atividade dos recetores β adrenérgicos esteja diminuída quer por redução do número de recetores quer por diminuição da afinidade dos mesmos em doentes idosos (23, 33, 53). Isto pode explicar a redução da resposta broncodilatadora em idosos para β -agonistas e representa um mecanismo para a asma de início tardio (23, 35). Agonistas da resposta cardiovascular (β -adrenérgicos) também são afetados. A dose de isoprenalina necessária para aumentar o ritmo cardíaco é significativamente mais elevada em pessoas mais velhas. Embora os β -bloqueadores sejam eficazes e amplamente utilizados no tratamento da hipertensão em pessoas mais velhas, eles podem ser menos eficazes que outros agentes anti-hipertensivos (23).

No geral, os idosos também são mais sensíveis aos efeitos da medicação que deprime o sistema nervoso central. Doentes idosos requerem doses menores de benzodiazepinas que doentes mais novos para alcançar o mesmo nível de sedação (33, 35, 52, 53). Alterações na farmacodinamia das benzodiazepinas relacionadas com a idade são particularmente importantes do ponto de vista clínico, por causa da associação entre as benzodiazepinas e as quedas e fraturas em pessoas mais velhas (23, 54).

Doentes idosos também parecem ser mais suscetíveis aos medicamentos antipsicóticos e os seus efeitos adversos são menos tolerados (sintomas extrapiramidais, hipotensão ortostática e efeitos anticolinérgicos) (53). Os idosos são suscetíveis a experienciar parkinsonismo, provavelmente devido à depleção das reservas de dopamina, e discinesia tardia (ou seja,

movimentos estereotipados involuntários) mais frequentemente e precocemente que jovens adultos, mesmo sob tratamento com baixas doses (33, 55).

Os agentes anticolinérgicos são também pouco tolerados nos idosos devido à motilidade gastrointestinal reduzida, o que aumenta o risco de obstipação; à retenção urinária, que está aumentada em doentes com obstrução do esvaziamento, como na hiperplasia prostática; anticolinérgicos indutores de efeitos no sistema nervoso central (SNC), como o delírio e lapsos na memória que podem ser mais pronunciados em idosos devido à diminuição da reserva do SNC; olhos e boca secos(33).

2. Objetivos

A polimedicação tem várias consequências problemáticas na idade geriátrica. Entre outras, podem citar-se o aumento da frequência das RAMs e as interações medicamentosas.

A polifarmácia é um problema importante, sendo os idosos residentes em lares aqueles com riscos mais aumentados, por apresentarem muitas doenças limitantes, fragilidade e baixa funcionalidade.

Especificamente, com o presente estudo, pretende-se:

- avaliar a prevalência de polimedicação em idosos residentes em lares;
- caracterizar a população idosa institucionalizada;
- e descrever o consumo de medicamentos nestes doentes.

3. Métodos

3.1. População estudada

Foi efetuado um estudo observacional, descritivo, em todos os lares de idosos do concelho de Figueira de Castelo Rodrigo (6 lares de idosos).

Os dados foram recolhidos entre janeiro e junho de 2015 e foram incluídos no estudo doentes com 65 ou mais anos, independentemente do padrão de morbilidade apresentada, sendo excluídos institucionalizados com idade inferior a 65 anos e os idosos que não se encontravam a residir na instituição. No total foram incluídos 256 idosos.

3.2. Recolha de Informação

Após aprovação do estudo pela direção lares das instituições, os dados foram obtidos através da consulta dos processos clínicos dos idosos.

A recolha de informação consta do registo dos dados biográficos de cada utente (iniciais do nome, idade, sexo e tempo de institucionalização) e a lista da medicação instituída em cada idoso.

Do registo da medicação foram retirados os seguintes dados: nome do medicamento, por denominação comum internacional, dosagem, forma farmacêutica, posologia, tipo de tratamento (crónico ou SOS). Todas as substâncias ativas foram classificadas de acordo com sistema de classificação *Anatomical Therapeutic Chemical* (ATC) (56). A presença de polifarmácia foi definida no presente estudo como mais de cinco medicamentos por doente.

Os dados recolhidos foram processados com o *Microsoft Excel 2013*.

4. Resultados

4.1. Caracterização da amostra

Foram incluídos no estudo 256 idosos, com idades compreendidas entre os 65 e os 102 anos. Entre os indivíduos que constituem a amostra, 74,6% (n=191) pertencem ao sexo feminino e 25,4% ao sexo masculino (n=65), sendo o rácio de 34 homens por cada 100 mulheres. A faixa etária mais prevalente foi dos 85-94 anos com 49% dos idosos, sendo todas as faixas maioritariamente constituídas por mulheres. Os idosos com 75 ou mais anos representam 93% da população, sendo que a percentagem de idosos com 85 ou mais anos é de 60% (Figura 9).

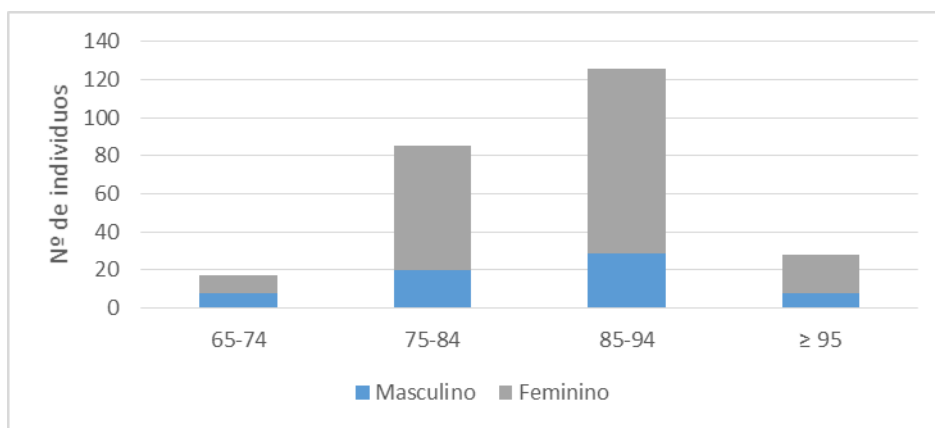


Figura 9 - Distribuição dos utentes por faixa etária e género.

A média de idades foi de 85,6 anos não havendo diferenças significativas entres os homens (85,1 anos) e as mulheres (86,0 anos).

4.2. Caracterização das instituições

Foram incluídos no estudo os 6 lares de idosos do Concelho de Figueira de Castelo Rodrigo. Os dados referentes ao género e faixas etárias dos utentes destas instituições apresentaram homogenia como se pode confirmar pela análise das Figuras 10 e 11.

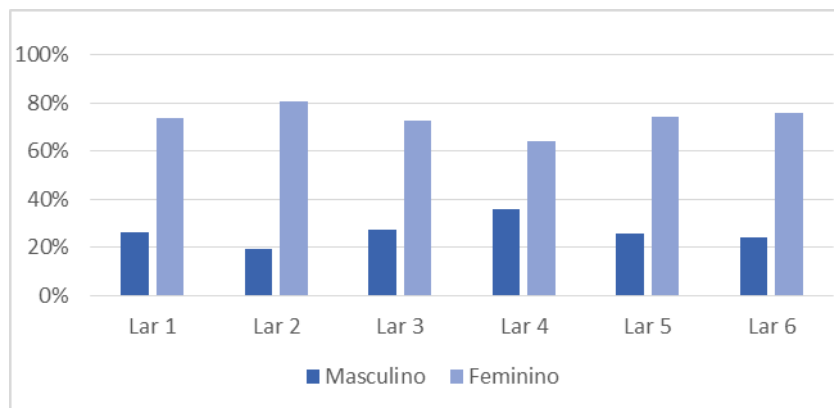


Figura 10 - Percentagem utentes por género e lar.

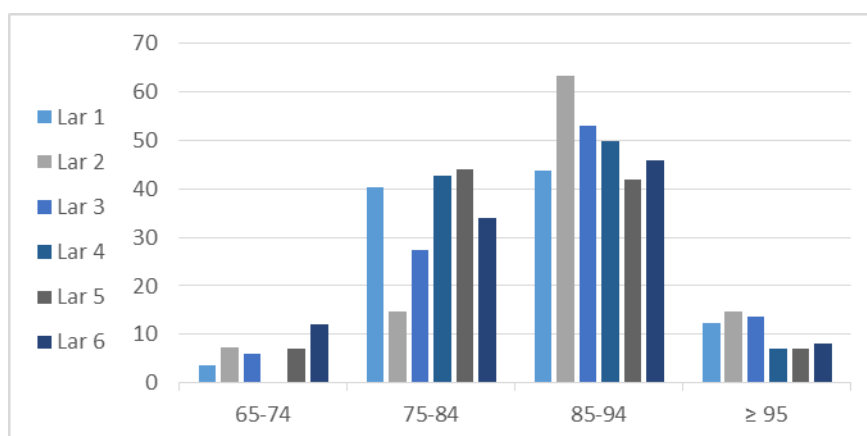


Figura 11 - Percentagem de utentes por faixa etária e lar.

O género feminino é o predominante nos 6 lares, sendo o lar 2 aquele que apresenta maior percentagem de mulheres (80%), enquanto o lar 4 apresenta uma menor percentagem de mulheres (64%) (Tabela 2 e Figura 10).

No que respeita à distribuição por faixas etárias, verifica-se em todos os lares que o intervalo de idades que possuiu menos utentes é o de 65-74 anos, seguindo-se os utentes com 95 ou mais anos. A faixa etária mais representativa é a dos 85-94 anos, com exceção do lar 5, embora por uma diferença mínima (18 utentes dos 85-94 anos e 19 utentes dos 75-84 anos) (Figura 11).

A média de idades por lar variou pouco entre as instituições (84,1 a 87,3 anos) (Tabela 2).

O lar que apresenta maior dimensão é o lar 1, com 57 utentes, enquanto o lar 4 é o que apresenta menos residentes (14 utentes) (Tabela 2).

Apenas foi possível obter dados do tempo de institucionalização do lar 1, lar 2 e lar 6, variando o período de institucionalização entre 5,1 anos no lar1 e 6,5 anos no lar2 (Tabela 2).

Tabela 2 - Caracterização das instituições.

	Natureza Jurídica	Número Utentes	% Mulheres	Idade média	Idade Média Homens	Idade Média Mulheres	Tempo Médio de Institucionalização (anos)
Lar 1	Irmandade da Misericórdia	57	74%	85,7	83,9	86,4	5,1
Lar 2	Associação de Solidariedade Social	41	80%	87,3	89,5	86,8	6,5
Lar 3	Entidade Lucrativa	51	73%	86,9	84,9	87,7	ND*
Lar 4	Associação de Solidariedade Social	14	64%	85,6	86,4	85,1	ND*
Lar 5	Associação de Solidariedade Social	43	74%	84,1	85,3	83,7	ND*
Lar 6	Associação de Solidariedade Social	50	76%	84,8	80,9	86,0	5,7

*ND, não disponível.

4.3. Caracterização da utilização de medicamentos

Os medicamentos utilizados foram distribuídos segundo a classificação ATC. Esta classificação tem como grupo principal o grupo anatómico, primeiro subgrupo representado pelo grupo terapêutico e o segundo subgrupo pelo grupo farmacológico.

Segundo a classificação anatómica os grupos mais prescritos foram os medicamentos para o aparelho cardiovascular (35%), o sistema nervoso central (29%) e sangue (12%) (Figura 12).

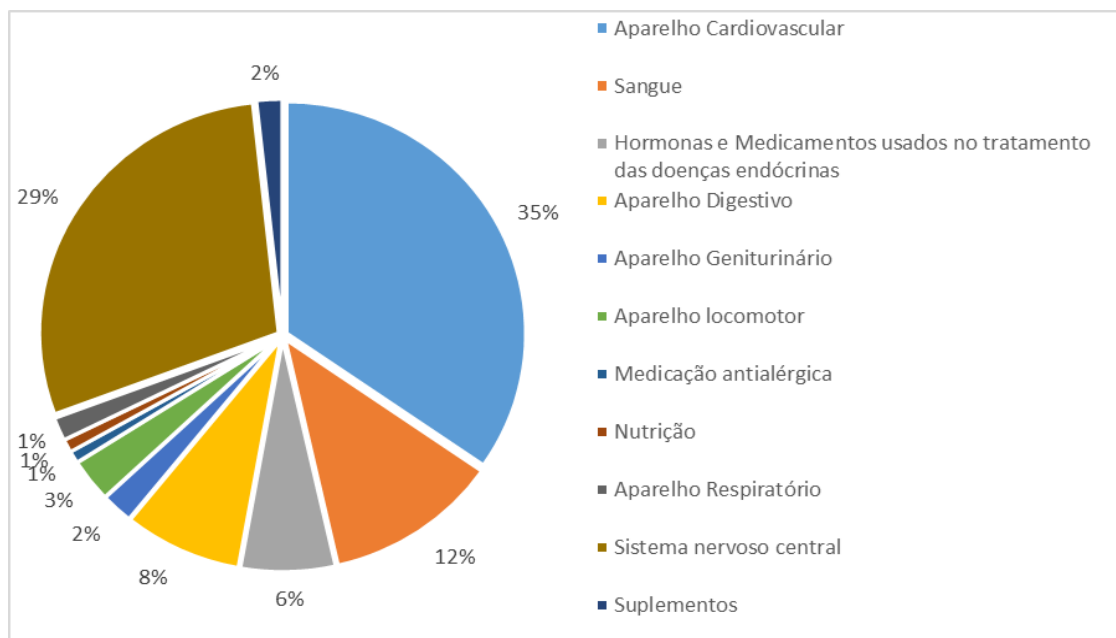


Figura 12 - Percentagem de medicamentos consumidos por grupo anatómico.

Quanto ao aparelho cardiovascular, os grupos terapêuticos mais representativos foram os anti-hipertensores com 60,2% e os antidiuréticos com 21,6% (Figura 13).

Os primeiros foram sem dúvida, o grupo terapêutico mais registado com 349 fármacos dos 1675 medicamentos registados, o que dá uma percentagem total de 20,8%. Da totalidade de utentes estudados 72% tomava pelo menos um medicamento anti-hipertensor. No que respeita ao consumo de antidiuréticos, quase metade dos utentes (45,3%) usa estatinas.

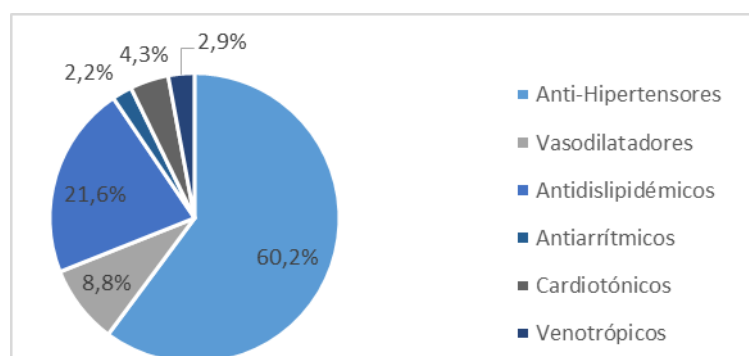


Figura 13 - Aparelho cardiovascular: percentagem de consumo por grupos terapêuticos.

No grupo anatómico do sangue, tivemos a prevalência dos anticoagulantes (66,7%) e antianémicos (32,3%) (Figura 14).

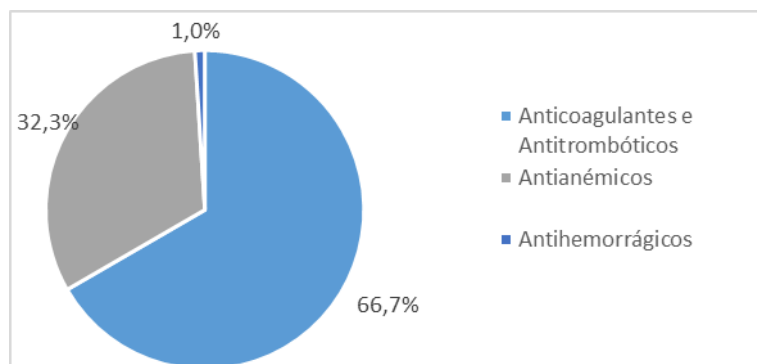


Figura 14 - Grupo anatómico do sangue: percentagem de consumo por grupos terapêuticos.

Relativamente ao sistema digestivo, o consumo de fármacos incidu maioritariamente nos antiácidos e antiúlcerosos com 86% (Figura 15). Esta percentagem deveu-se unicamente ao peso do grupo farmacológico dos modificadores da secreção gástrica [inibidores da bomba de prótons (IBP)]. Do universo dos utentes estudados 45,3% tomavam IBP, ultrapassando os 50% no lar 2. O segundo maior grupo desta categoria foram modificadores da motilidade gastrointestinal representando uma percentagem 10%.

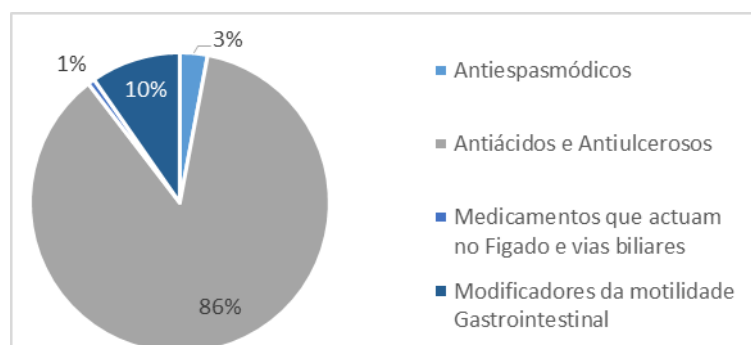


Figura 15 - Sistema digestivo: percentagem de consumo por grupos terapêuticos

Outro grupo que apresentou uma percentagem elevada de consumo foi o grupo do sistema nervoso central. Os grupos terapêuticos que mais se destacaram foram os psicofármacos (61,9%), os medicamentos utilizados no tratamento sintomático das alterações cognitivas (15,3%) e os antiparkinsonianos (7,6%) (Figura 16). Todos os outros obtiveram percentagens abaixo dos 5%.

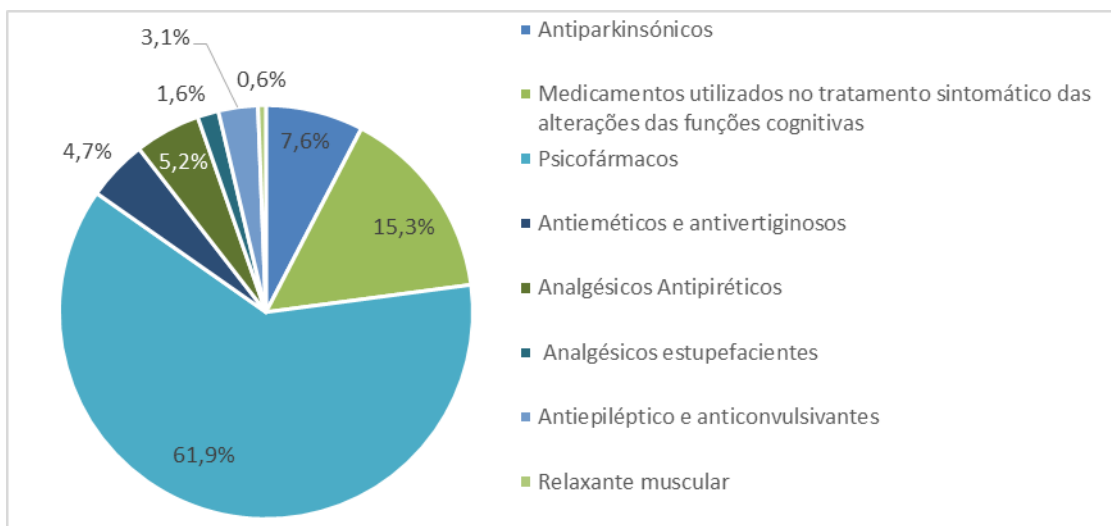


Figura 16 - Sistema nervoso central: percentagem de consumo por grupos terapêuticos.

Os psicofármacos foram o segundo grupo terapêutico mais encontrado com 300 fármacos (17,9% de todos os fármacos registados). Atendendo a que a amostra é constituída por 256 utentes, temos uma média de 1,2 psicofármacos por utente. Como podemos ver na Figura 17, este grupo terapêutico é composto por 3 grupos farmacológicos antidepressores (30,3%), antipsicóticos (26,7%) e ansiolíticos, sedativos e hipnóticos (43%; sendo 42% benzodiazepinas). A percentagem de utentes que tomam pelo menos um medicamento antipsicótico foi de 27% e a de ansiolíticos, sedativos ou hipnóticos de 46%.

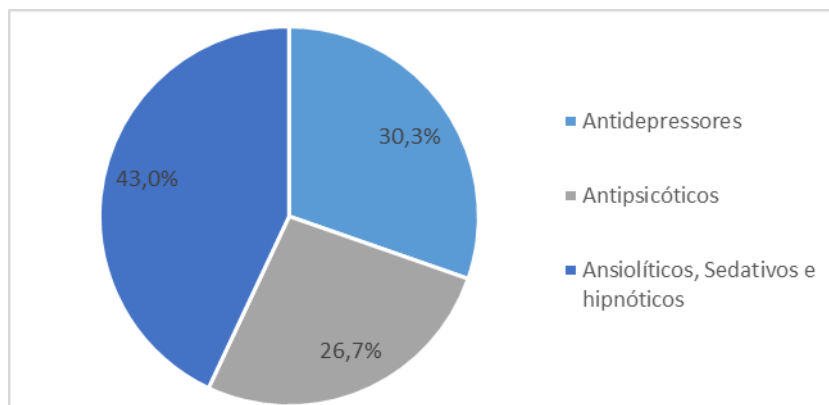


Figura 17 - Grupo terapêutico psicofármacos: percentagem de consumo por grupo farmacológico

4.4. Caracterização da Polimedicação

Todos os doentes em estudo tomavam pelo menos um medicamento. A maioria dos utentes utilizava entre 4 a 7 medicamentos em simultâneo (Figura 18), sendo o número máximo de medicamentos administrados a apenas um idoso de 15 medicamentos (Figura 19).

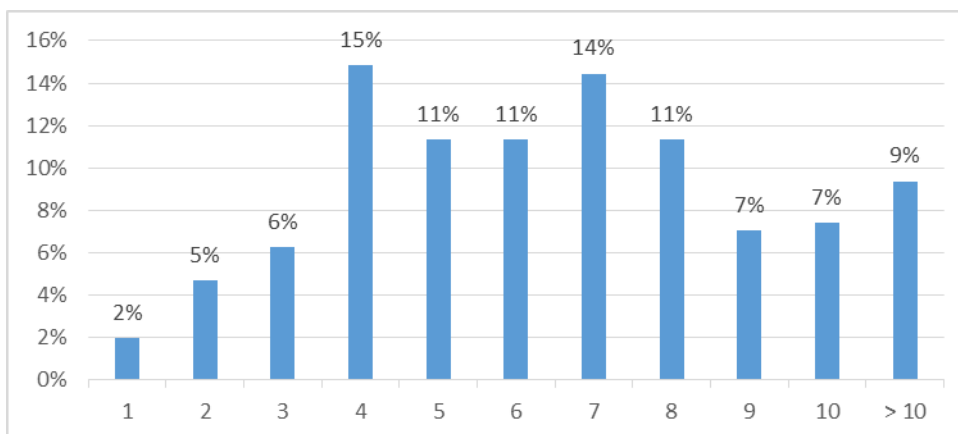


Figura 18 - Percentagem de utentes por número de medicamentos consumidos.

No total dos 6 lares estudados, a média de medicamentos tomados por utentes foi de 6,5 medicamentos. Verificaram-se algumas diferenças quanto ao consumo médio de medicamentos entre os lares. O lar 3 é o que mais se destaca com um consumo médio de 7,98 medicamentos, no outro extremo temos o lar 4 que apresenta a média mais baixa com 5,5 medicamentos (Figura 19).

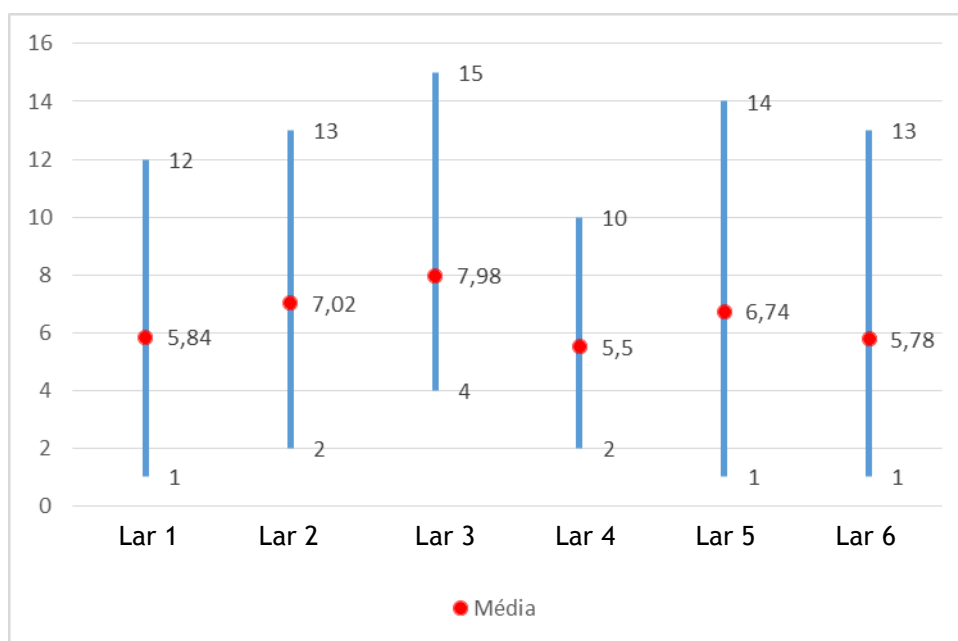


Figura 19 - Consumo médio, máximo e mínimo por lar.

Como já foi referido, no âmbito deste estudo foi considerada polimedicação o consumo de mais do que 5 fármacos. Tendo isso em conta, a percentagem de polimedcados na totalidade dos utentes foi de 61%, representado um total de 156 doentes. Esta percentagem foi bastante heterogénea entre as diferentes instituições, chegando a 80% dos utentes no lar 3 e 71% no lar 2. As percentagens mais baixas foram registadas no lar 6 com 44% e 50% no lar 4 (Figura 20).

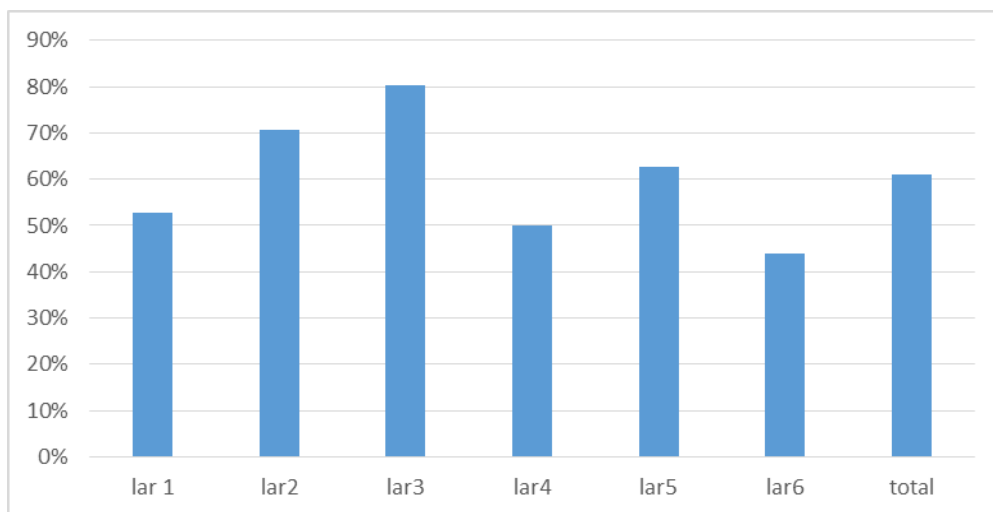


Figura 20 - Percentagem de utentes polimedicados por lar.

A faixa etária que apresentou maior percentagem de polimedicação foi a de 85-94 anos com 68% (86 indivíduos dos 126 que compunham esta faixa etária) dos utentes que se encontravam nesse intervalo de idades. Verifica-se um acréscimo da percentagem de polimedicação nas sucessivas faixas etárias, exceto nos mais de 95 anos (Figura 21).

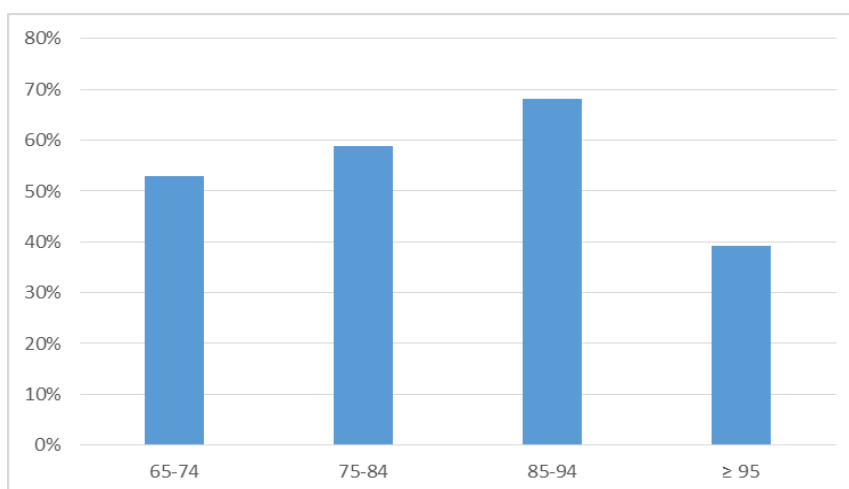


Figura 21 - Percentagem utentes polimedicados por faixa etária.

Relativamente ao género, das 191 utentes do sexo feminino institucionalizados, 113 são polimedicados, o que representa uma percentagem de 59%. Quanto ao género masculino a percentagem de polimedicação ainda é maior representando 66% (Figura 22).

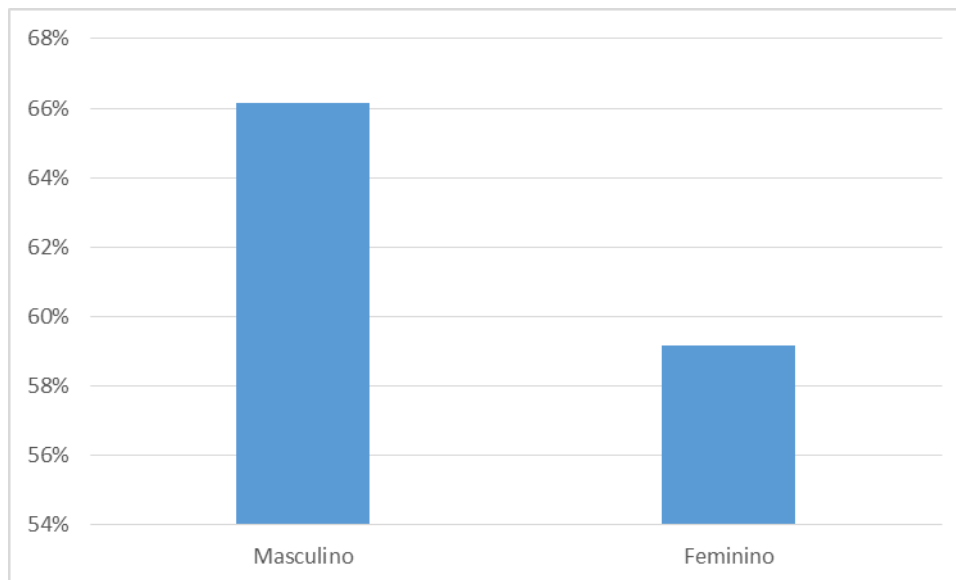


Figura 22 - Percentagem de utentes polimedicados por género.

5. Discussão

De uma amostra de 256 idosos institucionalizados com mais de 65 anos, 191 eram do sexo feminino (74,6% do total) e 65 do sexo masculino (25,4%). Em todos os escalões etários o peso das mulheres sobrepõe-se ao dos homens. A proporção de utentes do género feminino acentua-se com o aumento da idade, exceto nos idosos com mais de 95 anos, sendo a maior diferença verificada entre os 85-94 anos, com 97 mulheres para 29 homens. A idade média das mulheres também é superior à dos homens (86 anos contra 85,1 anos dos homens).

Estes valores vão de encontro ao esperado uma vez que, as mulheres tendem a viver mais tempo que os homens, possuindo maior esperança de vida. Além disso, esta tendência foi também verificada em vários estudos realizados em lares (20, 37, 42), bem como na carta social do Ministério da Solidariedade, Emprego e Segurança Social (Rede de Serviços e Equipamentos - Relatório 2013) (9).

Quanto à distribuição por faixas etárias, 60% da população estudada tinha mais de 85 anos, o que traduz uma institucionalização da população idosa em idades já bastante avançadas. Além disso, a idade avançada é o maior fator de risco para a institucionalização (57). No entanto, este número é bastante superior à análise da distribuição percentual dos utentes em Estrutura Residencial para Pessoas Idosas por escalão etário em Portugal Continental, segundo a Carta Social 2013 (47% utentes com mais de 85 anos) (9). Tal acontecimento pode dever-se ao facto de na nossa amostra terem sido excluídos os utentes institucionalizados com menos de 65 anos.

No que respeita à distribuição por faixas etárias, género e idades médias verifica-se uma homogeneidade entre os vários lares estudados, uma vez que todos estão inseridos dentro do mesmo Concelho.

O tempo de institucionalização só nos foi facultado por três dos seis lares, apresentando uma média de estadia de 5,7 anos. A média de permanência em ERPI em Portugal encontrando-se abaixo deste valor (2-4 anos) (9).

Para a análise estatística os medicamentos utilizados foram classificados segundo a classificação ATC.

Tendo em conta esta classificação, o grupo anatómico predominante relaciona-se com o aparelho cardiovascular (35%), sendo composto quase na sua totalidade por anti-hipertensores e antilipídicos. Os anti-hipertensores foram também o subgrupo mais representado (n=349).

As doenças do aparelho circulatório, constituem a principal causa de morte em toda a Europa, incluindo em Portugal (1, 8, 58), para além de serem a maior causa de morbilidade em idosos (30, 59).

As doenças cardiovasculares constituem e englobam um vasto conjunto de situações clínicas afetando o sistema circulatório em diferentes localizações, como a doença isquémica do coronária, o enfarte agudo do miocárdio ou o acidente vascular cerebral isquémico. Nas

últimas duas décadas tem ocorrido uma progressiva diminuição das taxas de mortalidade por estas doenças, tendo contribuído para este fenómeno uma substancial melhoria no diagnóstico e correção dos fatores de risco modificáveis, como a hipertensão arterial ou a dislipidémia (58).

A análise estatística do medicamento 2013 do INFARMED refere que o grupo anatómico relativo ao aparelho cardiovascular é o que apresenta maiores encargos para o Serviço Nacional de Saúde (SNS) e maior número de vendas por embalagem, sendo os antidiislipidémicos e os anti-hipertensores os que maior contributo deram para estes números (59). Também outros estudos tiveram como grupo dominante o aparelho cardiovascular (40, 44).

O sistema nervoso central foi o segundo grupo anatómico mais apresentado com 29%. Esta posição também vai de encontro ao número de vendas e encargos para o SNS (59). Este grupo é constituído pelos medicamentos antiparkinsonianos, medicamentos utilizados no tratamento sintomático das alterações das funções cognitivas, psicofármacos, antieméticos e antivertiginosos, analgésicos e antipiréticos, analgésicos estupefacientes, antiepiléticos e anticonvulsivantes e relaxantes musculares.

A demência, a doença de Parkinson, sintomas depressivos e outros problemas de saúde mental são condições médicas crónicas associadas com o risco de institucionalização (60, 61).

Os psicofármacos foram o segundo grupo terapêutico mais encontrado com 17,9% dos fármacos prescritos, o que vai de encontro a vários estudos, que o referiam como das classes mais prescritas em lares de idosos (13, 46, 47). Nos EUA, a preocupação tem surgido sobre o uso excessivo deste tipo de medicação e a legislação restringe o uso destes fármacos em instituições de cuidados de longo prazo. Todos os psicotrópicos estão sujeitos ao regulamento "droga desnecessária", que é definido como duplicação, dose ou duração excessiva, ou usado na presença de efeitos adversos ou sem acompanhamento ou indicação adequada (47, 55). Psicotrópicos causam inúmeros efeitos adversos; por exemplo, quedas, assim como efeitos anticolinérgicos e cognitivos negativos (47).

Dos psicofármacos fazem parte três grupos farmacológicos os ansiolíticos, sedativos e hipnóticos, antidepressores e antipsicóticos. O consumo de medicamentos ansiolíticos, hipnóticos e sedativos e antidepressivos aumentou cerca de 29,2% em Portugal entre 2002 e 2009 (62).

A percentagem de utentes que tomavam pelo menos um medicamento antipsicótico foi de 27%. Esta percentagem chegou mesmo a 38,5% nos utentes no lar1. Os antipsicóticos são muitas vezes utilizados para tratar sintomas de psicose, bem como para controlar sintomas psicológicos e comportamentais da demência (47). Como já foi referido, devido a alterações farmacodinâmicas, os idosos são mais suscetíveis aos efeitos adversos dos antipsicóticos que incluem sedação, efeitos anticolinérgicos, hipotensão ortostática, sintomas extrapiramidais e discinesia tardia (33, 53, 55).

Perto de metade dos idosos institucionalizados utilizava pelo menos um medicamento ansiolítico, sedativo ou hipnótico. Acredita-se que a duração e qualidade do sono diminuem

com a idade. Cerca de 50% dos adultos mais velhos queixam-se de dificuldades em adormecer. Geralmente estes distúrbios do sono estão associados com uma saúde debilitada. Estas queixas são ainda mais prevalente em idosos residentes em lares. Vários fatores contribuem para estas perturbações, incluindo perturbações primárias do sono, distúrbios do ritmo circadiano, condições médicas e psiquiátricas, medicamentos, demência e fatores ambientais (63).

Quando o tratamento com benzodiazepinas é necessário nos doentes mais idosos, é preferível serem prescritos agentes de curta duração de ação. As benzodiazepinas de longa ação podem produzir sedação prolongada e aumento do risco de quedas e fraturas entre os idosos frágeis. A administração contínua de uma benzodiazepina de longa ação pode levar a uma profunda confusão e deterioração cognitiva (23, 33, 47, 54).

A depressão também é comum entre os residentes em lares de idosos, com taxas que variam de 12% a 35% (64, 65). Os antidepressivos tiveram um peso de 30,3% entre os psicofármacos. Os antidepressivos tricíclicos (os medicamentos antidepressivos mais antigos) foram os menos prescritos, o que é positivo uma vez que os idosos são especialmente sensíveis aos seus efeitos secundários, tais como, sedação excessiva, efeitos anticolinérgicos (xerostomia, obstipação, retenção urinária, visão turva, taquicardia e confusão), hipotensão ortostática e alterações eletrocardiográficas (55). A longa semivida da fluoxetina pode induzir a estimulação excessiva do SNC (47, 55).

Os inibidores da bomba de prótons (IBP) são frequentemente prescritos e isto é possível estar relacionado com o facto de serem considerados medicamentos relativamente seguros. Na nossa amostra, 45,3% dos utentes consumiam IBP. No entanto, os estudos mostraram que, especialmente em adultos mais velhos, a utilização de IBP não é completamente segura, porque pode ser associado com eventos adversos, tais como deficiência de vitamina B12, infeção por *Clostridium difficile*, interações medicamentosas, fraturas, pneumonia e até mesmo um aumento do risco de mortalidade. A prevalência destes medicamentos foi superior em relação ao encontrado num estudo realizado na Finlândia (21,8%) e França (37,8%) (66, 67).

Neste estudo a polimedicação (consumo de mais de 5 medicamentos) foi registada em 61% dos idosos, sendo a média de consumo por utente em todos os lares superior a 5 medicamentos.

A prevalência de polifarmácia varia amplamente entre países e de acordo com as definições de polifarmácia utilizadas (31).

Em comparação com estudos realizados em Portugal esta percentagem foi superior, mas nestes estudos comparativos a população alvo era constituída por idosos não institucionalizados. Outros trabalhos referem que os idosos residentes em lares de idosos recebem mais medicamentos que os idosos não institucionalizados (20, 25, 37, 42).

Um estudo Português realizado em 5 lares (de Lisboa e Alentejo) concluiu que a percentagem de polimedicados foi de 75,6% (44).

A polimedicação foi aumentando com o aumento da idade (exceto nos maiores de 95 anos), uma vez que os adultos mais velhos frequentemente têm várias condições crônicas de saúde que exigem múltiplos medicamentos.

Refletindo agora sobre a diferença de polimedicação entre os diferentes lares de idosos conclui-se que as instituições apresentam bastante homogeneidade no que diz respeito à distribuição por faixas etárias, média de idades e distribuição por género. No entanto, a percentagem de polimedicação foi bastante diferente variando entre 80% no lar 3 e 44% no lar 6. Estas diferenças podem ser devidas a variáveis não estudadas como a maior ou menor acessibilidade a médicos e hospitais das instituições.

Os resultados que obtivemos em relação ao género foram uma surpresa, uma vez que vários outros estudos apontam para uma maior percentagem de polimedicação no sexo feminino (24, 32, 40, 42). A percentagem de homens estudados (25%) foi muito inferior à das mulheres (75%), o que pode influenciar os nossos resultados.

6. Conclusão

Em Portugal, à semelhança de muitos outros países da Europa e do Mundo, assiste-se a uma crescente preocupação com a polimedicação em idosos institucionalizados.

A amostra deste estudo foi constituída por 256 utentes idosos (com 65 ou mais anos), a maioria mulheres (75%). A média de idades foi de 85,6 anos, sendo que 60% dos idosos tinham 85 ou mais anos.

Os adultos mais velhos apresentaram um consumo médio de 6,5 medicamentos por doente, havendo grande variabilidade entre lares (de 5,78 a 7,98 medicamentos). Com uma prevalência de polimedicação em 61% dos idosos estudados. A maioria dos idosos polimedificados encontravam na faixa etária dos 85-94 anos (68%). Os homens apresentaram maior percentagem de polimedicação que as mulheres.

Os grupos anatómicos mais prescritos para esta população incluíram o aparelho cardiovascular, sistema nervoso central, e sangue, com 35%, 29%, e 12%, respetivamente.

O estudo realizado apresenta algumas limitações. Refira-se que uma das principais limitações é a falta de informação clínica dos utentes dos lares.

Não existindo consenso no conceito de polimedicação, este facto limita e dificulta a comparação com outros estudos, assim como a população alvo estudada: institucionais, hospitalares, comunidade, em idosos ou na população geral.

O número de medicamentos por idoso institucionalizado pode estar subquantificado, pois muitas vezes os utentes consomem medicação que não consta do registo da medicação. Principalmente sedativos, ansiolíticos e antipsicóticos que são muitas vezes administrados a idosos em estados de agitação psicomotora.

Apesar destas limitações, este estudo chama a atenção para a problemática da polimedicação e contribui para o melhor conhecimento da população idosa institucionalizada, alertando também quanto à necessidade de uma revisão contínua da medicação dos idosos (avaliação da necessidade, eficácia e segurança), visando minimizar, tanto quanto possível, quadros de polifarmácia.

7.Referências Bibliográficas

1. DGS. Portugal Idade maior em números – 2014.
2. INE. Envelhecimento da população residente em Portugal e na União Europeia , 10 de julho de 2015.
3. European Commission. The 2015 Ageing Report, Economic and budgetary projections for the 28 EU Member States (2013-2060).
4. WHO. Healthy ageing. Disponivem em: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Life-stages/healthy-ageing/healthy-ageing> Consultado a 2 setembro 2015.
5. Comissão Europeia. Saúde Pública. Disponível em: http://ec.europa.eu/health/ageing/policy/index_pt.htm Consultado a 4 setembro de 2015.
6. WHO. Definition of an older or elderly person. Disponível em: <http://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/> Consultado a 15 agosto.
7. CENSOS 2011. Resultados Definitivos.
8. INE. A situação demográfica recente em Portugal.
9. Gabinete de Estratégia e Planeamento, Ministério da Solidariedade, Emprego e Segurança Social. Carta Social – Rede de Serviços e Equipamentos 2013. Disponível em: <http://www.cartasocial.pt/pdf/csocial2013.pdf>. Consultado à 30 julho de 2015.
10. INE. Projeções de População Residente 2012-2060. Disponível em: www.ine.pt.
11. PORDATA. BI de Portugal. Disponível em: <https://www.pordata.pt/Portugal>. Consultado a 21 setembro 2015.
12. INE. População residente em Portugal com tendência para diminuição e envelhecimento, 2014.
13. Tolson D, Rolland Y, Andrieu S, Aquino J-P, Beard J, Benetos A, et al. International Association of Gerontology and Geriatrics: A global agenda for clinical research and quality of care in nursing homes. Journal of the American Medical Directors Association. 2011;12(3):184-9.
14. Gabinete de Estratégia e Planeamento, Ministério da Solidariedade, Emprego e Segurança Social. Carta Social – Rede de Serviços e Equipamentos 2012. Disponível em: <http://www.cartasocial.pt/pdf/csocial2012.pdf> Consultado à 30 julho de 2015.
15. Diário da Republica. Portaria 67/2012, de 21 de Março. Disponível em: <http://dre.tretas.org/dre/290168/>. Consultado a 1 setembro de 2015.
16. Censos 2011 - Resultados definitivos Centro.

17. PORDATA. Índice de envelhecimento segundo CENSOS. Disponível em: <http://www.pordata.pt/Municipios/Ambiente+de+Consulta/Tabela.O> , consultado a 15 setembro de 2015.
18. Carta Social. Resposta Social: Estrutura Residencial para Idosos (Lar de Idosos e Residência) - Equipamentos existentes no Distrito de Guarda, Concelho de Figueira de Castelo Rodrigo. Disponível em: http://www.cartasocial.pt/resultados_pesquisageral.php?filtrar=hidden&cod_distrito=09&cod_concelho=04&cod_freguesia=0&cod_area=21&cod_valencia=2107&nome=&localpostal=&temCert=false. Consultado 3 setembro 2015.
19. Duerden M, Avery T, Payne R. Polypharmacy and medicines optimisation. Making it safe and sound London, UK: Kings Fund. 2013.
20. Finkers F, Maring J, Boersma F, Taxis K. A study of medication reviews to identify drug-related problems of polypharmacy patients in the Dutch nursing home setting. *Journal of clinical pharmacy and therapeutics*. 2007;32(5):469-76.
21. Viktil KK, Blix HS, Moger TA, Reikvam A. Polypharmacy as commonly defined is an indicator of limited value in the assessment of drug-related problems. *British journal of clinical pharmacology*. 2007;63(2):187-95.
22. Hajjar ER, Cafiero AC, Hanlon JT. Polypharmacy in elderly patients. *The American journal of geriatric pharmacotherapy*. 2007;5(4):345-51.
23. McLean AJ, Le Couteur DG. Aging biology and geriatric clinical pharmacology. *Pharmacological reviews*. 2004;56(2):163-84.
24. Pinto A, Rodrigues T, Mendes J, Bação F, Lobo V. Medication and Poly medication in Portugal. *Recent Developments in Modeling and Applications in Statistics: Springer*; 2013. p. 59-68.
25. Cestac P, Tavassoli N, Vellas B, Rolland Y. Improving medication use in the nursing homes: A European perspective. *Journal of the American Medical Directors Association*. 2013;14(1):6-9.
26. Denneboom W, Dautzenberg MG, Grol R, De Smet PA. Analysis of polypharmacy in older patients in primary care using a multidisciplinary expert panel. *British journal of general practice*. 2006;56(528):504-10.
27. DGS. Plano Nacional de Saúde 2012 - 2016. Disponível em: http://pns.dgs.pt/files/2012/02/Perfil_Saude_2013-01-17.pdf. Consultado à 3 setembro 2015.
28. Hung WW, Ross JS, Boockvar KS, Siu AL. Recent trends in chronic disease, impairment and disability among older adults in the United States. *BMC geriatrics*. 2011;11(1):47.

29. Islam MM, Valderas JM, Yen L, Dawda P, Jowsey T, McRae IS. Multimorbidity and comorbidity of chronic diseases among the senior Australians: prevalence and patterns. *PLoS one*. 2014;9(1):e83783.
30. Cabral MV, Ferreira PM, da Silva PA, Jerónimo P. *Processo de Envelhecimento em Portugal: Fundação Francisco Manuel dos Santos*; 2013.
31. Jokanovic N, Tan EC, Dooley MJ, Kirkpatrick CM, Bell JS. Prevalence and Factors Associated With Polypharmacy in Long-Term Care Facilities: A Systematic Review. *Journal of the American Medical Directors Association*. 2015;16(6):535. e1-. e12.
32. Charlesworth CJ, Smit E, Lee DS, Alramadhan F, Odden MC. Polypharmacy Among Adults Aged 65 Years and Older in the United States: 1988–2010. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*. 2015:glv013.
33. Timiras PS. *Physiological basis of aging and geriatrics*. 4th ed: CRC Press; 2007.
34. Roth MT, Ivey JL. Self-reported medication use in community-residing older adults: a pilot study. *The American journal of geriatric pharmacotherapy*. 2005;3(3):196-204.
35. Bressler R, Bahl JJ, editors. *Principles of drug therapy for the elderly patient*. Mayo Clinic Proceedings; 2003: Elsevier.
36. Sganga F, Landi F, Ruggiero C, Corsonello A, Vetrano DL, Lattanzio F, et al. Polypharmacy and health outcomes among older adults discharged from hospital: Results from the CRIME study. *Geriatrics & gerontology international*. 2015;15(2):141-6.
37. Tamura BK, Bell CL, Lubimir K, Iwasaki WN, Ziegler LA, Masaki KH. Physician intervention for medication reduction in a nursing home: The polypharmacy outcomes project. *Journal of the American Medical Directors Association*. 2011;12(5):326-30.
38. GALVÃO C. O idoso polimedicado – estratégias para melhorar a prescrição. *Rev Port Clin Geral* 2006;22:747-52.
39. Fialová D, Topinková E, Gambassi G, Finne-Soveri H, Jónsson PV, Carpenter I, et al. Potentially inappropriate medication use among elderly home care patients in Europe. *Jama*. 2005;293(11):1348-58.
40. Eiras A, Teixeira MA, González-Montalvo JI, Castell M-V, Queipo R, Otero Á. Consumo de medicamentos en mayores de 65 años en Oporto (Portugal) y riesgo de prescripción de medicamentos potencialmente inapropiados. *Atención Primaria*. 2015.
41. Barreto PDS, Vellas B, Morley J, Rolland Y. The nursing home population: An opportunity to make advances on research on multimorbidity and polypharmacy. *J nutr health aging*. 2013;17:399-400.



42. Nguyen JK, Fouts MM, Kotabe SE, Lo E. Polypharmacy as a risk factor for adverse drug reactions in geriatric nursing home residents. *The American journal of geriatric pharmacotherapy*. 2006;4(1):36-41.
43. Cool C, Cestac P, Laborde C, Lebaudy C, Rouch L, Lepage B, et al. Potentially inappropriate drug prescribing and associated factors in nursing homes. *Journal of the American Medical Directors Association*. 2014;15(11):850. e1-. e9.
44. Advinha AM, de Oliveira-Martins S, Mateus V, Pajote SG, Lopes MJ. Medication regimen complexity in institutionalized elderly people in an aging society. *International journal of clinical pharmacy*. 2014;36(4):750-6.
45. Huybrechts K, Gerhard T, Crystal S, Olfson M, Avorn J, Levin R, et al. Differential risk of death in older residents in nursing homes prescribed specific antipsychotic drugs: population based cohort study. *Bmj*. 2012;344:e977.
46. Rolland Y, Andrieu S, Crochard A, Goni S, Hein C, Vellas B. Psychotropic drug consumption at admission and discharge of nursing home residents. *Journal of the American Medical Directors Association*. 2012;13(4):407. e7-. e12.
47. Hosia-Randell H, Pitkälä K. Use of psychotropic drugs in elderly nursing home residents with and without dementia in Helsinki, Finland. *Drugs & aging*. 2005;22(9):793-800.
48. Kongkaew C, Noyce PR, Ashcroft DM. Hospital admissions associated with adverse drug reactions: a systematic review of prospective observational studies. *Annals of Pharmacotherapy*. 2008;42(7-8):1017-25.
49. Onder G, Landi F, Liperoti R, Fialova D, Gambassi G, Bernabei R. Impact of inappropriate drug use among hospitalized older adults. *European journal of clinical pharmacology*. 2005;61(5-6):453-9.
50. Ebbesen J, Buajordet I, Erikssen J, Brørs O, Hilberg T, Svaar H, et al. Drug-related deaths in a department of internal medicine. *Archives of Internal Medicine*. 2001;161(19):2317-23.
51. Bourgeois FT, Shannon MW, Valim C, Mandl KD. Adverse drug events in the outpatient setting: an 11-year national analysis. *Pharmacoepidemiology and drug safety*. 2010;19(9):901-10.
52. DiPiro J, Talbert RL, Yee G, Wells B, Posey LM. *Pharmacotherapy A Pathophysiologic Approach 9/E*: McGraw-Hill Education; 2014.
53. Mangoni AA, Jackson SH. Age-related changes in pharmacokinetics and pharmacodynamics: basic principles and practical applications. *British journal of clinical pharmacology*. 2004;57(1):6-14.
54. Weiner DK, Hanlon JT, Studenski SA. Effects of central nervous system polypharmacy on falls liability in community-dwelling elderly. *Gerontology*. 1998;44(4):217-21.

55. Gurvich T, Cunningham JA. Appropriate use of psychotropic drugs in nursing homes. *American family physician*. 2000;61(5):1437-46.
56. Infarmed. Despacho n.º 21 844/2004, de 12 de Outubro. Disponível em: https://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/LEGISLACAO/LEGISLACAO_FARMACEUTICA_COMPILADA/TITULO_IV/despacho_21884_2004.pdf Consultado a 20 de junho de 2015.
57. Tomiak M, Berthelot J-M, Guimond E, Mustard CA. Factors associated with nursing-home entry for elders in Manitoba, Canada. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*. 2000;55(5):M279-M87.
58. DGS. Portugal, Doenças Cérebro-Cardiovasculares em números, 2013. Disponível em: <http://www.spc.pt/DL/Home/fm/i019350.pdf> Consultado a 20 agosto 2015.
59. Infarmed. Estatística do Medicamento 2013. Disponível em: http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/MONITORIZACAO_DO_MERCADO/OBSERVATORIO/ESTATISTICA_DO_MEDICAMENTO/Estat_Medic_2013.pdf Consultado 2 setembro 2015
60. Nihtilä EK, Martikainen PT, Koskinen SV, Reunanen AR, Noro AM, Häkkinen UT. Chronic conditions and the risk of long-term institutionalization among older people. *The European Journal of Public Health*. 2008;18(1):77-84.
61. Phillips VL, Diwan S. The incremental effect of dementia-related problem behaviors on the time to nursing home placement in poor, frail, demented older people. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2003;51(2):188-93.
62. Indicadores e Metas Plano Nacional Saúde, DGS. Disponível em: <http://impns.dgs.pt/acessibilidade-ao-medicamento/consumo-de-medicamentos-ansioliticos-hipnoticos-e-sedativos-e-antidepressivos-no-mercado-do-sns-em-ambulatorio>, consultado a 20 setembro de 2015.
63. Neikrug A, Ancoli-Israel S. Sleep disturbances in nursing homes. *The journal of nutrition, health & aging*. 2010;14(3):207-11.
64. Hanlon JT, Handler SM, Castle NG. Antidepressant prescribing in US nursing homes between 1996 and 2006 and its relationship to staffing patterns and use of other psychotropic medications. *Journal of the American Medical Directors Association*. 2010;11(5):320-4.
65. Thakur M, Blazer DG. Depression in long-term care. *Journal of the American Medical Directors Association*. 2008;9(2):82-7.
66. de Souto Barreto P, Lapeyre-Mestre M, Mathieu C, Piau C, Bouget C, Cayla F, et al. Prevalence and associations of the use of proton-pump inhibitors in nursing homes: a cross-sectional study. *Journal of the American Medical Directors Association*. 2013;14(4):265-9.

67. Teramura-Grönblad M, Hosia-Randell H, Muurinen S, Pitkala K. Use of proton-pump inhibitors and their associated risks among frail elderly nursing home residents. *Scandinavian journal of primary health care*. 2010;28(3):154-9.

Anexos

ANEXO 1 - Caul (Certificação de Autorização de Utilização de Lote)

 GOVERNO DE PORTUGAL MINISTÉRIO DA SAÚDE	 infarmed Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I.P.
MEDICAMENTOS DERIVADOS DO SANGUE OU DO PLASMA HUMANO	
CERTIFICADO DE AUTORIZAÇÃO DE UTILIZAÇÃO DE LOTE CERTIFICADO N.º: 34614-CAUL	
N.º do Lote	4325400029
Nome Comercial	Privigen
Dosagem - Quantidade	100 mg/ml - 1 unidade de 50 ml
Substância(s) ativa(s)	Imunoglobulina Humana Normal
N.º de Unidades do lote	5078
Embalagem(*)	Frasco para injectáveis
Número de A.I.M. (**)	5108972
Identificação e endereço do Titular de A.I.M. ou seu representante legal	CSL Behring, Lda. Avenida 5 de Outubro, n.º 198 - 3º Esq. 1050 - 064 Lisboa
(*) "5 th Edition List of Standard Terms 2004", EDQM	
(**) Autorização de Introdução no Mercado	
Prazo de Validade do Lote	31-03-2017
Data do Certificado Europeu de Libertação de Lote	13-06-2014
Data da receção da totalidade da documentação no INFARMED, I.P.	04-08-2014

Analizada a documentação bastante para satisfazer os requisitos técnicos de avaliação consignados no Guia Técnico de Libertação de Lotes de Vacinas e Hemoderivados ("Official Control Authority Batch Release of Biological Medicinal Products for Human Use - OCABR"), o Laboratório de Biologia e Microbiologia da Direção de Comprovação da Qualidade nada tem a objetar à aprovação para utilização do presente lote.

Nota: Apenas é verificado quanto ao conteúdo e não quanto à forma o constante do Art.º 105 do Decreto-Lei n.º 176/2006, de 30 de Agosto.

Silvana Almeida
Diretor do Laboratório de Biologia e Microbiologia

Por subdelegação de competência nos termos do Despacho 11967/2006 (2ª série), de 9 de Maio publicado em Diário da República n.º 108 série II de 5 de Junho de 2006 e tendo em consideração o resultado da avaliação supra,

APROVA-SE PARA UTILIZAÇÃO TERAPÊUTICA

o lote do medicamento acima identificado.

Data de Aprovação: 07-08-2014

[Assinatura]
Diretora da Direção de Comprovação de Qualidade

INFARMED - Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I.P.
Parque de Saúde de Lisboa - Av. 5 de Outubro, 198
1050-064 Lisboa - Portugal
Tel: +351 212 837 100 Fax: +351 212 837 216 WebSite: www.infarmed.pt E-mail: infarmed@infarmed.pt

Doc03/04 - LAB-PEG/09 Página 1 / 1

ANEXO 2 - Imagem ilustrativa Sistema DIDDU



ANEXO 3 - Resposta a pedido de esclarecimento

Boa tarde,

Junto enviamos a resposta recebida pela nossa Casa-mãe:

There are clinical concerns regarding crushing the tablets to be given through the nasogastric tube.

The product is formulated as a film-coated tablet, and despite almost complete bioavailability of levofloxacin, the tablet first has to dissolve and then deliver the active substance to be absorbed into blood stream during a certain period of time. If the product is crushed, its systemic bioavailability will be changed and therefore it will not result in the same therapeutic effect as demonstrated with intact tablets. Different bioavailability may also result in different safety profile.

Additionally, there might be a problem with dosing accuracy if tablet is crushed due to potential loss of the tablet content.

Although being aware of difficulties of administration of solid forms through the nasogastric tube, due to abovementioned concerns crushed tablets cannot be recommended for clinical use.

The recommendation that tablets should be swallowed whole is also stated in the product information (SmPC and PIL).

Note that, depending on indication, intravenous levofloxacin can also be used instead of tablets.

Cumprimentos,

ANEXO 4 - Imagem Ilustrativa Sistema distribuição Pyxis



ANEXO 5 - Listagem da legislação em vigor, que define as condições de cedência de medicamentos em regime de ambulatório, e respetivas patologias abrangidas.

Patologia Especial	Legislação
ARTRITE REUMATÓIDE, ESPONDILITE ANQUILOSANTE, ARTRITE PSORIÁTICA, ARTRITE IDIOPÁTICA JUVENIL POLIARTICULAR E PSORÍASE EM PLACAS	Despacho n.º 18419/2010, de 2/12, alterado pelo Despacho n.º 1845/2011, de 12/01, Declaração de Rectificação n.º 286/2011, de 31/01, Despacho n.º 17503-A/2011, de 29/12 e Despacho n.º 14242/2012, de 25/10
FIBROSE QUÍSTICA	Desp. 24/89, de 2/2; Portaria nº 1474/2004, de 21/12
DOENTES INSUFICIENTES CRÓNICOS E TRANSPLANTADOS RENAI	Despacho n.º 3/91, de 08/02, alterado pelo Despacho n.º 11619/2003, de 22/05, Despacho n.º 14916/2004, de 02/07, Rectificação nº 1858/2004, de 07/09, Despacho nº 25909/2006, de 30/11, Despacho n.º 10053/2007 de 27/04 e e Despacho n.º 8680/2011 de 17/06
DOENTES INSUFICIENTES RENAI CRÓNICOS	Despacho n.º 10/96, de 16/05; Despacho n.º 9825/98, 13/05, alterado pelo Despacho n.º 6370/2002, de 07/03, Despacho n.º 22569/2008, de 22/08, Despacho n.º 29793/2008, de 11/11 e Despacho n.º 5821/2011, de 25/03
INDIVÍDUOS AFECTADOS PELO VIH	Desp. 14/91, de 3/7; Desp. 8/93, de 26/2; Desp. 6/94, de 6/6; Desp. 1/96, de 4/1; Desp. 280/96, de 6/9, alterado pelo Desp. 6 778/97, de 7/8 e Despacho nº 5772/2005, de 27/12/2004
- DEFICIÊNCIA DA HORMONA DE CRESCIMENTO NA CRIANÇA; - SÍNDROMA DE TURNER; - PERTURBAÇÕES DO CRESCIMENTO; - SÍNDROME DE PRADER-WILLI; - TERAPÊUTICA DE SUBSTITUIÇÃO EM ADULTOS	Despacho n.º 12455/2010, de 22/07
ESCLEROSE LATERAL AMIOTRÓFICA (ELA)	Despacho n.º 8599/2009, de 19/03, alterado pelo Despacho n.º 14094/2012, de 16/10
SÍNDROMA DE LENNOX-GASTAUT	Desp. 13 622/99, de 26/5
PARAPLEGIAS ESPÁSTICAS FAMILIARES E ATAXIAS CEREBELOSAS HEREDITÁRIAS, nomeadamente a doença de Machado-Joseph	Despacho n.º 19 972/99 (2.ª série), de 20/9
PROFILAXIA DA REJEIÇÃO AGUDA DE TRANSPLANTE RENAL ALOGÉNICO	Despacho n.º 6818/2004, de 10/03, alterado pelo Despacho n.º 3069/2005, de 24/01, Despacho n.º 15827/2006, de 23/06, Despacho n.º 19964/2008, de 15/07, Despacho n.º 8598/2009, de 26/03, Despacho n.º 14122/2009, de 12/06, Despacho n.º 19697/2009, de 21/08, Despacho n.º 5727/2010, de 23/03, Despacho n.º 5823/2011, de 25/03, Despacho n.º 772/2012, de 12/01, Declaração de retificação n.º 347/2012, de 03/02 e Despacho n.º 8345/2012, de 12/06
PROFILAXIA DA REJEIÇÃO AGUDA DO TRANSPLANTE CARDÍACO ALOGÉNICO	Despacho n.º 6818/2004, de 10/03, alterado pelo Despacho n.º 3069/2005, de 24/01, Despacho n.º 15827/2006, de 23/06, Despacho n.º 19964/2008, de 15/07, Despacho n.º 8598/2009, de 26/03,

	<p>Despacho n.º 14122/2009, de 12/06, Despacho n.º 19697/2009, de 21/08, Despacho n.º 5727/2010, de 23/03, Despacho n.º 5823/2011, de 25/03, Despacho n.º 772/2012, de 12/01, Declaração de retificação n.º 347/2012, de 03/02 e Despacho n.º 8345/2012, de 12/06</p>
<p>PROFILAXIA DA REJEIÇÃO AGUDA DE TRANSPLANTE HEPÁTICO ALOGÉNICO</p>	<p>Despacho n.º 6818/2004, de 10/03, alterado pelo Despacho n.º 3069/2005, de 24/01, Despacho n.º 15827/2006, de 23/06, Despacho n.º 19964/2008, de 15/07, Despacho n.º 8598/2009, de 26/03, Despacho n.º 14122/2009, de 12/06, Despacho n.º 19697/2009, de 21/08, Despacho n.º 5727/2010, de 23/03, Despacho n.º 5823/2011, de 25/03, Despacho n.º 772/2012, de 12/01, Declaração de retificação n.º 347/2012, de 03/02 e Despacho n.º 8345/2012, de 12/06</p>
<p>DOENTES COM HEPATITE C</p>	<p>Portaria n.º 158/2014, de 13/02</p>
<p>ESCLEROSE MÚLTIPLA (EM)</p>	<p>Despacho n.º 11728/2004, de 17/05; alterado pelo Despacho n.º 5775/2005, de 18/02, Rectificação n.º 653/2005, de 08/04, Despacho n.º 10303/2009, de 13/04, Despacho n.º 12456/2010, de 22/07 e Despacho n.º 13654/2012, de 12/10</p>
<p>DOENTES ACROMEGÁLICOS</p>	<p>Desp. n.º 3837/2005, (2ª série) de 27/01; Rectificação n.º 652/2005, de 06/04</p>
<p>DOENÇA DE CROHN ACTIVA GRAVE OU COM FORMAÇÃO DE FÍSTULAS</p>	<p>Desp. n.º 4466/2005, de 10/02, alterado pelo Despacho n.º 30994/2008, de 21/11, e pelo Despacho n.º 706-B/2014, de 14/01</p>
<p>HIPERFENILALANINEMIA</p>	<p>Despacho n.º 1261/2014, de 14/01</p>

ANEXO 6 - Termo responsabilidade



Termo de Responsabilidade

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

V. N. de Gaia, ___/___/___


O utente:

ANEXO 7 - Formulário de autorização de prescrição do Programa de Prevenção da Gravidez Talidomide Celgene®

Formulário de autorização de prescrição do Programa de Prevenção de Gravidez Talidomide Celgene®	
25150	
<p>O preenchimento deste formulário pelos médicos e farmacêuticos é obrigatório para CADA prescrição de todos os doentes tratados com o Talidomide Celgene. O formulário preenchido deve permanecer na farmácia, de forma a documentar a compliance do Programa de Prevenção de Gravidez Talidomide Celgene. Este formulário poderá ser solicitado para fins de auditoria e o seu duplicado com a informação relativa à categoria de risco do doente e condições de prescrição e dispensa, deve ser devolvido à Celgene.</p> <p>As secções Indicação Terapêutica e Idade só devem ser preenchidas se o doente tiver consentido a sua recolha no Formulário de Início de Tratamento.</p>	
Hospital/Instituição:	Idade:
Indicação Terapêutica:	Posologia:
<p>Assinale no quadrado correspondente à categoria de risco do doente e confirme a realização do respectivo aconselhamento médico prescriptor</p>	
<input type="checkbox"/> Mulher sem potencial para engravidar	
<input type="checkbox"/> Homem	
<input type="checkbox"/> O doente foi aconselhado relativamente ao risco teratogénico do tratamento com o Talidomide Celgene e compreende a necessidade de utilização de um preservativo em caso de actividade sexual com uma mulher com potencial para engravidar que não esteja a utilizar um método eficaz de prevenção da gravidez?	S ou N
<input type="checkbox"/> Mulher com potencial para engravidar	
<input type="checkbox"/> A doente foi aconselhada relativamente ao risco teratogénico do tratamento com o Talidomide Celgene e à necessidade de evitar a gravidez e tem estado a utilizar um método eficaz de prevenção da gravidez durante pelo menos 4 semanas?	S ou N
Data do último teste de gravidez:	
<input type="checkbox"/> Resultado negativo no último teste de gravidez?	
<input type="checkbox"/> Resultado positivo no último teste de gravidez?	
<p>Farmácia</p>	
<input type="checkbox"/> Dispensa ocorre nos 7 dias após a data de prescrição	S ou N
<input type="checkbox"/> Dispensa de medicação para 4 semanas no caso das doentes com potencial para engravidar	S ou N
<p>Confirmação do médico prescriptor</p> <p>Eu compreendi as informações da Pasta de Informações para Profissionais de Saúde do Talidomide Celgene e confirmo que o/a doente assinou o Formulário de Início de Tratamento.</p>	
Primeiro nome e apelido do médico prescriptor:	
Assinatura do médico prescriptor:	Data:
<p>Confirmação da farmácia</p> <p>Esta data da prescrição tem de coincidir com a data constante neste formulário de autorização de prescrição. Não dispensar medicação a menos que este teste de gravidez seja negativo e tenha sido feito até três dias antes da data de prescrição.</p> <p>Eu confirmo que o Formulário de autorização de prescrição está adequadamente preenchido, que a dispensa ocorre nos sete dias após a data de prescrição, que li e compreendi o livro de Informações para Profissionais de Saúde do Talidomide Celgene.</p>	
<p>Farmacêutico:</p>	
Primeiro nome e apelido do farmacêutico:	
Assinatura:	Data:
Para mais informações contacte o Departamento Médico da Celgene em Portugal • Telefone: +351 210 044 300 • Fax: +351 210 044 301 • Email: celgene.portugal@celgene.com	

PPG Talidomide 25150

ANEXO 8 - Fatura da medicação

 Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE Unidade Cuidados Farmacêuticos do Ambulatório Telf. Geral CHVNG/E: 227865100 - Extensões 11849 e 11314 - E-mail: duvidas.farmacia@chvng.min-saude.pt		Data: 2015/02/05 Hora: 10:21:53 Pág. 1 / 1 Utilizador: PMARQUES
PHIMR005_A.RDF Fornecimento de Medicamentos aos Doentes em Regime de Ambulatório		
Dados da Prescrição:		Num. Presc.: 4730360 Num. Cedência: 165
Data Prescrição: 05/02/2015 Próxima Consulta: _____ Médico Responsável: _____ Serviço: _____ Despacho: VIH-SIDA - DESP. 280/96 E 6 778/97	Próxima Cedência: 09/06/2015 Especialidade: MEDICINA	
Dados do Utente:		Processo: CHVNG - 556613
Nome: _____ Morada: _____ Num. Benef.: _____ Cartão Utente.: _____	Cod. Postal: _____ Entidade Resp.: SERVICO NACIONAL SAUDE	
Medicação:		
Medicamento: EFAVIRENZ Dose: 600 MG Via Administração: ORAL Qtd. Fornecida: 30 Frequência: 1 id Horário: 23 h Preço Unit.: 1.20 Duração Tratamento: Total Parcial: 36.00		
Medicamento: ABACAVIR 600 MG LAMIVUDINA 300MG Dose: 1 COMP. Via Administração: ORAL Qtd. Fornecida: 30 Frequência: 1 id Horário: 23 h Preço Unit.: 12.40 Duração Tratamento: Total Parcial: 372.00		
		Total: 408.00
Data: ___/___/___ Fornecido por: _____ Recebido por: _____ <small>Processado por computador - Sistema de Gestão Integrada do Circuito do Medicamento - GLINTT-HS</small>		

ANEXO 9 - Impresso para a requisição/distribuição/administração de medicamentos Hemoderivados

Número de série 0774775 VIA FARMÁCIA



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

HOSPITAL _____
SERVIÇO _____

Médico _____ Nome atual _____ N.º Mec. ou Vrheta _____ Assinatura _____ Data ____/____/____	Identificação do doente Folha: B, L, N.º de processo, n.º de ordem de DNEI Após efetuar a distribuição, colar no rubro. Após todas as distribuições, com identificação do doente, poderá ser utilizado repetidas vezes.	QUADRO A		
REQUISIÇÃO/JUSTIFICAÇÃO CLÍNICA <small>se preencher pelo médico</small>				
Hemoderivado _____ <small>(Nome, forma farmacêutica, via de administração)</small>		QUADRO B		
Dose/Frequência _____ Duração do tratamento _____ Diagnóstico/Justificação Clínica _____				
REGISTO DE DISTRIBUIÇÃO N.º ____/____/____ <small>se preencher pelos Serviços Farmacêuticos</small>				
Hemoderivado	Quantidade	Lote	Lote origin./Fornecedor	SI. Cert. INVISED
Enviado: ____/____/____ Farmacêutico _____ N.º Mec. _____				
<small>(*) Em conformidade, o cliente deverá completar os rubros (colar) em distribuição e de registro e arquivo nos Serviços de Apoio Farmacêutico.</small>				
Recebido: ____/____/____ Serviço requisitante (nome) _____ N.º Mec. _____				
I. Instruções relativas à documentação: A requisição, constituída por 2 vias (VIA FARMÁCIA e VIA SERVIÇO), é enviada aos Serviços Farmacêuticos após preenchimento dos Quadros A e B pelo serviço requisitante. O Quadro C é preenchido pelos Serviços Farmacêuticos. VIA SERVIÇO – A preencher pelo serviço requisitante e arquivar no processo clínico do doente. VIA FARMÁCIA – Permanece em arquivo nos Serviços Farmacêuticos. Especialmente a distribuição e registro de alguns frascos congelados (ativados), bem como o arquivo de via serviço, poderá ser feito pelos Serviços de Apoio Hemoterapia.				
II. Instruções relativas ao produto medicamentoso: a) Cada unidade medicamentosa fornecida será etiquetada pelos Serviços Farmacêuticos com as respectivas condições de conservação e identificação do doente e do serviço requisitante; b) Os produtos não administrados no prazo de 24 horas e atendendo às condições de conservação do rubro serão obrigatoriamente devolvidos aos Serviços Farmacêuticos. No Quadro D será lavrada a devolução, data e assinatura (n.º mecanográfico).				

Documento nº 181/0000 2.º ano, do Ministério de Saúde Nacional e de Saúde, publicado no Diário da República 2.º ano, n.º 211, de 19 de Outubro de 2006

ANEXO 10 - Modelo X - Distribuição de MEP e BDZ

REQUISICÃO DE SUBSTÂNCIAS E SUAS PREPARAÇÕES COMPREENDIDAS NAS TABELAS I, II, III E IV, COM EXCEÇÃO DA II-A, ANEXAS AO DECRETO-LEI N.º 1593, DE 22 DE JANEIRO, COM RETIFICAÇÃO DE 20 DE FEVEREIRO

N.º _____ Anexo X

Serviços Farmacêuticos do _____

SERVIÇO SALA _____ Código _____


Medicamento (DCI)	Forma farmacêutica	Dosagem	Código		

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

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

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

ANEXO 11- Formulário para Justificação de Receituário

**CENTRO HOSPITALAR**
VILA NOVA DE GAIA/ESPINHO

JUSTIFICAÇÃO DE RECEITUÁRIO

Serviços Clínicos

SERVIÇO Pediatria - OBS CAMA _____

Diagnóstico Acidemia 3-hidróxi-3 metil glutárica
intoxicação infecciosa aguda com intolerância alimentar

Fármaco/Forma Farmacêutica/Dosagem Canixina ev (1000 mg/5 mL)
(var para 150 mg 8/8h)

Nº de Unidades 2 Provável duração do tratamento (dias) 2 dias

Há outro fármaco no FHNM ou na Adenda com a mesma finalidade terapêutica? Não
Caso exista, porque razões não o considera adequado à situação do doente? _____

Porque considera adequado o fármaco que requisita? Criança e dosagem subbólica,
Requirido, que faz terapêutica com canixina de base MSU
momento com intoxicação aguda, com sinais persistentes e
Se se trata de um antibiótico refira: intoxicação oral.

a) Foi possível isolar o agente e efectuar o antibiograma? Em caso afirmativo especifique: _____

b) Não foi possível: 1 - Início urgente de terapêutica? _____
2 - Outro motivo _____

Outras informações que julgue úteis _____

Data 15/02/2015

Médico / Nº Mecanográfico _____ p/Director de Serviço _____

Informação dos Serviços Farmacêuticos	Parecer da Comissão de Farmácia e Terapêutica
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Mod. SD-007

5536007

ANEXO 12 - Procedimento para a lavagem asséptica das mãos

1. Se as mãos apresentarem sujidade lavar com água e sabão;
2. Molhar as mãos e antebraços com água;
3. Aplicar solução de clorohexidina (sensivelmente 3 mL);
4. Usar técnica específica para lavagem asséptica das mãos (ver imagem abaixo):

DURAÇÃO DO PROCEDIMENTO: SUPERIOR A 60 SEGUNDOS

1º TEMPO



1º Passo
Palma com palma



2º Passo
Palma da mão direita sobre o dorso da mão esquerda e vice-versa



3º Passo
Palma contra palma com dedos entrelaçados



4º Passo
Dorso dos dedos contra palma oposta com dedos encaixados



5º Passo
Fricção rotacional do polegar esquerdo encaixado na mão direita e vice-versa



6º Passo
Fricção rotacional para trás e para a frente com dedos juntos da mão direita sobre a palma esquerda e vice-versa



7ª a)



7ª b)



7ª c)

7º Passo
Fricção rotacional do punho, seguido do antebraço até 2 dedos acima do cotovelo

2º TEMPO

Repetir todos os passos até metade do antebraço (do 1º passo até ao 7b)

5. Enxaguar as mãos e antebraços com água com o cuidado de manter as mãos sempre acima dos cotovelos;
6. Para secar as mãos e antebraços deve utilizar-se toalhete esterilizado (as batas esterilizadas incluem dois toalhetes estéreis).

ANEXO 13 - Orientações para garantir assepsia das preparações e proteção do operador

A) Antes da entrada na sala assética:

- a) Não é aconselhável usar maquiagem, verniz e outros produtos cosméticos, uma vez que em caso de contaminação pode conduzir a exposição prolongada;
- b) Na sala negra retirar o vestuário, adornos e sapatos;
- c) Equipar-se com calças, túnica e socos apropriados;
- d) Colocar duas toucas e dois pares de protetores de sapatos segundo técnica específica e através do banco corrido aceder à zona cinzenta;
- e) Colocar a máscara de alta filtração (tipo P3); Proceder à lavagem assética das mãos e antebraços segundo técnica específica; No caso específico dos SF do CHVNG/E, dado que utilizamos os toalhetes esterilizados fornecidos com as batas como campo de trabalho na CFLv o mais adequado é lavar as mãos com sabão e desinfetar as mãos com solução alcoólica (segundo Comissão de Controlo de Infeção);
- f) Vestir a bata esterilizada;
- g) Colocar o primeiro par de luvas, tendo o cuidado de o fazer de modo a cobrir o punho elástico da bata (ver Anexo J);
- h) Dirigir-se à zona branca - sala assética;
- i) Calçar o segundo par de luvas, colocando-as da mesma forma que o primeiro par;

B) Antes da saída da sala assética

- a) AO: retirar o segundo par de luvas (com o cuidado de não tocar na superfície exterior das luvas - contaminada), colocá-los no contentor Grupo IV da sala assética e fechá-lo corretamente, de modo a ser conduzido ao circuito de incineração;
- b) Farmacêutico: retirar o segundo par de luvas e colocá-los no contentor Grupo IV da sala assética;
- c) TDT: retirar o segundo par de luvas (com o cuidado de não tocar na superfície exterior das luvas - contaminada), colocá-los no contentor Grupo IV do interior da CFLv e fechá-lo corretamente, de modo a ser conduzido ao circuito de incineração;
- d) Retirar a bata e colocar dentro do contentor do Grupo IV da sala assética;
- e) Junto à porta de saída da sala retirar a máscara, a primeira touca, o primeiro par de luvas, e o primeiro par protetores de sapatos, colocando-os no contentor Grupo IV;
- f) Lavar as mãos na antecâmara;
- g) Finalmente, para passar à zona negra, rodar o corpo no banco corrido, e ao mesmo tempo retirar os protetores de sapatos;
- h) Retirar a túnica, as calças (devem ser enviadas, diariamente, para lavagem) e os socos (devem ser mantidos limpos, em caixa própria individual e dentro de cacifo).

ANEXO 14 - Tipos de bolsas comerciais disponíveis no CHVNG/E



CENTRO
HOSPITALAR
VILA NOVA DE GAIA/ESPINHO
Serviços Farmacéuticos

BOLSAS DE NUTRIÇÃO PARENTÉRICA

NOME COMERCIAL	DESIGNAÇÃO	COMPOSIÇÃO
VEIA PERIFÉRICA/CENTRAL		
PenOlimel® N4 E com electrólitos	A.A. 4 g/l N + Glucose 75 g/l + Lípidos 30 g/l + Electrólitos Emul inj Sac triplo 2000 ml (114808082)	AA = 50,6 g ⇒ N = 8 g Glucose = 150 g Lípidos = 60 g Kcal Totais = 1400 Kcal Volume = 2000 ml Na ⁺ = 42 mEq Mg ²⁺ = 8,8 mEq K ⁺ = 32 mEq Ca ²⁺ = 8 mEq PO ₄ ³⁻ = 17 mmol Cl ⁻ = 49 mEq CH ₃ COO ⁻ = 55 mEq
VEIA CENTRAL		
SEM ELECTRÓLITOS		
SmofKabiven® 12 g N s/electrólitos	AA 8 g N/l + Glucose 126,6 g/l + Lípidos 38 g/l 1477 ml (114808057)	AA = 75 g ⇒ N = 12 g Glucose = 187 g Lípidos = 58 g Kcal Totais = 1600 Kcal Volume = 1477 ml PO ₄ ³⁻ = 4,2 mmol CH ₃ COO ⁻ = 110 mEq
Nutriflex® Lipid Especial 10 g N s/ electrólitos	AA 8 g N/l + Glucose 144 g/l + Lípidos 40 g/l 1250 ml (114808071)	AA = 71,8 g ⇒ N = 10 g Glucose = 180 g Lípidos = 50 g Kcal Totais = 1475 Kcal Volume = 1250 ml
Olimel® N9 1500ml s/ electrólitos	A.A. 9 g/l N + Glucose 110 g/l + Lípidos 40 g/l Emul inj 1500 ml IV (114808100)	AA = 85,4 g ⇒ N = 13,5 g Glucose = 165 g Lípidos = 60 g Kcal Totais = 1600 Kcal Volume = 1500 ml PO ₄ ³⁻ = 4,5 mmol CH ₃ COO ⁻ = 60 mEq
Olimel® N9 1000 ml s/ electrólitos	A.A. 9 g/l N + Glucose 110 g/l + Lípidos 40 g/l Emul inj 1000 ml IV (115204010)	AA = 56,9 g ⇒ N = 9 g Glucose = 110 g Lípidos = 40 g Kcal Totais = 1070 Kcal Volume = 1000 ml PO ₄ ³⁻ = 3 mmol CH ₃ COO ⁻ = 40 mEq

NOME COMERCIAL	DESIGNAÇÃO	COMPOSIÇÃO
VEIA CENTRAL		
COM ELECTRÓLITOS		
SmofKabiven® 8 g N com electrólitos	A.A. 8g/l N + Glucose 127g/l + Lípidos 38g/l +Electról Emul inj Sac 986 ml (114808080)	AA = 50 g ⇒ N = 8 g Glicose = 125 g Lípidos = 38 g Kcal Totais = 1100 Kcal Volume = 986 ml Na ⁺ = 40 mEq Mg ²⁺ = 10 mEq K ⁺ = 30 mEq Ca ²⁺ = 5 mEq PO ₄ ³⁻ = 12 mmol Cl ⁻ = 35 mEq Zn ²⁺ = 0,08 mEq CH ₃ COO ⁻ = 104 mEq
SmofKabiven® 12 g N com electrólitos	A.A. 8 g/l N + Glucose 127 g/l + Lípidos 38 g/l + Electról Emul inj 1477 ml (114808103)	AA = 75 g ⇒ N = 12 g Glicose = 187 g Lípidos = 58 g Kcal Totais = 1800 Kcal Volume = 1477 ml Na ⁺ = 60 mEq Mg ²⁺ = 15 mEq K ⁺ = 45 mEq Ca ²⁺ = 7,6 mEq PO ₄ ³⁻ = 19 mmol Cl ⁻ = 52 mEq Zn ²⁺ = 0,12 mEq CH ₃ COO ⁻ = 157 mEq
Nutriflex® Ómega S 10 g N com electrólitos	A.A. 8 g/l N + Glucose 144 g/l + Lípid Omega 40 g/l + Electról Emul inj 1250 ml (114808102)	AA = 71,8 g ⇒ N = 10 g Glicose = 180 g Lípidos = 50 g Kcal Totais = 1475 Kcal Volume = 1250 ml Na ⁺ = 67 mEq Mg ²⁺ = 10,6 mEq K ⁺ = 47 mEq Ca ²⁺ = 10,6 mEq PO ₄ ³⁻ = 20 mmol Cl ⁻ = 60 mEq Zn ²⁺ = 0,08 mEq CH ₃ COO ⁻ = 60 mEq
Olimel® N9E 1500ml com electrólitos	A.A. 9 g/l N + Glucose 110 g/l + Lípidos 40 g/l + Electrólitos Emul inj 1500 ml IV (114808101)	AA = 85,4 g ⇒ N = 13,5 g Glicose = 165 g Lípidos = 60 g Kcal Totais = 1800 Kcal Volume = 1500 ml Na ⁺ = 52,5 mEq Mg ²⁺ = 12 mEq K ⁺ = 45 mEq Ca ²⁺ = 10,6 mEq PO ₄ ³⁻ = 22,5 mmol Cl ⁻ = 68 mEq CH ₃ COO ⁻ = 80 mEq

ANEXO 15 - Modelo para prescrição de nutrição artificial de Adultos - entérica ou parentérica.



Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia
REQUISIÇÃO DE NUTRIÇÃO ARTIFICIAL

N.º Episódio INT: _____ N.º C: _____ SERVIÇO UCICT
 Data/Hora Serv: _____ Nasc: _____ - 57 Anos SEXO: Masc CAMA: _____
 Sexo: Masc Tel: _____
 3720 - OLIVEIRA DE AZEIS OLIVEIRA DE AZEIS
 Serv: UNID CUID INTENSIVOS C.TORA Prov: OUTRO HOSPITAL
 SERVIÇO NACIONAL SAÚDE No: _____

Idade _____ anos Altura _____ cm Peso actual _____ Kg Peso habitual _____ Kg

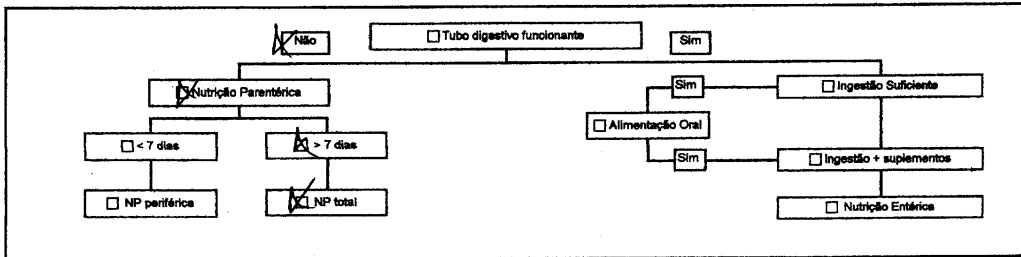
Diagnóstico: _____

Dados Clínicos Relevantes:

- | | | | |
|--|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Diabetes Tipo _____ | <input type="checkbox"/> Outras situações | <input type="checkbox"/> Diarreia | <input type="checkbox"/> Intolerâncias/Alergias |
| <input type="checkbox"/> HTA | | <input type="checkbox"/> Vômitos | <input type="checkbox"/> Glúten |
| <input type="checkbox"/> I. Hepática | | <input type="checkbox"/> Jejum prolongado | <input type="checkbox"/> Lactose |
| <input type="checkbox"/> I. Respiratória | | <input type="checkbox"/> Anorexia | |
| <input type="checkbox"/> I. Cardíaca | | <input type="checkbox"/> Desidratação | |
| <input type="checkbox"/> I. Renal | | <input type="checkbox"/> Oclusão | |
| | | <input type="checkbox"/> Fistula | |
| | | <input type="checkbox"/> Ventilação assistida | |

Dados Laboratoriais:

Hemoglobina <u>8,0</u>	Ureia <u>231</u>	Creatinina <u>1,36</u>	Sódio <u>141,8</u>
Albumina <u>2,4</u>	Proteínas totais <u>5,9</u>	Glicose <u>132</u>	Potássio <u>4,16</u>



<input type="checkbox"/> NUTRIÇÃO ENTÉRICA	<input type="checkbox"/> Total	<input type="checkbox"/> Por sonda Tipo: _____
	<input type="checkbox"/> Suplemento	<input type="checkbox"/> Via Oral
		<input type="checkbox"/> Proteico
		<input type="checkbox"/> Calórico
		<input type="checkbox"/> Outros

<input checked="" type="checkbox"/> NUTRIÇÃO PARENTÉRICA	<input checked="" type="checkbox"/> Total
	<input type="checkbox"/> Suplemento
	<input type="checkbox"/> Veia Periférica
	<input checked="" type="checkbox"/> Veia Central

- Prescrição

A. NUTRIÇÃO ENTÉRICA

Designação genérica / comercial	Quantidade / dia	Duração da Terapêutica

Nota: A prescrição de nutrição entérica tem a validade de 7 dias.

B. NUTRIÇÃO PARENTÉRICA

BW / 8 g N / 1000 ml.

Azoto (g) 8 Glucose (g) 425 Lípidos (g) 30 Volume total (ml) 1000

Électrólitos (mEq):
 Na+ _____ K+ _____ Ca++ _____ Mg++ _____ Acetato _____ Fosfato _____ Cloro _____

Vitaminas Hidrossolúveis Vitaminas Lipossolúveis Oligoelementos

Adulto Adulto

Pediátrico Pediátrico

Outros: Dipeptiven : 100 ml

Nota: A prescrição de NP deve dar entrada nos Serviços Farmacêuticos até às 11 horas de 2ª a 6ª feira. Fora deste horário as prescrições enviadas apenas serão válidas para o dia seguinte.

Dietista	Nº Mec. _____
Farmacêutica / Técnico	Nº Mec. _____
Médico	Nº Mec. _____

ANEXO 16 - Prescrição médica de nutrição parentérica para Neonatologia

Worksheet Two-in-One Bag No _____

Inc. 4

Patient Name:
Patient ID:
Ward:
Clinician:
Consultant:
Pharmacist:

Date of Birth: /10/09
Body Weight: 2,2 kg

Heparina: 110 UI

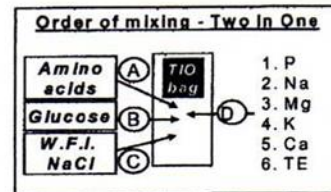
Comment(s): Prematuridade. Isoimunização Rh

Component	Vol. (ml)	Batch Number	Expiry Date	Manufacturer/Country
Vaminolact®	101,07			
Water for Injections	60,16			
Glucose 200 mg/ml	135,00			
NaCl 20%	0,92			
KCl 1 mmol/ml	4,40			
Calcium gluconate 10%	3,80			
Glycophos®	0,65			
Soluvit® N	0,20			

Separate Compounding	Vol. (ml)	Batch Number	Expiry Date	Manufacturer/Country
Vitalipid® N Infant	3	6		

Lipofundina MCT/LCT: 25 ml

Batch number of TIO bag:
Formulation checked by:
Ingredients assembled by:
Ingredients checked by:
Date:
Compounded by:
Final check by:



Constituents: (without overages)

Nitrogen: 0,94 g
Amino Acids: 6,60 g
Glucose: 27,00 g 108,00 kcal
Total Energy: 132,26 kcal
Non-Protein Energy: 108,00 kcal

Electrolyte Contents:

Na: 4,42 mmol
K: 4,40 mmol
Ca: 0,85 mmol
Mg: 0,00 mmol
Cl: 7,53 mmol
P (total): 0,65 mmol
Ac: 0,00 mmol
SO4: 0,00 mmol

Trace Elements:

Zn: 0,00 µmol
Se: 0,00 µmol
Cu: 0,00 µmol
Fe: 0,00 µmol
Cr: 0,00 µmol

	Ap. Calórico Total	Sem Leite Incluído
Kcal/kg/d	141,2	122,9
% Proteínas	13,9	14,7
% Lipídeos	28,6	25,1
% H Carbono	57	60

Signature/date of microbiological testing:

Osmol: 735,8 mOsm/L

Solução 1: 306 ml CHT: 170 ml/kg/d Glucose: 8,5 mg/kg
Solução 2: 28 ml CHEv: 152 ml/kg/d Proteínas: 3 g/kg
Leite: 40 ml CHoral: 18 ml/kg/d Lipídeos: 2 g/kg

Na: 2 mEq/kg
K: 2 mEq/kg
Ca: 1,7 mEq/kg

Ritmos: sol 1: 12,8 ml/h sol 2: 1,2 ml/h

CHVNGaia, 10/09 Médico

ANEXO 17 - Rótulos da solução 1 (à esquerda) e solução 2 (à direita) de nutrição parentérica para a Neonatologia.

CENTRO HOSPITALAR VILA NOVA DE GALDASPINO

Nome: RN _____

Serviço: UCIN _____

Vaminolact® ml
 Água p.i. ml
 Glucose 30% ml
 Cloreto de sódio 20% ml
 Cloreto de potássio 7,5% ml
 Gluconato de cálcio 10% ml
 Sulfato de magnésio 20% ml
 Glycophos® ml
 Peditrace® ml
 Soluvit®N ml
 Heparina UI / ml
 L-Carnitina mg / ml
 Zinco 10 mg/10 ml ml

Contém _____ ml Administrar _____ ml

Proteger da luz Não aditivar fármacos

Validade: 24h à temp. ambiente

Data de preparação ____/____/____

O Farmacêutico _____

O Técnico _____

SERVIÇOS FARMACÊUTICOS
NUTRIÇÃO PARENTÉRICA

CENTRO HOSPITALAR VILA NOVA DE GALDASPINO

PROTEGER DA LUZ

NOME: _____

SERVIÇO _____ PROC. N.º _____

Lipofundina MCT/LCT 20% ml

Vitalipid inf ml

CONTÉM _____ ml

ADMINISTRAR _____ ml


CONSERVAR NO FRIGORÍFICO * NÃO ADICIONAR FÁRMACOS

Data de preparação ____/____/____ O Farmacêutico _____

Validade: 24h. à temp. ambiente _____

O Técnico: _____

ANEXO 18 - Ficha de reembalamento de fórmulas orais sólidas



CENTRO HOSPITALAR
VILA NOVA DE GAIA ESPINHO

Serviços Farmacêuticos

FICHA DE REEMBALAMENTO

Nº 830 I

✓ Verificação da Máquina¹: _____
N.º Mec: _____ DATA: ___/___/___

NOME GENÉRICO: _____
NOME COMERCIAL[®]: _____ DOSAGEM: _____

FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO CÁPSULA
REEMBALADO EM BLISTER ORIGINAL: NÃO SIM
FRACIONADO: NÃO SIM DOSE: _____

LOTE FABRICANTE: _____
VALIDADE FABRICANTE: ___/___/___

LOTE REEMBALAGEM: _____
VALIDADE REEMBALAGEM: ___/___/___

RÓTILO
(Colar Exemplar)

QUANTIDADE REEMBALADA

NUMERAÇÃO
N.º INICIAL: _____
N.º FINAL: _____

EMBALADO POR: _____ N.º MEC. _____ DATA: - -

VERIFICADO POR: _____ N.º MEC. _____ DATA: - -

¹ Não iniciar o processo sem prévia verificação da máquina de reembalagem.

ÚLTIMA ATUALIZAÇÃO: 23-04-2010

COMENTÁRIOS: Dados relevantes da história clínica e farmacológica, alergias, gravidez, exames auxiliares, etc. (a preencher pelo notificador)

→ SUSPENSÃO DA TERAPÊUTICA
 → DOENTE FEZ COLHEITA PARA TRIPTASE NO MOMENTO DA REACÇÃO E 2H APÓS.

Obrigado pela sua colaboração

- ¹ Se for inferior a 1 dia o intervalo de tempo entre a 1.ª administração do medicamento e a RAM, especifique em F.
² Se ocorreu mais do que uma RAM, considere a gravidade do caso i.e. o conjunto das reacções adversas.
³ No conceito de gravidade, o item "Outra" é utilizado quando a RAM não colocar imediatamente a vida em risco ou resultar em morte, ou em internamento, mas requeira intervenção do profissional de saúde para prevenir que a reacção evolua para qualquer um dos outros critérios de gravidade.
⁴ Se existir suspeita de interacção, considere os respectivos medicamentos como suspeitos.
⁵ Mencione os melhores meios de contacto para ser possível a partilha de informação durante o processamento da notificação. Os dados do profissional de saúde notificador são confidenciais.

Para ser considerada válida, uma notificação de reacção adversa deverá ter, no mínimo: a informação do profissional de saúde com o meio de contacto; a identificação do doente por iniciais, data de nascimento, idade, grupo etário ou sexo; pelo menos um fármaco/medicamento suspeito e pelo menos uma reacção adversa suspeita.

Devem ser notificadas todas as suspeitas de reacções adversas graves, mesmo as já descritas; todas as suspeitas de reacções adversas não descritas (desconhecidas até à data) mesmo que não sejam graves e todas as suspeitas de aumento da frequência de RAM (graves e não graves).

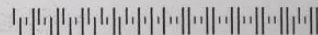
Entidade	Telefone	Fax	e-mail	Site
DGRM / INFARMED, I.P.	217 987 140	217 987 397	farmacovigilancia@infarmed.pt	www.infarmed.pt
Unidade de Farmacovigilância do Norte	225 513 681	225 513 682	ufn@med.up.pt	ufn.med.up.pt
Unidade de Farmacovigilância do Centro	239 480 138	239 480 117	ufc@aibili.pt	ufc.aibili.pt
Unidade de Farmacovigilância de Lisboa e Vale do Tejo	217 802 120/7	217 802 129	ufvt@sapo.pt	ufvt.fm.ul.pt
Unidade de Farmacovigilância do Sul	217 971 340	217 971 339	ufs@ff.ul.pt	ufs.ff.ul.pt

INVÓLUCRO MENSAGEM

AUTORIZAÇÃO
 N.º 0014
 DE02092010GRC

RSF

AUTORIZADO PELOS
 CIT NO SERVIÇO
 NACIONAL



UNIDADE DE FARMACOVIGILÂNCIA DO NORTE
 Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

AL PROF HERNÂNI MONTEIRO
 4249-970 PORTO

ANEXO 20 - Lista de DCI, indicações terapêuticas e outras condições de dispensa exclusiva em farmácia

Anexo I

Lista de Denominações Comuns Internacionais (DCIs), indicações terapêuticas e outras condições de dispensa exclusiva em farmácia (EF):

	DCIs	Indicações e outras condições de dispensa EF
1	Paracetamol + Codeína + Buclizina	Para administração oral Indicações terapêuticas: Tratamento profilático e sintomático de enxaquecas, incluindo as crises de cefaleias, náuseas e vômitos
2	Cianocobalamina	Para administração oral Indicações terapêuticas: Prevenção e tratamento de estados carenciais de vitamina B12.
3	Ácido salicílico + Fluorouracilo	Para uso externo Indicações terapêuticas: Verrugas vulgares, verrugas juvenis planas, verrugas plantares. Verrugas seborreicas.
4	Lidocaína + Prilocaina	Para uso externo Indicações terapêuticas: Para anestesia tópica
5	Amorolfina	Uso cutâneo Onicomicoses causadas por dermatófitos, leveduras e bolores
6	Ibuprofeno	Administração oral (400 mg) Dores de intensidade ligeira a moderada (dor reumática e muscular, dores nas costas, nevralgia, enxaqueca, dor de cabeça, dor de dentes, dores menstruais) febre e sintomas de constipação e gripe
7	Hidrocortisona	Para uso externo Dermatite, manifestações inflamatórias e de prurido de dermatose, reação de queimadura solar ou picada de inseto
8	Pancreatina	Administração oral Tratamento da Insuficiência Pancreática Exócrina (quando existe diagnóstico prévio)
9	Macrogol e outras associações	Administração oral Lavagens gastrointestinais e preparação para exames complementares de diagnóstico ou cirurgia
10	Ácido fusídico	Para uso externo Infecção da pele localizada causada por micro-organismos sensíveis ao ácido fusídico

HIPERTENSÃO ARTERIAL

O que é a hipertensão arterial?

Para explicar o conceito de hipertensão arterial vou recorrer a uma comparação: as artérias do corpo humano são como canos que transportam o sangue do coração para o resto do corpo.

Hipertensão arterial é sinónimo de pressão arterial elevada e ocorre quando a pressão com que o sangue corre nesses canos (artérias) está aumentada de forma crónica.

Qual o significado dos números?

Os valores da pressão arterial (ou tensão arterial) são representados por duas medidas, dois números separados por uma barra (por exemplo 120/80).

O primeiro valor (120) corresponde à pressão arterial sistólica e ocorre no momento em que o coração se contrai e bombeia o sangue para o organismo. É a maior pressão que o sangue atinge e daí a designação popular de "máxima". O segundo valor (80) corresponde à pressão arterial diastólica e ocorre quando o coração relaxa para se encher de sangue. Nesse momento, a pressão arterial atinge o seu valor mais baixo e daí a respetiva designação popular de "mínima".

Fala-se de hipertensão arterial quando uma pessoa apresenta em pelo menos duas ocasiões diferentes um dos valores (máxima ou mínima) ou ambos acima de 140/90.

Porque é preocupante?

Imagine que numa casa a água corre na canalização com uma pressão superior àquela para que a canalização foi construída. Em pouco tempo surgirão avarias: fugas, desgaste da bomba, mau funcionamento das torneiras, etc. É exatamente isso que se passa no corpo humano. Uma vez diagnosticada, a hipertensão arterial é um problema crónico que no futuro poderá provocar problemas como enfartes, insuficiência cardíaca, acidentes vasculares cerebrais e insuficiência renal.



Quais os sintomas?

Uma das preocupações da hipertensão arterial relaciona-se com o facto de ser, na maioria das vezes, um problema silencioso, ou seja, uma pessoa pode ser hipertensa durante anos sem sentir qualquer sintoma. Daí a importância da medição da pressão arterial.

Nalguns casos, principalmente quando a pressão arterial atinge valores muito elevados (p.ex. 200/110) podem ocorrer sintomas como cefaleias (dores de cabeça), tonturas, cansaço fácil ou sensação de visão turva.

O que pode fazer?

O primeiro passo do tratamento da hipertensão arterial passa pela adoção de estilos saudáveis de vida:

- Procure não fumar.
- Tente reduzir a ingestão de sal, bebidas alcoólicas e cafeína.
- Consiga atingir o seu peso ideal.
- Pratique exercício físico de forma regular (p.ex. uma marcha de 30 minutos).
- Cuide da sua dieta. Pratique uma alimentação rica em fruta, vegetais e pobre em gorduras.

Também é muito importante:

- Cumprir corretamente a medicação, seguindo as indicações do seu médico.
- Não faltar às consultas de vigilância.
- Não tomar outros medicamentos por livre iniciativa, pois podem alterar os valores da pressão arterial.
- Se é diabético, então é ainda mais importante que consiga um bom duplo controlo: da sua diabetes e da sua hipertensão arterial.

Ajuda nesta Farmácia

É importante vigiar com regularidade, além da pressão arterial, outros fatores de risco cardiovascular, como peso, glicemia, colesterol e triglicéridos. A Farmácia pode colaborar na vigilância destes parâmetros. Se os valores não estiverem dentro dos valores recomendados, conte com o seu farmacêutico para o ajudar e também esclarecer sobre o seu tratamento.

COLESTEROL

O que é o colesterol?

O colesterol é uma gordura essencial ao bom funcionamento do nosso organismo pois intervém na produção de um grande número de substâncias, tais como hormonas ou vitaminas, bem como no processo de manutenção da estrutura das nossas células. Contudo, quando em excesso, o colesterol pode também acumular-se nas paredes das artérias e contribuir para o desenvolvimento de doenças coronárias.

Parte do colesterol que existe no nosso organismo é produzido no fígado, de acordo com as nossas necessidades. A outra parte do colesterol que se encontra no nosso organismo é proveniente da alimentação, especificamente de produtos de origem animal, tais como, as carnes, o leite gordo, o queijo, a manteiga e os ovos.

Porquê preocupar-se com o colesterol?

O colesterol quando esta em excesso no sangue torna-se perigoso, uma vez que este pode acumular-se nas artérias, diminuindo o seu diâmetro, podendo conduzir a doenças, tais como o acidente vascular cerebral (AVC) ou enfarte do miocárdio.

Que fatores poderão contribuir para aumentar o risco cardiovascular?

- Ser fumador.
- Ter um estilo de vida sedentário.
- Ter diabetes.
- Ter hipertensão arterial (acima de 140 / 90 mmHg).
- Ter obesidade ou excesso de peso.
- A idade: homens acima dos 45 anos e mulheres acima dos 55 anos têm um risco aumentado.
- Ter antecedentes de doença cardíaca em familiares com idade abaixo dos 60 anos.

Quais são os níveis normais de colesterol no sangue?

O colesterol total deve ser inferior a 190 mg/dl

O que é o colesterol bom e mau?

O colesterol é transportado pelo organismo por uma proteína. A combinação destes chama-se lipoproteína. Existem dois tipos: HDL e LDL.

Lipoproteína de alta densidade (HDL), é conhecida como o "*bom colesterol*". É um verdadeiro sistema de limpeza que transporta o colesterol das artérias para o fígado onde é eliminado.

Lipoproteína de baixa densidade (LDL), é conhecida como o "*mau colesterol*". É prejudicial para a saúde do seu coração. Transporta o colesterol do fígado para os tecidos do seu corpo. Se houver demasiado LDL ou "*mau colesterol*" no seu corpo, ele pode acumular-se nas suas células e na parede das artérias.

O que posso fazer para diminuir o colesterol?

Excessos de alimentos gordurosos, particularmente os de origem animal (leite gordo e derivados, carnes gordas e derivados), bem como frutos do mar (camarão, lagosta, marisco, polvo, lula, caviar entre outros), gema do ovo e miúdos (moela, coração, fígado, cérebro) devem ser evitados.

Adoção de uma dieta variada, nutricionalmente equilibrada, rica em legumes, leguminosas, verduras e frutas.

Prática regular e continuada de exercício físico, 30 a 60 minutos, quatro a sete dias por semana;

Controlo e a manutenção de peso normal, isto é, índice massa corporal igual ou superior a 18,5 mas inferior a 25; e perímetro da cintura inferior a 94cm, no homem, e inferior a 80 cm, na mulher;

Restrição do consumo excessivo de álcool (máximo 2 bebidas/dia);

Diminuição do consumo de sal (valor ingerido inferior a 5,8 g/dia);

Cessação do consumo de tabaco.

ANEXO 23 - Campanhas de digital marketing, Redes Sociais



Farmácia Moderna
27/4 às 14:56 · 🌐 · 🌐

Mime a SUA MÃE e Caminhe até à Farmácia MODERNA...
Veja as Promoções e as Novidades que temos para o DIA DA MÃE!!

DIA DA MÃE

-10% Em todos os produtos Cosmética

👍 Gosto 💬 Comentar ➦ Partilhar

The image shows a Facebook post from Farmácia Moderna. The post features a pink and white graphic with the text 'DIA DA MÃE' in large, stylized letters. Below the graphic, it says '-10% Em todos os produtos Cosmética'. The post includes a profile picture of Farmácia Moderna, the name of the page, and the date and time of the post. At the bottom, there are icons for 'Gosto', 'Comentar', and 'Partilhar'.