



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR  
Ciências da Saúde

**“Estudo da Qualidade de Vida e do consumo do  
Medicamento numa população idosa com  
Hipertensão Arterial e Acidente Vascular  
Cerebral”**

**Experiência Profissionalizante na vertente de  
Investigação, Farmácia Comunitária e Hospitalar**

**Ana Rita Almeida Pires**

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

Orientador: Prof. Doutor Anabela Almeida  
(Coorientador: Prof. Doutor Samuel Silvestre)

**Covilhã, janeiro de 2018**



“A tarefa não é tanto ver aquilo que ninguém viu, mas pensar o que ninguém ainda pensou sobre aquilo que todo mundo vê.”

Arthur Schopenhauer



# Agradecimentos

Aos meus pais, um obrigado muito especial, por acreditarem sempre em mim e nas minhas capacidades, e por lutarem sempre com o objetivo do meu sonho se tornar realidade, pois sem eles nada disto seria possível. E acima de tudo deve a eles tudo aquilo que eu sou hoje.

Aos meus avós pelas centenas de vezes que me atenderam o telefone e escutaram os meus problemas e me transmitiram toda a tranquilidade e sabedoria, que só os mais velhos conhecem.

Ao meu irmão pelos conselhos sempre corretos que me transmitiu e pelo pilar que representa na minha vida.

À minha orientadora, Professora Doutora Anabela Almeida, por ter aceitado o meu pedido de orientação na reta final deste percurso, pela transmissão de conhecimentos, pela paciência e pela ajuda.

Ao meu coorientador, Professor Doutor Samuel Silvestre, pela disponibilidade e entrega que lhe é característica.

A todos os professores que se cruzaram na minha vida, pelos conhecimentos transmitidos, pois apenas tijolo a tijolo se consegue construir uma parede forte e sólida.

À equipa da Farmácia Mariano, um especial obrigado por todo o carinho, por toda a disponibilidade e por toda a atenção e paciência. Transmitiram-me conhecimentos que me enriqueceram profissionalmente e um verdadeiro espírito de equipa que me enriqueceu enquanto pessoa e que me fez sentir em casa.

Aos Serviços Farmacêuticos da Unidade Hospitalar de Bragança, pela integração na equipa, pelo esforço na transmissão de conhecimentos necessários à minha carreira profissional, pela simpatia e pela disponibilidade.



# Resumo

O presente trabalho está subdividido em três partes distintas. A primeira parte engloba a componente de investigação com o tema do consumo dos medicamentos numa população idosa com Hipertensão Arterial e Acidente Vascular Cerebral. A segunda e terceira parte correspondem ao relatório dos estágios em de Farmácia Comunitária e Farmácia Hospitalar, respetivamente.

A polimedicação é um assunto bastante debatido entre os profissionais de saúde e a população idosa é apontada como o grupo onde mais surge este problema. E associado à toma de vários medicamentos estão conseqüentemente várias patologias. As patologias abordadas no presente trabalho foram a Hipertensão Arterial (HTA) e o Acidente Vascular Cerebral (AVC). Os principais objetivos foram verificar se na realidade a população geriátrica é polimedicada, se a HTA corresponde a uma das patologias mais comuns nessa faixa etária, e se predispõem o idoso à ocorrência de um AVC e de que forma estes fatores influenciam a Qualidade de Vida relacionada com a Saúde.

Após consentimento livre, informado e esclarecido foram aplicados questionários individuais, em instituições geriátricas previamente selecionadas. As instituições situam-se no distrito de Bragança e de Viseu e a dimensão amostral conseguida foi de 100 idosos, sendo que 61 deles eram do sexo feminino.

Os dados foram recolhidos e posteriormente analisados com recurso ao programa informático *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*, observando-se que 85 dos idosos inquiridos eram polimedicados, e que a média diária de consumo era 10 medicamentos. A HTA está presente em 72 deles, ou seja em mais de metade dos inquiridos, e o AVC apenas tinha ocorrido em 16 deles. Dentro deste grupo, somente 13 indivíduos apresentavam simultaneamente HTA, porém, este resultado não apresentou significado estatístico, pois o valor de  $p$  é superior a 0,05. Relativamente à farmacoterapia, na generalidade, a classe de fármacos que mais se destacou foi a dos inibidores da bomba de prótons, seguida dos diuréticos da ansa e das estatinas. Nos idosos hipertensos a classe que mais se destaca é a dos diuréticos da ansa, seguida dos inibidores da enzima de conversão da angiotensina e dos bloqueadores dos canais de cálcio. Quando existe terapia dupla ou tripla surgem, maioritariamente, associações entre os antagonistas dos recetores de angiotensina e um diurético tiazídico, ou então este último associado aos IECA. Na análise relacionada com a aplicação do *36-Item Short Form Health Survey*, apenas o género afetou todas as áreas, sendo que os *scores* mais baixos foram obtidos no género feminino. A HTA, o AVC e a polimedicação afetaram simplesmente algumas das áreas, ou seja não se consegue concluir quais os fatores que afetam os *scores*, pois podem ser outros para além destes.

O Capítulo II e III abordam respetivamente, a Farmácia Comunitária e a Farmácia Hospitalar, sendo que ambas funcionam como o elo de ligação entre o utente e a terapêutica.

Por isso torna-se importante descrever todos os acontecimentos e conhecimentos adquiridos em ambas, de forma a compreender todo o circuito do medicamento.

## **Palavras-chave**

Idoso, instituição geriátrica, medicamento, hipertensão arterial, acidente vascular cerebral, qualidade de vida relacionada com a saúde, farmácia comunitária, farmácia hospitalar.



# Abstract

The present work is subdivided in three main different parts. The first one refers to the data coming from the research project “Drug intake among the elderly suffering from Arterial Hypertension and Cerebrovascular Accident”. The second and third ones refer to the reports of the internships in Community and Hospital Pharmacies respectively.

Polypharmacy has been the subject of considerable debate among health care professionals and elderly people are pointed out as being the ones where this problem is most frequent. Different pathologies appearing at the same time are the reason why elderly people take several different medicines. This work focused in two medical conditions, Arterial Hypertension (AH) and Cerebrovascular Accident (CVA). The main goals of this project were to verify if in reality the elderly population are polymedicated, if AH corresponds to one of the most common pathologies among geriatric population, are the predisposition to CVA in elderly associated with polymedication and how all these factors can have an impact on the Health Related Quality of Life.

After a free prior and informed consent, individual questionnaires were applied to the previously chosen geriatric institutions. The institutions are located in Bragança and Viseu districts and the sample is composed from 100 elderly people, 61 of them being women.

Data were collected and then analyzed thanks to the statistical software “*Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*”. Results showed that 85 of the respondents were polymedicated and the daily average intake was 10 different drugs. 72 persons had AH, meaning more than a half of the respondent sample, and only 16 of them experienced CVA. Inside this group 13 presented HA in simultaneous but this result hasn’t statistical significance because p value is  $> 0.05$ . Concerning the imposed therapeutic, the drug class that stood out was the proton pump inhibitors followed by loop diuretics and statins.

On the hypertensive patients the most used drugs were loop diuretics followed by angiotensin-converting enzyme inhibitors and calcium channel blockers. In cases where a double or triple therapy occurs, the main associations were between the angiotensin receptor antagonists and a thiazide diuretic or between this last and an ACE inhibitor. The analysis related with the application of the *36-Item Short Form Health Survey* showed that only gender affect all the areas, females being those obtaining the lower scores. AH, CVA and polymedication affected some of the items but we can’t say if they are the only factors affecting the scores, it could also be others.

Chapter II and III approach the Community and Hospital Pharmacies internships respectively. Knowing that these two areas work as the connecting link between the patient and the therapeutic it is important to describe all the events and knowledge acquired during the internships in order to fully understand the complete circuit of medication.

## **Keywords**

Elderly, geriatric institution, drug, arterial hypertension, cerebrovascular accident, quality of life related to health, community pharmacy, hospital pharmacy.



# Índice

<b>Capítulo I - Investigação</b> .....	1
Estudo da Qualidade de Vida e do consumo do Medicamento numa população idosa com Hipertensão Arterial e Acidente Vascular Cerebral.....	1
1. Introdução.....	1
1.1 Polimedicação no Idoso.....	2
2. Hipertensão Arterial no Idoso.....	4
2.1 Tratamento farmacológico e não farmacológico.....	6
2.2 Principais tipos de contraindicações e interações farmacológicas .....	7
3. Acidente Vascular Cerebral no Idoso .....	8
3.1 Tratamento farmacológico e não farmacológico.....	9
3.2 Principais tipos de interações farmacológicas e alimentares.....	11
4. Qualidade de vida e bem-estar no Idoso.....	12
5. Escolha do tema de estudo.....	13
6. Objetivos do projeto de investigação .....	14
7. Material e Métodos .....	14
7.1 Tipo de Estudo e Seleção da Amostra.....	14
7.2 Análise de Dados.....	15
8. Apresentação de resultados.....	15
9. Discussão .....	31
10. Limitações do Estudo.....	36
11. Conclusão.....	37
Bibliografia.....	39
<b>Capítulo II - Farmácia Comunitária</b> .....	43
1. Introdução.....	43
2. Organização Física e Funcional da Farmácia .....	43
2.1 Localização da Farmácia e Horário de Funcionamento .....	43
2.2 Caracterização do Espaço Físico Exterior .....	44
2.3 Caracterização do Espaço Físico Interior .....	45
2.4 Recursos Humanos.....	46
3. Informação e Documentação Científica.....	47
4. Sistema Informático - SIFARMA 2000 .....	47
5. Medicamentos e outros produtos de saúde.....	48
6. Aprovisionamento e Armazenamento .....	49
6.1 Seleção do Fornecedor .....	49
6.2 Aquisição dos diferentes produtos e medicamentos .....	50

6.3	Encomenda e Receção de Encomendas.....	50
6.4	Armazenamento .....	52
6.5	Devoluções.....	52
6.6	Reclamações.....	53
6.7	Controlo de Prazos de Validade.....	53
7.	Interação Farmacêutico-Utente-Medicamento .....	54
8.	Dispensa de Medicamentos.....	54
8.1	Interpretação e Validação da Prescrição Médica .....	56
8.2	Vendas Suspensas.....	57
8.3	Regimes de Comparticipação.....	58
8.4	Dispensa de Psicotrópicos/Estupefacientes.....	59
8.5	Dispensa de Genéricos.....	60
9.	MNSRM - Automedicação.....	61
10.	Aconselhamento e Dispensa de outros Produtos de Saúde .....	61
10.1	Produtos de Dermofarmácia, Cosmética e Higiene .....	61
10.2	Produtos de Puericultura.....	62
10.3	Produtos Dietéticos .....	62
10.4	Fitoterapia e suplementos nutricionais (nutracêuticos).....	62
10.5	Medicamentos de Uso Veterinário .....	63
10.6	Dispositivos Médicos .....	63
11.	Prestação de Serviços .....	64
11.1	Avaliação da Pressão Arterial .....	65
11.2	Avaliação da Glicémia .....	65
11.3	Avaliação do Colesterol .....	66
12.	Preparação de Medicamentos .....	66
13.	Contabilidade e Gestão .....	67
13.1	Verificação de Receituário.....	67
13.2	Envio do Receituário .....	68
14.	Valormed - Sociedade Gestora de Resíduos de Embalagens e Medicamentos.....	69
	Bibliografia.....	70
	<b>Capítulo III - Farmácia Hospitalar .....</b>	<b>73</b>
1.	Introdução.....	73
2.	Caracterização da Unidade Local de Saúde do Nordeste E.P.E. ....	74
2.1	Caraterização dos Serviços Farmacêuticos da Unidade Hospitalar de Bragança .....	74
2.2	Localização do espaço físico e funcional dos Serviços Farmacêuticos e Horário de Funcionamento.....	76
3.	Gestão dos Serviços Farmacêuticos.....	76
3.1	Gestão de <i>stocks</i> .....	76

3.2	Seleção e Aquisição .....	77
3.2.1	Autorização Especial de Utilização .....	78
3.2.2	Psicotrópicos/Estupefacientes e Benzodiazepinas .....	78
3.3	Receção .....	79
3.4	Armazenamento .....	79
4.	Distribuição .....	81
4.1	Distribuição Individual em Dose Unitária .....	81
4.2	Distribuição por Reposição de Stocks Nivelados .....	83
4.2.1	Armário de Recurso .....	83
4.2.2	Carro de Emergência.....	84
4.2.3	<i>Pyxis® MedStation®</i> .....	84
4.3	Distribuição Tradicional .....	85
4.4	Distribuição mediante requisições individualizadas por doente .....	85
4.5	Circuitos Especiais de Distribuição .....	86
4.5.1	Hemoderivados.....	86
4.5.2	Psicotrópicos e Estupefacientes .....	87
4.6	Distribuição aos doentes em Regime de Ambulatório .....	87
4.7	Distribuição aos Cuidados de Saúde Primários .....	89
5.	Produção e Controlo.....	89
5.1	Farmacotecnia - Preparação de Formas Farmacêuticas Não-Estéreis.....	89
5.2	Reembalagem .....	90
6.	Informação sobre o Medicamento e Farmácia Clínica .....	91
7.	Farmacovigilância.....	92
8.	Comissões Técnicas.....	93
8.1	Comissão de Farmácia e Terapêutica .....	93
8.2	Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA) .....	94
	Bibliografia.....	96
	Anexos .....	98



# Lista de Figuras

## Capítulo I

Figura 1 - Indicadores de envelhecimento em Portugal, segundo dados do PORDATA e do INE .1	
Figura 2 - Taxa de mortalidade padronizada por doenças cerebrovasculares [adaptada da Direção Geral de Saúde].....9	9
Figura 3 - Distribuição em género dos inquiridos ..... 16	16
Figura 4 - Idade dos idosos inquiridos ..... 16	16
Figura 5 - Distribuição média da medicação diária em função do género ..... 17	17
Figura 6 - Incidência de Hipertensão Arterial nos idosos ..... 19	19
Figura 7 - Relação entre a presença de Hipertensão Arterial e o Género ..... 19	19
Figura 8 - Distribuição de Hipertensos por distrito ..... 20	20
Figura 9 - Crise de hipotensão em idosos hipertensos..... 22	22
Figura 10 - Presença do Acidente Vascular Cerebral na população geriátrica ..... 24	24
Figura 11 - Distribuição geográfica dos casos de Acidente Vascular Cerebral ..... 24	24
Figura 12 - Distribuição em género do Acidente Vascular Cerebral ..... 25	25
Figura 13 - Diferentes classificações para Acidentes Vasculares Cerebrais ..... 25	25
Figura 14 - Fármacos utilizados na prevenção do Acidente Vascular Cerebral ..... 26	26
Figura 15 - Fármacos utilizados após Acidente Vascular Cerebral ..... 26	26

## Capítulo III

Figura 16 - Estrutura da ULSNE ..... 74	74
---	----



# Lista de Tabelas

## Capítulo I

Tabela 1 - Classificação da Hipertensão Arterial [adaptada da Norma da Direção Geral de Saúde nº 020/2011].....	4
Tabela 2 - Contra indicações absolutas no tratamento anti-hipertensor [adaptada da norma 026/2011 da Direção Geral de Saúde] .....	7
Tabela 3 - Interações farmacológicas mais importantes com a Varfarina [adaptada do artigo “Varfarina: uma revisão baseada na evidência das interações alimentares e medicamentosas”] .....	11
Tabela 4 - Medicamentos diários por idoso .....	17
Tabela 5 - Classes farmacológicas mais usadas pelos idosos .....	18
Tabela 6 - Pressão arterial sistólica e diastólica.....	20
Tabela 7 - Fármacos aplicados no tratamento da Hipertensão Arterial.....	21
Tabela 8 - Terapia dupla aplicada no tratamento da Hipertensão Arterial .....	21
Tabela 9 - Valores de Pressão Arterial Sistólica e Diastólica.....	23
Tabela 10 - Fatores de risco cardiovascular .....	23
Tabela 11 - Principais limitações decorrentes do Acidente Vascular Cerebral .....	27
Tabela 12 - Distribuição de resultados relativamente ao aparecimento do Acidente Vascular Cerebral na presença de Hipertensão Arterial .....	27
Tabela 13 - Teste do Qui-quadrado respetivamente ao cruzamento das variáveis Acidente Vascular Cerebral com Hipertensão Arterial .....	28
Tabela 14 - Distribuição dos scores do SF-36 de acordo com o género .....	28
Tabela 15 - Distribuição dos scores do SF-36 por hipertensos e não hipertensos .....	29
Tabela 16 - Distribuição dos scores do SF-36 de acordo com a existência ou não de Acidente Vascular Cerebral .....	30
Tabela 17 - Distribuição de scores do SF-36 para a presença ou não de polimedicação .....	30



## Lista de Acrónimos

AIM	Autorização de Introdução no Mercado
AINE	Anti-inflamatório não esteróide
AIT	Acidente Vascular Isquémico Transitório
ANF	Associação Nacional de Farmácias
ARA	Antagonista do Recetor de Angiotensina II
AUE	Autorização Especial de Utilização
AVC	Acidente Vascular Cerebral
BCC	Bloqueador dos canais de cálcio
CEDIME	Centro de Informação do Medicamento da Associação Nacional das Farmácias
CFT	Comissão de Farmácia e Terapêutica
CHNM	Código Hospitalar Nacional do Medicamento
CIM	Centro de Informação do Medicamento da Ordem dos Farmacêuticos
CNFT	Comissão Nacional de Farmácia e Terapêutica
CNP	Código Nacional do Produto
DCI	Denominação Comum Internacional
ELA	Esclerose Lateral Amiotrófica
EM	Esclerose Múltipla
EMA	Agência Europeia do Medicamento
FNM	Formulário Nacional do Medicamento
HTA	Hipertensão Arterial
IECA	Inibidor da Enzima de Conversão da Angiotensina
IMC	Índice de massa corporal
INFARMED	Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I.P.
IVA	Imposto de valor acrescentado
MNSRM	Medicamentos não sujeitos a receita médica
MSRM	Medicamentos sujeitos a receita médica
OTC	Produtos de venda livre
PA	Pressão Arterial
PCHC	Produto Cosmético e de Higiene Corporal
PIC	Preço impresso na cartonagem
PPCIRA	Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos antimicrobianos
PRM	Problemas relacionados com a medicação
PVF	Preço de venda à farmácia
PVP	Preço de Venda ao Público
QVRS	Qualidade de Vida relacionada com a Saúde
RAM	Reação adversa ao medicamento
RCM	Resumo das características do medicamento
SF-36	Do Inglês: <i>36- Item Short Form Health Survey</i>
SNF	Sistema Nacional de Farmacovigilância
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SPMS	Serviços Partilhados do Ministério da Saúde
SPSS	Do ingles: <i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
TDT	Técnico de Diagnóstico e Terapêutica
ULSNE	Unidade Local de Saúde do Nordeste E.P.E
URF	Unidade Regional de Farmacovigilância

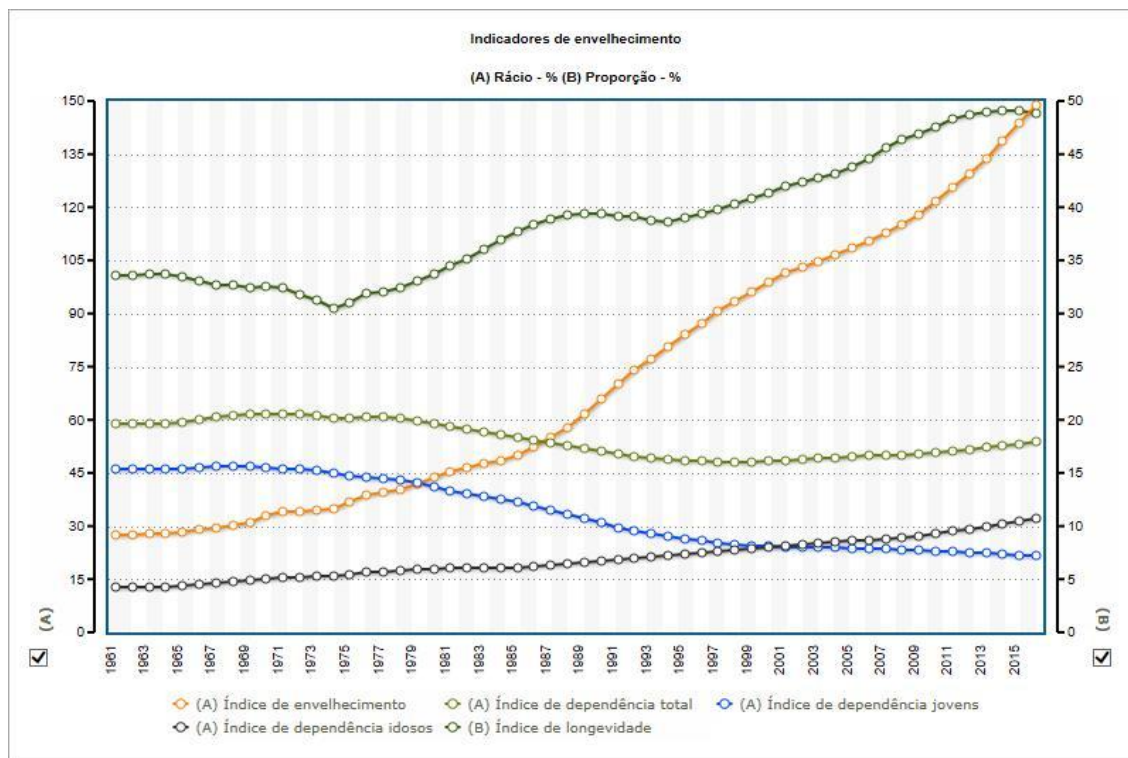


## Capítulo I - Investigação

# Estudo da Qualidade de Vida e do consumo do Medicamento numa população idosa com Hipertensão Arterial e Acidente Vascular Cerebral

### 1. Introdução

O rácio de idosos existentes em Portugal, bem como em praticamente todos os países da Europa está a aumentar, face à taxa de natalidade que continua a decrescer. [1] O aumento observado nas últimas décadas também resultado do aumento da esperança média de vida, associado ao avanço da tecnologia médica, dos procedimentos cirúrgicos, da prática médica, e do crescente desenvolvimento de novos fármacos. Todos estes fatores associados conduziram a uma melhoria na qualidade de vida, que aliada à queda da taxa de fertilidade conduziu a um crescimento do número de idosos, tal como é observado na **Figura 1**. [2,3]



Fontes/Entidades: INE, PORDATA

**Figura 1** - Indicadores de envelhecimento em Portugal, segundo dados do PORDATA e do INE

Essa qualidade de vida coloca vários desafios, aos sistemas governativos desses mesmos países, de forma a proporcionar-lhe a saúde e o bem-estar que tanto ambicionam e que lhe oferece maior qualidade, tendo em conta as limitações e comorbilidades apresentadas. Porém, a maior parte das vezes, o maior obstáculo que se enfrenta é a crise financeira que os países atravessam, circunstanciando aqui o caso de Portugal, onde muitos dos idosos estão limitados, em termos monetários à aquisição de medicamentos e ao acesso aos cuidados de saúde disponíveis, bem como a instituições geriátricas. E dado apresentarem um elevado conjunto de doenças crónicas e agudas que exigem um leque complexo de medicamentos, mais difícil se torna gerir essa mesma crise. [4-7]

Os idosos apresentam uma série de doenças crónicas que lhe são características, resultado das alterações fisiopatológicas que surgem com o avançar da idade. Exemplo de doenças características no idoso é a hipertensão arterial, diabetes *mellitus*, dislipidémias, demências neurológicas, discinesias, entre outras. Para além destas, podem adquirir mais rapidamente infeções bacterianas, exemplo de uma doença aguda, dado o seu sistema imunitário mais debilitado. Este trabalho de investigação foca-se essencialmente na Hipertensão Arterial e no Acidente Vascular Cerebral, patologias intimamente relacionadas, e a forma como estas vão influenciar o bem-estar psicológico e social do idoso institucionalizado.

## 1.1 Polimedicação no Idoso

As múltiplas patologias crónicas e agudas, que surgem no idoso, representam um enorme problema de saúde pública, o que resulta numa complexidade terapêutica por vezes extrema. Face a essa complexidade, surgem problemas como interações medicamentosas, possíveis duplicações da medicação e possíveis efeitos secundários/tóxicos. Tudo isto torna-se mais problemático quando, por exemplo, a função renal e a função hepática estão comprometidas, e dessa forma pode ficar também comprometido o metabolismo e a eliminação dos fármacos, porém, tudo isto é potencialmente evitável praticando o bom uso do medicamento.

A polimedicação, definida, por alguns autores, como o uso de 5 ou mais medicamentos em simultâneo, ainda continua a gerar controvérsia, pois continuam a existir quem defendam que defendem que um maior número de medicamentos associados pode desencadear benefícios, ou seja estes superam os riscos. E nestas situações a polimedicação é encarada como um fator positivo [8-10] Esta pode resultar da falta de comunicação existente entre os médicos das diferentes especialidades e da crescente prescrição terapêutica, com base na evidência. [11] É cada vez mais comum, na maioria dos países inclusive Portugal, observar esta realidade, principalmente em populações envelhecidas, portadoras de múltiplas patologias ou então em pessoas que apresentam apenas uma doença crónica mas que necessita de vários medicamentos associados, sendo este último caso menos comum. [10] Normalmente, as diretrizes existentes para lidar com uma determinada patologia, baseiam-se apenas e essencialmente na sua abordagem como doença isolada e raramente consideram um

conjunto de patologias. [8] E, assim sendo, nem tudo o que está protocolado se vai manifestar positivamente, na realidade designada de polimedicação, pois basta o utente, a título exemplificativo, apresentar duas doenças crónicas que tornam possível a prescrição de mais que um medicamento com o mesmo objetivo, para o resultado ser uma multiplicidade de fármacos com probabilidade de interagirem uns com os outros.

A interação pode originar um aumento do efeito terapêutico, uma redução dos efeitos tóxicos, ou um prolongamento do efeito terapêutico, uma vez que podem ficar comprometidas as vias de eliminação do fármaco. Sendo que, o principal desafio, dada a prevalência deste tipo de situações, é reunir potenciais interações, e elaborar diretrizes que já as considerem. Porém a limitação que continua a existir na elaboração destas é mesmo a falta de ensaios clínicos realizados em pacientes com múltiplas patologias, sendo que os idosos se encontram mais predispostos a desenvolver este tipo de situações. Por isso uma das alternativas que se tem proposto é o acesso a base de dados clínicos ou a registos de utentes. [8], [12]

Vários estudos têm vindo a descrever, a relação causal existente entre o número de internamentos em hospitais e o número de medicamentos prescritos em idosos. [13] Se este acontecimento já é frequente nos idosos, aqueles que se encontram institucionalizados mais frágeis ainda se encontram, ou seja apresentam um grau de dependência física, funcional e cognitiva superior em comparação com aqueles que ainda vivem nas suas próprias casas. Daqui resulta um número mais elevado de medicamentos prescritos e conseqüentemente maior probabilidade de interações. [14-15]

Para fazer face a este problema, foram desenvolvidos critérios que integram medicamentos potencialmente inapropriados e apropriados em idosos, de forma a intervir ou na origem do problema ou nas suas conseqüências. Os medicamentos podem considerar-se inapropriados devido ao fármaco em si ou então devido a uma reação adversa ao mesmo, sendo que esta última ocorre em doses usualmente utilizadas no ser humano para profilaxia, diagnóstico ou terapêutica, ou então para modificação das funções fisiológicas. [13]

Após aplicação deste conjunto de critérios, chegou-se à conclusão que os idosos que usam um determinado conjunto de medicamentos, apresentam maior probabilidade de vir a desenvolver problemas relacionados com a medicação. Exemplo deste tipo de medicação é o caso das benzodiazepinas de ação prolongada, antidepressivos tricíclicos, anticolinérgicos e anti-inflamatórios não-esteroides (AINE). [13-15]

Uma situação frequentemente observada nos idosos é, por exemplo, a associação de diuréticos a fármacos anti hipertensores, sendo os diuréticos também apresentam um pouco esse efeito, o que pode potenciar ainda mais as crises hipotensivas, que podem resultar em quedas e conseqüentemente em fraturas e até mesmo morte. [16] Porém, este tipo de medicação continua a ser prescrita rotineiramente por diferentes médicos, mesmo como terapêuticas de primeira linha, apesar de continuarem a ser relatadas situações graves que

têm acontecido relacionados com esta associação. Por isso, aquele que se considera, no senso comum, o medicamento ou outro produto de saúde mais inócuo, pode a qualquer momento interagir com a terapêutica instituída e desencadear efeitos nocivos ao idoso. Exemplo disso mesmo é um simples chá de ervas, que pode alterar a absorção, distribuição, metabolismo e excreção do fármaco, o que logicamente altera o seu efeito farmacológico. Quando o problema é de fácil resolução, compete aos profissionais de saúde, incluindo aos farmacêuticos, sugerir por exemplo a adoção de medidas não farmacológicas que possam contribuir positivamente para a resolução do problema.

Para além de tudo o que já foi abordado, um outro problema observado nos idosos são as alterações farmacocinéticas que estes podem desenvolver resultado do próprio envelhecimento, quer a nível da absorção, da distribuição, do metabolismo e da excreção. [17] Cada uma influencia a resposta ao fármaco, tanto num aumento da sua resposta ou então numa possível diminuição. [2]

## 2. Hipertensão Arterial no Idoso

A Hipertensão Arterial (HTA) continua a ser um tema bastante debatido e investigado na comunidade científica, dada a sua prevalência continuar elevada na população em geral e no idoso em particular, e ainda pelo facto da propensão desta para deficiência ou morte nas pessoas afetadas. Um dos principais fatores que levam ao controle desta doença é a adesão à terapêutica instituída, pois a falta de adesão à mesma aumenta a probabilidade de ocorrência de doenças cardiovasculares. Porém em doentes mais desfavorecidos, o fator socioeconómico pode apresentar-se como barreira a essa adesão. [18-19] Neste contexto, são conhecidas várias comorbilidades associadas à hipertensão, porém as de maior destaque são o acidente vascular cerebral e o enfarte do miocárdio. [20]

A HTA é definida como a elevação persistente da pressão arterial com valores de pressão arterial sistólica  $\geq 140$  mm Hg e pressão arterial diastólica  $\geq 90$  mm Hg. Quando os valores de pressão arterial (PA) são superiores a 180/120 mm Hg pode ocorrer uma das seguintes situações: uma emergência hipertensiva, em que a PA sofre uma elevação extrema ou que progride para lesão de um órgão alvo ou então uma urgência hipertensiva, onde a PA sofre uma elevação severa, porém não existe lesão do órgão alvo de uma forma aguda ou progressiva. [21] A Tabela 1 esquematiza a classificação da HTA de acordo com a norma da Direção Geral de Saúde.

**Tabela 1** - Classificação da Hipertensão Arterial [adaptada da Norma da Direção Geral de Saúde nº 020/2011]

Classificação	Pressão Arterial Sistólica (mm Hg)		Pressão Arterial Diastólica (mm Hg)
Ótima	<120	e	<80
Normal	120 - 129	e/ou	80 - 84

Normal alta	130 - 139	e/ou	85 - 89
Hipertensão Grau 1	140 - 159	e/ou	90 - 99
Hipertensão Grau 2	160 - 179	e/ou	100 - 109
Hipertensão Grau 3	≥180	e/ou	≥110
Hipertensão Sistólica Isolada	≥140	e	<90

Dado que se considera hipertensa uma pessoa com valores acima de 140/90 mm Hg, o objetivo terapêutico é manter a PA abaixo destes valores. Contudo, esse objetivo varia consoante as patologias que surgem concomitantemente à HTA. No caso de doentes que também apresentem Diabetes *mellitus* ou doença renal crónica o objetivo para os valores de pressão arterial é <130/80 mm Hg, enquanto para aqueles que apresentam insuficiência renal e proteinúria (>1g/dia) o objetivo é <125/75 mm Hg. [22]

Podemos encontrar dois tipos de HTA, dependendo da sua etiologia: a hipertensão secundária, designada como uma desordem heterogénea que pode resultar de uma causa específica, e a hipertensão primária, essencial ou idiopática resultante de uma fisiopatologia de etiologia desconhecida. Esta última representa a maioria dos casos de HTA. [21], [23] O desenvolvimento da hipertensão primária pode ser consequência de várias situações, das quais se podem destacar as seguintes: [21]

- Alterações hormonais que envolvem o sistema renina-angiotensina-aldosterona, a hormona antidiurética ou um aumento de insulina no organismo;
- Distúrbios patológicos a nível do Sistema Nervoso Central, e dos recetores adrenérgicos ou baroreceptores;
- Deficiência na síntese local de vasodilatadores no endotélio vascular, tais como prostaciclina, bradicinina e o óxido nítrico, ou então o aumento da síntese de vasoconstritores, como a angiotensina II e a endotelina I;
- Alta ingestão de sódio e aumento da hormona antidiurética, que consequentemente aumenta a reatividade vascular e aumenta a pressão arterial;
- Aumento da concentração intracelular de cálcio, que origina alterações vasculares.

Ainda existem mais fatores, além dos já mencionados, que vão influenciar a HTA, dos quais se podem destacar a obesidade, a resistência à insulina em pessoas diabéticas, a alta ingestão de álcool, a alta ingestão de sal, o envelhecimento, a baixa ingestão de potássio e cálcio, e talvez um estilo de vida mais sedentário, característico de uma pessoa idosa. Além disso, por vezes, a associação de diversos fatores provoca um efeito aditivo nessa alteração. [23] O envelhecimento, para além de particularmente contribuir para o aumento da HTA está associado a outro tipo de comorbilidades que vão influenciar negativamente o parâmetro fisiológico PA, como por exemplo a menor atividade apresentada pelo sistema renina-

angiotensina nesta população em comparação com a população mais jovem, e ainda pela atividade baroreceptora reduzida. [17] Porém, o problema pode não ser sempre a PA elevada, pois podem surgir situações em que o problema é a passagem brusca de uma PA normal para uma PA baixa, fenómeno designado de Hipotensão Ortostática. Segundo diversos autores, esta é entendida como uma queda de pelo menos 20 mm Hg na PA sistólica ou 10 mm Hg na PA diastólica num intervalo de 3 minutos, quando existe passagem da posição deitada para levantada. Esta situação pode ser ou não sintomática, e quando é sintomática pode tornar-se bastante incapacitante, sendo que o mais comum é surgir dor de cabeça, visão turva, confusão, tonturas, síncope, sensação de desmaio, sonolência ou fraqueza. [21], [24-25]

A HTA pode originar uma série de complicações, porém nem todas ocorrem com a mesma frequência e intensidade. Entre as principais pode destacar-se a angina de peito, o enfarte do miocárdio, a morte súbita, a hipertrofia do miocárdio, a insuficiência cardíaca congestiva, o acidente vascular cerebral, a demência, a arteriosclerose e a insuficiência renal. [17], [26-27]

## 2.1 Tratamento farmacológico e não farmacológico

O objetivo principal da terapêutica anti-hipertensiva é atingir os valores de referência para a PA, tendo sempre em atenção as comorbilidades do doente e, conseqüentemente, diminuir a probabilidade de complicações que possam estar associadas. Porém, existem muitos outros objetivos secundários, tais como a manutenção da perfusão dos órgãos e respetiva função, o ajuste da PA em função de outras patologias, a avaliação de outros fatores de risco, a consideração do fator qualidade de vida e por último ter a preocupação de seleccionar o regime terapêutico que proporcione uma maior *compliance*. [17] Ou seja, quando a terapêutica instituída tem total aderência o risco de complicações vai diminuir proporcionalmente. [26]

O tratamento deste tipo de patologia pode seguir dois caminhos: o recurso a medidas não farmacológicas e/ou a medidas farmacológicas. Porém, a associação de ambas proporciona melhores resultados que apenas uma, de forma isolada, na maioria dos casos.

A terapia não farmacológica, com modificações no estilo de vida, deve ser sugerida tanto a pessoas hipertensas como a pessoas com pré-hipertensão. Dentro destas medidas podem destacar-se as seguintes: [21]

- Diminuição do peso corporal, caso estejamos perante uma pessoa com excesso de peso;
- Adoção de um regime alimentar próprio para hipertensão;
- Restrição do consumo de sódio a 1,5g/dia, o que equivale a 3,8g/dia de cloreto de sódio;
- Adotar a prática de exercício físico, adaptado às limitações;
- Moderar o consumo de álcool (duas ou até menos bebidas por dia);
- Cessação tabágica, caso se aplique.

Associada ou não à terapia anterior, encontra-se a terapia farmacológica, para a qual existe um conjunto variado de fármacos que podem ser utilizados. Esta é escolhida segundo o grau de gravidade da HTA, as patologias concomitantes e segundo o potencial de resolução do medicamento para a situação em causa. Os medicamentos com carácter anti-hipertensivo, que são aplicados na prática clínica são os seguintes: [21]

- Diuréticos (Tiazídicos, Diuréticos da Ansa; Pouparadores de Potássio e Antagonistas da Aldosterona);
- Inibidores da Enzima de Conversão da Angiotensina II (IECA);
- Bloqueadores do recetor da Angiotensina II (ARA);
- Bloqueadores dos canais de cálcio (BCC);
- Bloqueadores do recetor beta;
- Bloqueadores do recetor alfa-1;
- Bloqueadores do recetor alfa-2;
- Inibidores diretos da Renina;
- Vasodilatadores arteriais diretos.

## 2.2 Principais tipos de contra-indicações e interações farmacológicas

Existem determinadas situações patológicas que tornam determinados grupos farmacoterapêuticos contra-indicados. Um exemplo das várias contra-indicações absolutas consta na **Tabela 2**, adaptada da norma da Direção Geral de Saúde. [22]

**Tabela 2** - Contra indicações absolutas no tratamento anti-hipertensor [adaptada da norma 026/2011 da Direção Geral de Saúde]

Grupo Farmacoterapêutico	Contra-indicação absoluta
Diurético tiazídico	Gota
Diurético Pouparador de Potássio	Hipercaliemia
Bloqueador adrenérgico beta	Asma Bloqueio Auriculoventricular (2º e 3º grau)
Bloqueador da entrada de cálcio (verapamil e diltiazem)	Bloqueio Auriculoventricular (2º e 3º grau) Insuficiência cardíaca
Inibidor da enzima de conversão da angiotensina	Gravidez Edema angioneurótico Hipercaliemia Estenose bilateral da artéria renal
Antagonista do recetor de angiotensina	Gravidez Hipercaliemia Estenose bilateral da artéria renal

Após a descrição das contra-indicações patológicas, passo a descrever algumas das interações farmacológicas que surgem com as principais classes de anti hipertensores.

Os IECA e/ou os ARA podem encontrar-se associados a diuréticos e a AINE's. Por vezes

esta associação tem sido descrita como um potencial fator de risco para o aparecimento de uma insuficiência renal aguda. Resultado dessa, os diuréticos reduzem o volume de plasma e a filtração glomerular, os IECA e os ARA provocam uma vasodilatação das arteríolas eferentes, acabando também por reduzir a filtração glomerular e os AINE causam vasoconstrição das arteríolas aferentes através da inibição da síntese de prostaglandinas e consequentemente o volume sanguíneo que atinge o glomérulo é reduzido, o que resulta numa filtração glomerular diminuída. [28-29]

Outra interação referida para vários agentes anti-hipertensivos é com os anestésicos locais, que podem ser aplicados por exemplo em intervenções dentárias. Estes anestésicos podem atuar através do bloqueio reversível da condutividade elétrica, pelo que podem interagir com os fármacos anti-hipertensivos que podem atuar em recetores adrenérgicos ou canais iónicos. [30]

### 3. Acidente Vascular Cerebral no Idoso

O AVC é uma das principais complicações da HTA, e é descrito como um défice neurológico, de início abrupto, que dura menos de 24h e presume-se que a etiologia seja de origem vascular. Podem encontrar-se dois tipos de acidentes vasculares: [21]

- Acidente Vascular Cerebral Isquémico;
- Acidente Vascular Cerebral Hemorrágico.

Porém, pode existir ainda outro tipo de classificação, quando a situação clínica não é enquadrada em nenhuma das classificações anteriores. Estes casos são designados de Acidentes Vasculares Isquémicos Transitórios (AIT), sendo que a sua duração é normalmente inferior a 24h, sendo o mais comum uma duração inferior a 30 minutos.

Uma série de fatores predispõe determinados indivíduos à ocorrência de AVC, porém, alguns deles apresentam carácter modificável, ao contrário de outros. Os considerados não modificáveis são a idade, o pertencer ao género masculino, a raça, a história familiar e o baixo peso à nascença. Um exemplo dos modificáveis, é a HTA ou qualquer outra doença cardíaca, particularmente a fibrilação auricular. Outros fatores de risco que podem ser considerados é a presença de diabetes *mellitus*, dislipidémias e consumo de tabaco. [21] A Direção Geral de Saúde estudou este tipo de ocorrências em diferentes populações, incluindo os idosos, já que estes últimos apresentam um risco superior de contrair esta patologia, tendo também sido estudada a mortalidade que lhe está associada, tal como é demonstrado na **Figura 2**.



Figura 2 - Taxa de mortalidade padronizada por doenças cerebrovasculares [adaptada da Direção Geral de Saúde]

O AVC Isquémico representa a maioria de todas as ocorrências de acidentes vasculares cerebrais, e apresenta como principal etiologia a formação de trombos ou embolias que obstruem uma artéria cerebral. A formação de trombos resulta principalmente da aterosclerose, e posteriormente isso obstrói a artéria e diminui o aporte de oxigénio ao cérebro resultando neste tipo de acontecimentos. [21]

Por outro lado, o AVC Hemorrágico representa a minoria deste tipo de situações, e envolve a hemorragia subaracnóidea, a hemorragia intracerebral e os hematomas subdurais. A hemorragia subaracnóidea pode resultar de um trauma ou rutura, de um aneurisma intracraniano, ou de uma malformação arteriovenosa. Por seu lado, a hemorragia intracerebral ocorre quando um vaso do parênquima cerebral é quebrado e forma um hematoma. A consequência desse hematoma no parênquima cerebral é a geração de danos nos tecidos envolventes, devido ao efeito massa e à neurotoxicidade dos componentes do sangue, bem como dos seus produtos de degradação. Muitas das mortes resultantes de um AVC hemorrágico são resultado do aumento bastante abrupto da pressão intracraniana. [21]

Ambos os AVC têm consequências mais ou menos graves no indivíduo, sendo que por vezes se torna impossível à própria pessoa relatar o acontecido, quer pelo défice cognitivo, quer pelo défice de linguagem. Os sinais que mais frequentemente surgem nestes indivíduos é a fraqueza observada em um dos lados do corpo, a incapacidade de falar, a perda de visão, tonturas ou quedas, e, dependendo da área afetada do cérebro, assim se vão demonstrar determinadas incapacidades. [21], [31]

### 3.1 Tratamento farmacológico e não farmacológico

Nos idosos, na maioria das vezes, o diagnóstico de AVC é mais crítico e reservado, em comparação com uma população mais jovem. Um dos tipos de tratamento usado, que tem vindo a demonstrar bons resultados quando aplicado, é a trombólise. [32]

Numa primeira fase, o principal objetivo é manter os sinais vitais, tais como: [33]

- Pressão arterial (onde valores de pressão sistólica entre 140-220mmHg e diastólica

<120mmHg são toleráveis);

- Pulso;
- Glicémia (70-300mg/dL);
- Saturação de oxigênio;
- Temperatura.

Garantir o acesso venoso adequado e efetuar um correto levantamento da anamnese do doente, de modo a compreender o que realmente aconteceu e em que circunstâncias. Parâmetros laboratoriais também são determinados, tais como os níveis plasmáticos de creatinina, de diferentes eletrólitos, da hormona estimulante da tiróide, entre outros, e ainda se realiza habitualmente um hemograma. Por isso, uma relação eficiente entre os serviços de emergência e a equipa dos cuidados de saúde diferenciados torna-se muito importante, pois apenas dessa forma se consegue garantir, numa fase inicial, um correto suporte respiratório e cardíaco, e se determina o tipo de AVC presente de forma a atuar o mais rápido possível, pois neste tipo de situações o tempo pode ser mesmo crucial. [21], [33]

Para os idosos tudo o que acontece no imediato ao AVC torna-se difícil de relatar e nem mesmo na ficha clínica do local onde estão institucionalizados constam as terapias aplicadas nos momentos após a ocorrência. Consegue-se apenas ter acesso à medicação prescrita após estabilização da ocorrência e que o doente passa a tomar diariamente, ou então à medicação que estes têm prescrita para prevenir a ocorrência deste tipo de eventos. Assim, neste contexto, o objetivo é reunir todos os dados que estejam relacionados com fatores de risco cardiovasculares e AVC. Um outro aspeto, não menos importante, é o cuidador e a própria pessoa estarem atentos a qualquer sinal ou sintoma indicativo da patologia. [34]

Outros fármacos que podem ser aplicados como prevenção secundária no AVC Isquémico, para além daqueles já mencionados até ao momento são: [21], [35]

- Clopidogrel;
- Associação de Ácido Acetilsalicílico e Dipyridamol;
- Varfarina, embora devido às suas limitações e necessidades de monitorização já seja pouco utilizada;
- Medicamentos com propriedades anti-hipertensivas;
- Estatinas.

Estes são aplicados consoante as comorbilidades e necessidades presentes no paciente.

Contudo, dada a polimedicação inerente ao idoso, mais imprevisível e instável se torna a atividade plaquetária, por isso, o desafio é criar novas moléculas que aliem a eficácia à segurança. [36] Um dos casos é o rivaroxabano, um fármaco já com elevado uso, e que tem sido frequentemente comparado a outros fármacos em termos de eficácia, sendo que os resultados têm sido superiores em comparação, por exemplo, ao etexilato de dabigatran. [35], [37] O ácido acetilsalicílico, não menos utilizado como agente preventivo de acidentes vasculares ou então ainda como terapêutica instituída após ocorrência destes, foi alvo de alguns estudos quanto à sua eficácia e à possibilidade de existirem recorrências de AVC

quando este é aplicado. Esses estudos têm revelado alguma resistência face à prevenção destes, bem como de outros eventos vasculares, como o enfarte do miocárdio, e associam-no a um risco alargado de eventos hemorrágicos. Uma solução que é proposta é a associação com um inibidor da bomba de prótons, pois este vai evitar a ativação precoce do ácido acetilsalicílico e proteger o doente de uma provável hemorragia. [38-40]

Em relação ao AVC Hemorrágico, ainda não existe atualmente uma diretriz farmacológica que dite a forma de atuar e os medicamentos a aplicar nestas situações. Apenas persistem como objetivos principais o controlo da pressão arterial, do aumento da pressão intracraniana e de outras complicações médicas. Para prevenir as complicações decorrentes de uma posterior isquemia tardia pode ser aplicado um bloqueador dos canais de cálcio, tal como a nimodipina. [21]

### 3.2 Principais tipos de interações farmacológicas e alimentares

Cada classe farmacológica apresenta um determinado mecanismo de ação pelo qual exerce o seu efeito terapêutico, o que resulta em diferentes formas e diferentes tipos de interações possíveis de ocorrer, quando administrados concomitantemente com outro tipo de medicamentos ou até de alimentos.

A varfarina, um anticoagulante oral ainda utilizado, é um fármaco de janela terapêutica estreita e que está associado a uma variabilidade de resposta de pessoa para pessoa. [41] Das interações com outros fármacos pode resultar um aumento do seu efeito anticoagulante, o que consequentemente pode originar hemorragias graves ou fatais, ou então uma diminuição da sua ação, o que predispõe o doente a um evento trombotico ou embólico. [42] Os fármacos para os quais há maior risco de interação com a varfarina constam na **Tabela 2**.

Assim, quando a varfarina é aplicada num idoso pode ocorrer uma variedade de complicações e alterações das funções fisiológicas, o que pode tornar a sua ação de mais difícil controlo. Para além disto, a alimentação do doente também pode influenciar a sua atividade, mais propriamente o consumo de alimentos ricos em vitamina K, representados pelos alimentos de origem vegetal com cor verde e com folhas, tais como os espinafres, a couve-galega, a couve-tronchuda, a couve-de-bruxelas, a alfafa, o espargo, o abacate, a alface, os grelos, a salsa e os brócolos. Assim, com este tipo de alimentos deve existir uma atenção redobrada, devendo evitar-se o seu consumo em excesso. [43]

**Tabela 3** - Interações farmacológicas mais importantes com a Varfarina [adaptada do artigo “Varfarina: uma revisão baseada na evidência das interações alimentares e medicamentosas”]

Interações Medicamentosas com a Varfarina
Resinas sequestradoras de ácidos biliares (colestiramina e colestipol);
Antibióticos, principalmente aqueles que afetam a CYP2C9;
Fármacos que inibam a agregação plaquetária (ácido acetilsalicílico, o acetilsalicilato de lisina, o clopidogrel, a ticlopidina, o dipiridamol e os anti-inflamatórios não-esteróides (AINE));

Fármacos utilizados em patologias da tiróide (tiroxina);
--

Contracetivos orais.
----------------------

O etexilato de dabigatrano e o rivaroxabano surgiram, designadamente, com o objetivo de substituir a varfarina, já que existe uma série de contra-indicações ao seu uso. As interações conhecidas para o dabigatrano etexilato são com fármacos indutores ou inibidores da glicoproteína-P (gp-P), e indutores ou inibidores da CYP3A4. A quinidina, a amiodarona e o verapamil são inibidores da gp-P, ou seja, podem aumentar a concentração sérica deste anti-trombótico. Quanto ao rivaroxabano, é necessário ter especial atenção quando é usado concomitantemente com antimicóticos azólicos, como é o caso do cetoconazol, itraconazol, voriconazol e posaconazol ou inibidores da protease do VIH. Também deve existir especial atenção quando administrado concomitantemente com os AINE, com o ácido acetilsalicílico e outros inibidores da agregação plaquetária. [44-45]

Nem todas as interações que ocorrem apresentam um caráter negativo, pois no caso do clopidogrel muitas das vezes em que é utilizado, é associado a um inibidor da bomba de prótons com a finalidade de diminuir o risco de eventos hemorrágicos a nível gastrointestinal, sendo o lansoprazol e o omeprazol os mais potentes. Contudo esta associação proporciona uma diminuição do efeito antiagregante. [46]

#### **4. Qualidade de vida e bem-estar no Idoso**

Um dos objetivos principais, quer dos sistemas governativos quer das instituições geriátricas é garantir a máxima qualidade de vida aos idosos, não descuidando as suas limitações. A qualidade de vida é definida, segundo a Organização Mundial de Saúde, como a compreensão da vida para um determinado indivíduo, num contexto cultural e social, nos quais são definidos os seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. Podem considerar-se como principais limitações à qualidade de vida desta população, a inércia física e a social, pois a maior parte do seu tempo é passado sentado ou deitado. [47-49] O declínio físico, mesmo por um curto período de tempo, provoca uma influência negativa, quase imediata, a nível da força muscular e da capacidade aeróbia. [48] Por isso, tentar perceber as causas que conduzem a essa inatividade torna-se verdadeiramente importante, de forma a intervir maioritariamente nos pontos principais. A implementação, de atividades de exercício físico, no quotidiano do idoso tornaram-se medidas importantes no combate à sua inatividade e inércia. Porém, existe a necessidade de perceber em que medida estas atividades conduzem a melhorias na qualidade de vida do idoso, e desta forma são aplicados questionários direcionados a estas vertentes e só assim tornar esses dados quantificáveis. Mas, tal como a maioria destes questionários existem inúmeros vieses a eles associados. [48]

Uma das ferramentas utilizadas para avaliar a qualidade de vida relacionada com a saúde (QVRS), em populações previamente selecionadas e que vai ser aplicado neste estudo é o SF-

36 (*36-Item Short Form Health Survey*). Este permite avaliar várias áreas da saúde física e mental, entre as quais se podem destacar a aptidão física, a capacidade de desempenhar atividades que envolvam esforço físico, as dores no corpo, a saúde em geral, a vitalidade, o desempenho da função social, o controlo emocional e a saúde mental. Cada resposta apresenta entre dois a cinco níveis, aos quais são atribuídas determinadas pontuações. No final, ao considerar cada uma das respostas é gerada uma determinada pontuação, que quanto maior, maior é a QVRS, isto sob um ponto de vista subjetivo. [50-51]

## 5. Escolha do tema de estudo

A polimedicação é um problema que está a afetar a população em geral e os idosos em particular. Daí os vários artigos publicados relacionados com o assunto, onde a polimedicação é descrita como o número de fármacos impostos pelas múltiplas comorbilidades apresentadas pelo doente. Porém, nem sempre o número de medicamentos é proporcional ao sucesso farmacoterapêutico, pois demasiados medicamentos associados podem desencadear múltiplas reações adversas, das quais pode resultar um novo problema, que pode ter uma gravidade superior ao problema inicial. Mas apesar de ser do conhecimento dos profissionais a possibilidade de interação farmacológica, quando são associados diferentes medicamentos com diversos mecanismos de ação, esta prática continua a ser frequente observar, dada a multiplicidade de especialistas que os doentes consultam.

As patologias sobre as quais incide o projeto são como mencionado já anteriormente a HTA e AVC. A HTA continua a ser uma das doenças crónicas mais presente nos idosos e na população em geral, pois segundo o “1º Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico” realizado em 2015 pelo Departamento de Epidemiologia, do Instituto Ricardo Jorge, 36% das pessoas inquiridas residentes em Portugal, com idade compreendida entre 25 e 74 anos, apresenta HTA, sendo esta mais prevalente no sexo masculino. O AVC, apesar de menos comum, trata-se de uma possível complicação da HTA que acarreta potenciais limitações na pessoa afetada.

Para avaliar o consumo de medicamentos nos idosos com HTA e AVC foi aplicado um inquérito (**Anexo I**) constituído por duas partes distintas, uma das quais elaborada por mim e por outra colega que também o utilizou no seu projeto de investigação, e uma segunda parte constituída pelo inquérito já validado e traduzido para português, o SF-36 (*36-Item Short Form Health Survey*). A primeira parte engloba perguntas relacionadas com o consumo do medicamento no idoso, efeitos secundários desses mesmos medicamentos, monitorização de processos de medição de parâmetros biológicos e das limitações impostas pelas patologias. A segunda apresenta um conjunto de trinta e seis perguntas que têm como objetivo perceber a forma como o estado físico e mental influencia o dia-a-dia do idoso e a sua relação com os outros. O inquérito foi aplicado em idosos institucionalizados em casas geriátricas, do distrito de Bragança e do distrito de Viseu.

## 6. Objetivos do projeto de investigação

Os objetivos propostos para este projeto de investigação são:

- Analisar o perfil do utilizador de agentes anti-hipertensivos e anti trombóticos, de acordo com a idade do inquirido, o género, a área de residência antes da institucionalização e ainda a área profissional que desenvolveu;
- Quantificar o número de medicamentos diferentes que cada idoso toma diariamente;
- Perceber, se mesmo institucionalizados, praticam algum tipo de exercício físico e dieta alimentar;
- Avaliar a presença de Hipertensão Arterial e Acidente Vascular Cerebral no inquirido;
- Dada a aplicação do inquérito em duas regiões diferentes do país, perceber em qual delas existe maior prevalência das patologias em estudo;
- Verificar se, tal como é descrito no estudo realizado pelo Instituto Ricardo Jorge, a HTA é mais comum no género masculino;
- Verificar quais os medicamentos anti-hipertensivos e anti trombóticos mais prescritos, consoante a área regional;
- Perceber se os objetivos terapêuticos estão a ser alcançados, consoante os fatores de risco associados;
- Detetar possíveis interações farmacológicas oriundas da medicação instituída;
- Determinar os principais fatores de risco que agravam a HTA;
- Depreender se as premissas de medição de HTA são cumpridas;
- Perceber quais as atividades diárias mais comprometidas após o AVC;
- Definir se existe relação entre o aparecimento de AVC e apresentar HTA;
- Entender de que forma o estado de saúde geral do idoso interfere com a sua qualidade de vida e com a sua relação com os outros.

## 7. Material e Métodos

### 7.1 Tipo de Estudo e Seleção da Amostra

O presente trabalho de investigação é um estudo observacional, já que se elaborou um procedimento que fosse capaz de traduzir os acontecimentos que ocorrem naturalmente, e de carácter descritivo e transversal, pois é aplicado numa população em específico da qual é extraída a informação pretendida, através do recurso a um inquérito. [52] Os dados foram recolhidos em cinco instituições geriátricas diferentes, localizadas em dois distritos distintos de Portugal, Bragança e Viseu. As instituições que participaram no estudo foram: a Casa da Eira e o Palácio da Sabedoria, ambas localizadas em Bragança, e o Lar da Misericórdia - Nossa Sr<sup>a</sup> dos Milagres, o Centro Social de Cambra e o Centro Social de Valadares, ambos em Viseu.

Foram inquiridos utentes com idade igual ou superior a 65 anos, residentes ou utentes de uma destas quatro instituições, após consentimento livre, informado e esclarecido (**Anexo II**) e ainda com faculdades mentais para o fazer. O conhecimento relativo das faculdades

mentais dos utentes foi anteriormente questionado aos funcionários das instituições, que sugeriram o conjunto de idosos a inquirir, dada essa limitação.

## 7.2 Análise de Dados

Após recolha de dados, estes foram analisados e tratados estatisticamente com recurso ao programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 20.0. Neste foram criadas variáveis que podem ser classificadas, de acordo com a sua natureza em nominal, ordinal ou quantitativa. [53] O número de medicamentos diários, a idade, o peso, a altura, a idade em que foi diagnosticada a Hipertensão Arterial, o tempo de espera para efetuar a medição da PA, os valores quer de PA sistólica quer de PA diastólica e por fim os scores da QVRS foram consideradas variáveis quantitativas. Todas as restantes variáveis foram consideradas qualitativas.

A fim de perceber a partir de que nível de confiança se consegue generalizar os valores obtidos à população em geral, recorreu-se à análise estatística inferencial. O valor é dado pelo valor de probabilidade  $p$ , o qual determina se o resultado encontrado naquela amostra é o resultado verdadeiro, ou então o resultado caso se analisasse toda a população de onde se retirou aquela amostra. O teste aplicado é o Qui-quadrado, onde o valor de  $p$  que normalmente se aceita é  $<0,05$ . Quando o objetivo é perceber se duas amostras pertencem à mesma população, deve então comparar-se médias. E dependendo da natureza da variável, aplica-se determinada estatística. Neste estudo é aplicado o Teste  $t$ , já que a variável em estudo é um rácio. [52]

## 8. Apresentação de resultados

De um total de 100 idosos inquiridos, distribuídos pelas diferentes instituições, 61% corresponde a população do sexo feminino e apenas 39% a população do sexo masculino, tal como apresenta a **Figura 3**. Porém, no início do estudo a estimativa da amostra era superior, dada a capacidade de cada instituição geriátrica, mas alguns dos residentes, aquando da realização do inquérito, já não se encontravam em plenas faculdades mentais, o que lhes impossibilitou a sua participação no mesmo.

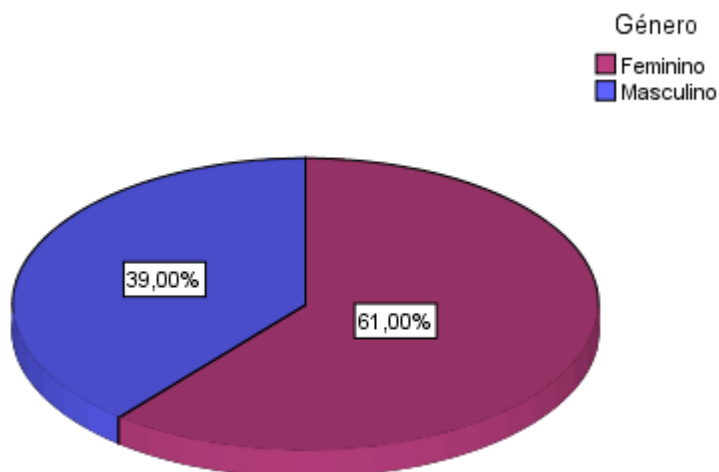


Figura 3 - Distribuição em género dos inquiridos

A idade dos idosos inquiridos oscila entre os [65-101] anos de idade, tal como representado na Figura 4. A idade que apresenta maior número de indivíduos é os 85 anos. O índice de massa corporal (IMC) médio obtido é de 27,11, pelo que, segundo a Organização Mundial de Saúde os idosos estão com excesso de peso, provavelmente devido ao sedentarismo que os caracteriza.

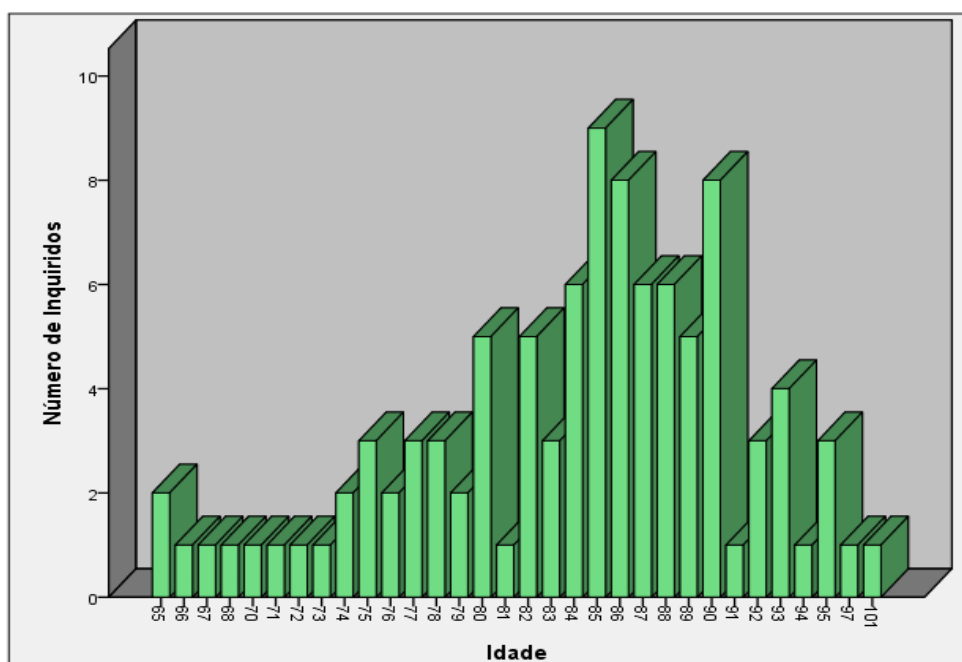


Figura 4 - Idade dos idosos inquiridos

Um outro ponto dos dados biográficos é o estado civil atual, sendo que a maioria, representada por 57% da população é viúvo(a), 23% casado(a), 12% solteiro(a) e 8% divorciado(a). As duas profissões mais praticadas pelos idosos, antes de integrarem a instituição geriátrica, eram a prática da agricultura e de trabalhos domésticos, representadas por 33% e 32%, respetivamente.

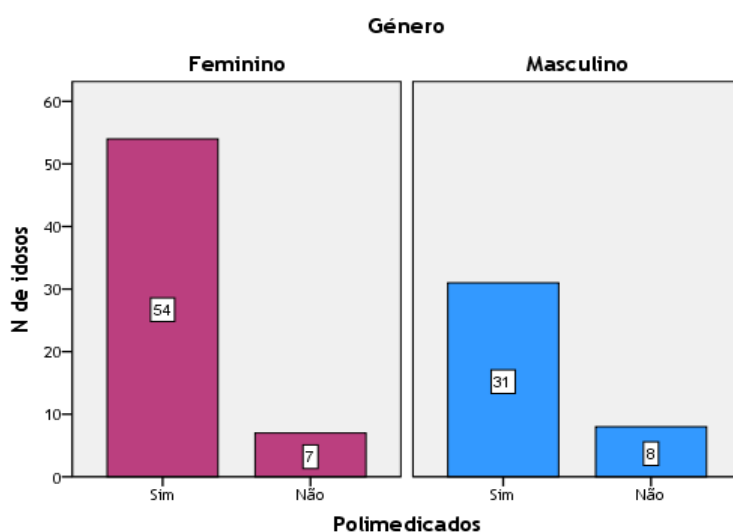
Após conhecimento dos dados biográficos, não menos importante é conhecer os estilos de vida de cada um, como por exemplo o número de refeições diárias e a prática ou não de qualquer exercício físico ou dieta alimentar. Após tratamento de dados, a média de refeições diárias realizadas por cada idoso é quatro, onde a maioria representada por 73% deles não tem qualquer tipo de restrição alimentar e apenas 27% o fazem. As dietas consideradas mais comuns, tendo em conta as respostas obtidas, são a hipoglucídica e hipossalina. Quanto ao exercício físico, que 35% deles pratica, aparece representado maioritariamente pela realização de caminhadas.

Posto isto, passo agora ao estudo das patologias e da terapêutica subjacente a cada uma. Em 85 dos idosos inquiridos verifica-se a toma de mais de 5 medicamentos diários, onde a média por cada idoso polimedocado, distribuídos pelas diferentes instituições geriátricas, é aproximadamente 10 medicamentos diferentes por dia, tal como representa a **Tabela 4**. Sendo que este valor, dado o valor do desvio padrão ser de 3,63, pode sofrer alguma dispersão de valores face ao valor médio, pois este pode ser considerado elevado. [54] Ainda da leitura da **Tabela 4**, temos que a população não polimedocado toma em média 4 medicamentos diferentes por dia.

**Tabela 4** - Medicamentos diários por idoso

Polimedcados	N	Média	Desvio padrão
Sim	85	10,39	3,629
Não	15	4,03	,935
Total da amostra	100	9,44	4,063

Ao analisar a distribuição dos idosos polimedcados em função do género, vê-se que a população feminina é aquela que consome mais medicamentos diariamente em comparação com a população masculina, tal como representa a **Figura 5**.



**Figura 5** - Distribuição em função do género nos idosos polimedcados

Segue-se o levantamento da medicação que cada idoso toma diariamente, e dada a vasta quantidade de classes farmacológicas aplicadas na população geriátrica, e para facilitar a sua leitura, considero apenas as dez primeiras classes mais utilizadas.

**Tabela 5** - Classes farmacológicas mais usadas pelos idosos

Classe Farmacológica	N
Inibidores da Bomba de Protões	58
Diuréticos da ansa	45
Estatinas	44
Antiagregantes Plaquetares	43
Benzodiazepinas de duração intermédia	35
Inibidores Seletivos da Recaptação da Serotonina	24
Antipsicóticos Atípicos	21
Outros Antidepressivos	17
Antieméticos e antivertiginosos	17
Inibidores da Enzima de Conversão da Angiotensina	16
Antagonistas do Recetor de Angiotensina + Diurético Tiazídico	16

Pela análise da **Tabela 5** mais de metade dos inquiridos toma inibidores da bomba de protões, tais como Omeprazol, Pantoprazol, entre outros. Os valores mais elevados que se seguem foram observados na classe dos diuréticos da ansa, nas estatinas, nos antiagregantes plaquetares e nas benzodiazepinas de duração intermédia.

Daqui surge a análise das patologias em estudo e respetiva medicação. Em primeiro lugar vou focar-me na Hipertensão Arterial.

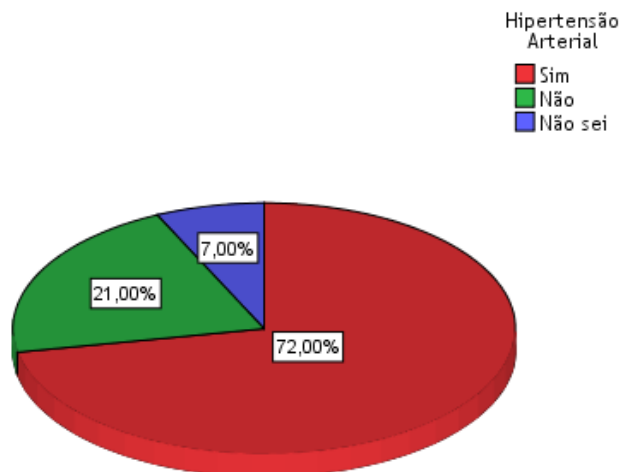


Figura 6 - Incidência de Hipertensão Arterial nos idosos

Como representa a **Figura 6**, 72 dos idosos inquiridos tem HTA e dos restantes 21 não sofrem desta doença e 7 não possuem conhecimento da presença desta.

Das respostas afirmativas, 43 delas foram dadas por mulheres e apenas 29 por homens. Quanto às respostas negativas 12 delas foram dadas por mulheres e 9 por homens, tal como representa a **Figura 7**. Porém, após análise da distribuição por género e depois de efetuar os cálculos, a HTA é mais prevalente no sexo masculino que no sexo feminino 74% contra 70%, respetivamente.

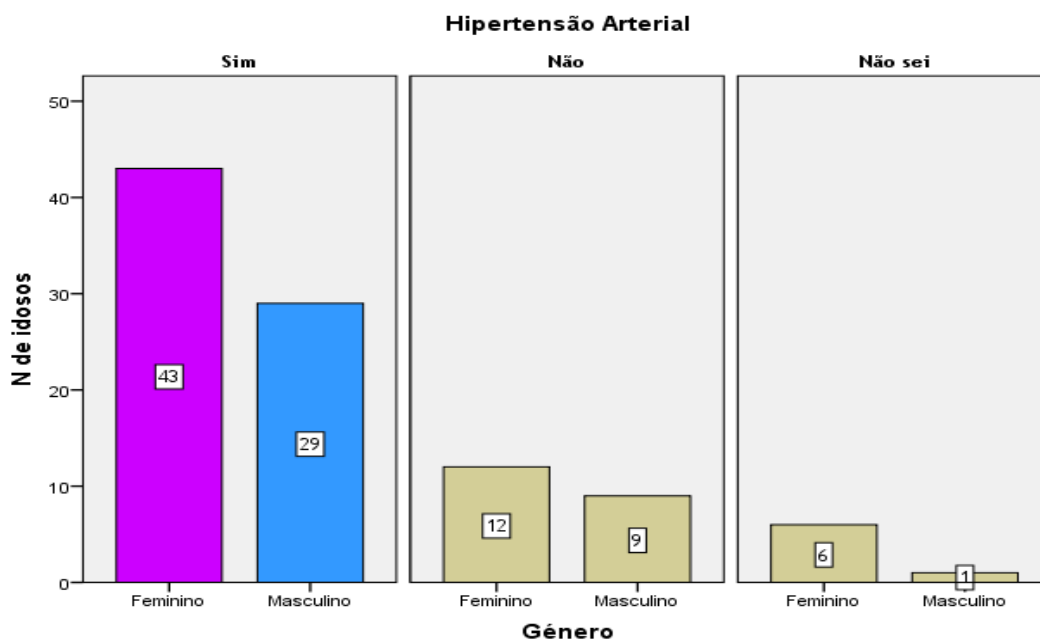


Figura 7 - Relação entre a presença de Hipertensão Arterial e o Género

As respostas afirmativas concentram-se principalmente na população idosa do distrito de Viseu, tal como representa a **Figura 8**, sendo que a idade média com que foi diagnosticada é de 62 anos.

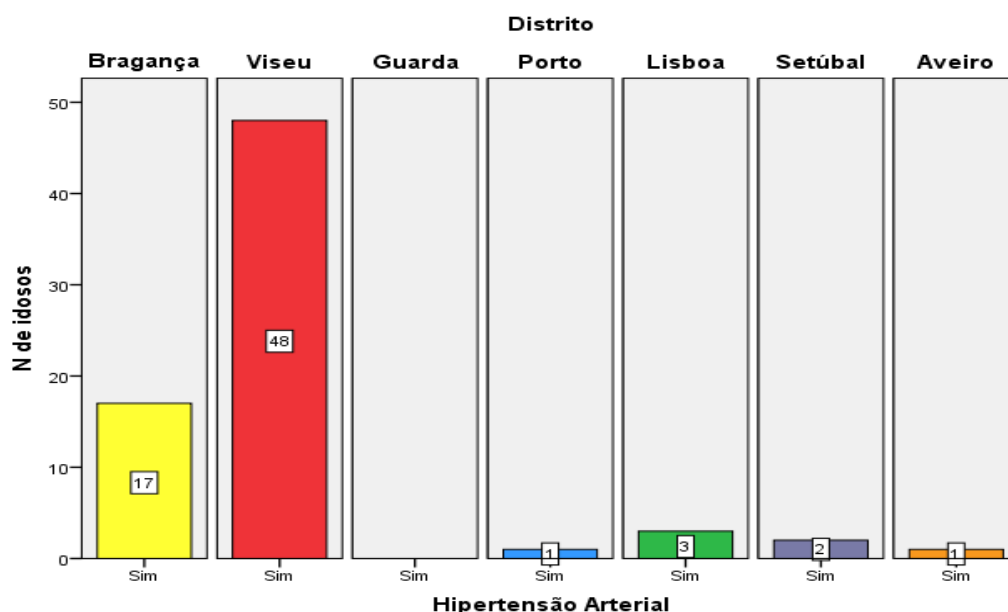


Figura 8 - Distribuição de Hipertensos por distrito

Analisada a presença da patologia, importa agora saber quais os valores médios de PA apresentados pelos idosos hipertensos e não hipertensos, saber se estes são determinados nas condições devidas e qual a terapêutica instituída de forma a controlá-los.

A pressão arterial sistólica e diastólica média, observada nos idosos inquiridos que não apresentam HTA foi 122/71 mmHg. Já os idosos hipertensos, em média, apresentam valores de PA na ordem dos 129/68 mmHg, tal como representa a Tabela 6. Porém consoante os fatores de risco que cada idoso apresenta os valores de referência para o idoso altera. Já que vários fatores de risco juntos podem traduzir-se em doenças cardiovasculares graves.

Tabela 6 - Pressão arterial sistólica e diastólica média

	Hipertensão Arterial		
	<i>Sim</i>	<i>Não</i>	<i>Não sei</i>
	Média	Média	Média
Valor da pressão arterial sistólica (mmHg)	129	122	127
Valor da Pressão arterial diastólica (mmHg)	68	71	68

Normalmente, ambas as instituições abordam a medição da pressão arterial como uma prática regular. Na maioria das vezes essa medição é efetuada no gabinete de enfermagem ou na sala de convívio da instituição geriátrica. O tempo que habitualmente aguardam antes de efetuar a medição é na maioria das vezes nenhum ou então apenas 1 minuto, sendo estas as respostas de 57 dos inquiridos. Atividades que interferem teoricamente com estes valores, tais como o fumar e tomar café no período que antecede este controlo, apresentam pouco impacto nos inquiridos, pois apenas 10 tomam café e 3 fumam antes da medição. Para

terminar, o controlo não é efetuado em ambos os membros, para dessa forma considerar o valor mais elevado de PA, pois 60 deles responderam que efetuam a medição em qualquer um dos braços, 34 referenciam o braço esquerdo e apenas 6 o direito.

Para finalizar, falta abordar qual a terapêutica imposta a cada idoso hipertenso. Pude encontrar tanto a utilização de apenas uma classe farmacológica ou então a associação de diferentes classes farmacológicas, sendo que algumas delas associadas na mesma forma farmacêutica.

**Tabela 7 - Fármacos aplicados no tratamento da Hipertensão Arterial**

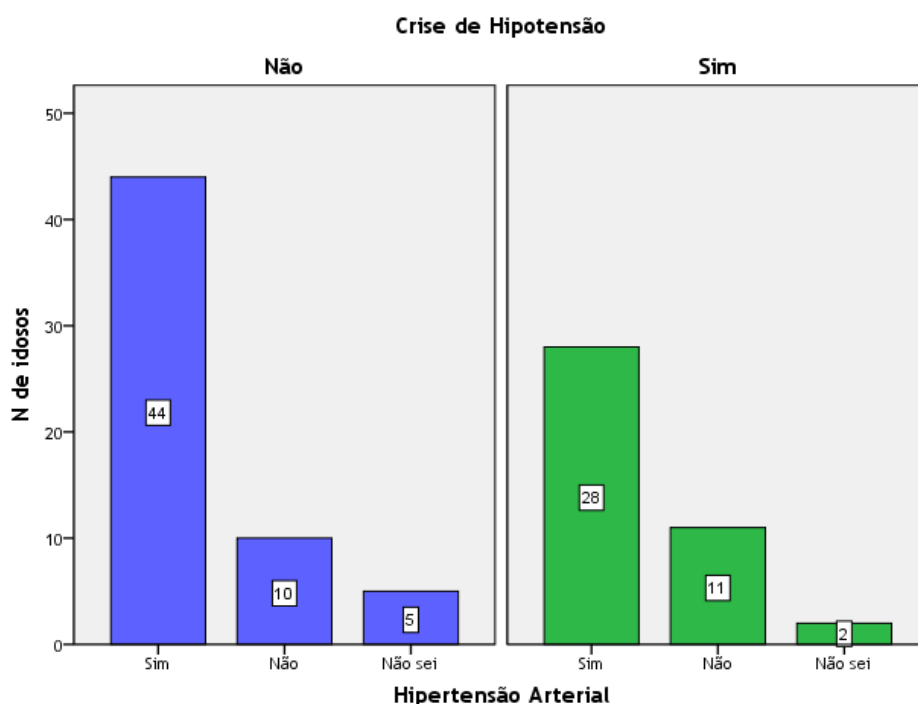
Classe Farmacológica	N
Diuréticos da ansa	45
Inibidores da Enzima de Conversão da Angiotensina	16
Bloqueadores da Entrada de Cálcio	14
Antagonistas do Recetor de Angiotensina	13
Bloqueadores Beta e Alfa	13
Inibidores Beta-1 seletivos	11
Outros Vasodilatadores	8
Diuréticos Poupadores de Potássio	6
Bloqueadores beta não seletivos	2

Os diuréticos da ansa são conhecidos, não apenas por aumentarem a diurese, como também por apresentarem efeitos a nível da pressão arterial. E são os fármacos que mostram maior nível de expressão na sua utilização, segundo os resultados apresentados na **Tabela 7**. Dos fármacos em que o efeito primordial é o anti-hipertensivo os IECA são os mais utilizados, seguidos dos BCC e dos ARA. Por último, aparecem os não específicos da HTA como os bloqueadores  $\beta$  e  $\alpha$ , outros vasodilatadores e diuréticos. Contudo, nem sempre se aplica apenas a monoterapia, ou seja recorre-se por vezes à terapia dupla ou até mesmo à tripla, de modo a que o efeito sinérgico dos princípios ativos aplicados desencadeie melhores resultados. Daqui os resultados apontam para uma maior utilização de ARA e IECA ambos associados à Hidroclorotiazida. E por último surgem os IECA e os ARA associados aos BCC, tal como representa a **Tabela 8**.

**Tabela 8 - Terapia dupla aplicada no tratamento da Hipertensão Arterial**

Classe Farmacológica	N
Antagonistas do Recetor de Angiotensina + Hidroclorotiazida	16
Inibidor da enzima de conversão da Angiotensina + Hidroclorotiazida	6
Inibidor da enzima de conversão da Angiotensina + Bloqueador dos Canais de Cálcio	4
Antagonista do Recetor de Angiotensina + Bloqueador dos canais de cálcio	2

Já instituída a terapêutica, o problema pode deixar de ser a PA elevada e passar a ser a Hipotensão, não menos preocupante. Neste estudo, a hipotensão não foi apenas verificada em idosos hipertensos, porém 28 dos idosos hipertensos (**Figura 9**) já desenvolveram uma crise hipotensiva, onde descrevem ter tido sintomas como dor de cabeça, visão turva, confusão, tonturas, síncope, sensação de desmaio, sonolência ou fraqueza. Dos restantes inquiridos, 44 deles também referenciaram este tipo de acontecimento.



**Figura 9** - Crise de hipotensão em idosos hipertensos

Quando estão presentes, outro tipo de doenças concomitantes, tais como a Diabetes *mellitus*, a Doença Renal Crónica, a Insuficiência Renal e a Proteinúria os objetivos são diferentes. Dos inquiridos, 39 deles tinham conhecimento da presença de Diabetes *mellitus*, e apenas 5 da presença de Insuficiência Renal e 3 de Doença Renal Crónica. Importa daqui perceber se os objetivos propostos para os valores de PA neste tipo de utentes é realmente observado. Os valores médios obtidos para os idosos considerados constam na **Tabela 9**.

**Tabela 9** - Valores de Pressão Arterial Sistólica e Diastólica

	Diabetes <i>mellitus</i>	Insuficiência Renal	Doença Renal Crónica
Valor da Pressão Arterial Sistólica (mmHg)	129	144	133
Valor da Pressão Arterial Diastólica (mmHg)	69	70	70

Existem diversos fatores de risco, que associados à HTA tornam o idoso mais suscetível à ocorrência de qualquer evento cardiovascular e que vão impor determinada terapêutica farmacológica. Uma das perguntas abordava esta questão, à qual segundo a **Tabela 10**, a insuficiência cardíaca, as taquiarritmias e a asma são as mais presentes na população geriátrica em estudo. Porém apenas 2 dos 100 idosos afirmam terem determinado o risco cardiovascular global e o *SCORE*.

**Tabela 10** - Fatores de risco cardiovascular

Condições Patológicas	<i>SIM</i>	<i>NÃO</i>
Insuficiência Cardíaca	21	79
Taquiarritmias	14	86
Asma	11	89
Gota	9	91
Bloqueio Auriculoventricular	5	95
Síndrome Metabólico	5	95
Doença Pulmonar Crónica	3	97
Edema Angioneurótico	1	99
Doença Arterial Periférica	1	99
Hipercaliemia	-	100
Estenose Bilateral da Artéria Renal	-	100

O Acidente Vascular Cerebral foi a segunda patologia considerada neste estudo. Sendo que 16 dos inquiridos responderam afirmativamente e 6 não sabiam que tal tivesse ocorrido (**Figura 10**).

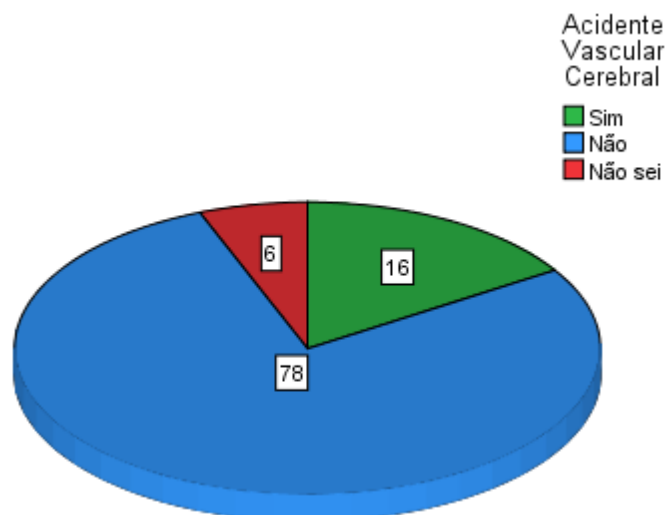


Figura 10 - Presença do Acidente Vascular Cerebral na população geriátrica

De acordo com a distribuição geográfica dos idosos com AVC, o distrito de Viseu é aquele que apresenta maior taxa de incidência, seguido de Bragança, Setúbal e Lisboa, como representa a Figura 11. Guarda, Viseu e Porto foram excluídos do gráfico pois não apresentavam qualquer caso de AVC descrito.

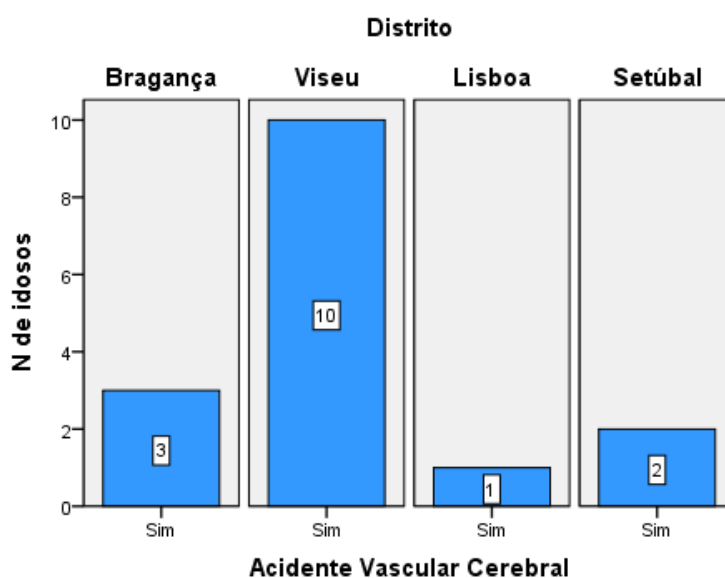


Figura 11 - Distribuição geográfica dos casos de Acidente Vascular Cerebral

Em relação ao género e respetiva distribuição do AVC, o género feminino é aquele que apresenta maior número de casos afirmativos, segundo a Figura 12. Porém o número de inquiridos do sexo feminino é superior aos do sexo masculino, e sendo assim este último apresenta maior incidência deste tipo de casos.

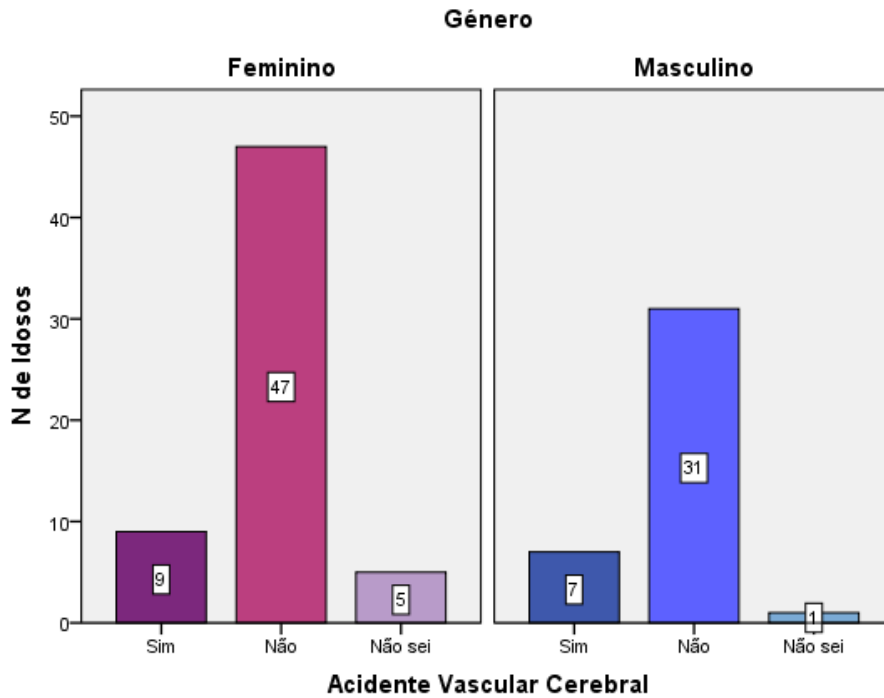


Figura 12 - Distribuição em género do Acidente Vascular Cerebral

Perante conhecimento prévio relativo à existência dos diferentes tipos de AVC, foi também estudado qual o mais comum perante os inquiridos. Dos 16 idosos que referenciaram ter sofrido um AVC, a 9 deles foi-lhe diagnosticado um AVC Isquémico, a 4 um AVC Hemorrágico e apenas a 3 um Acidente Isquémico Transitório, tal como representa a **Figura 13**.

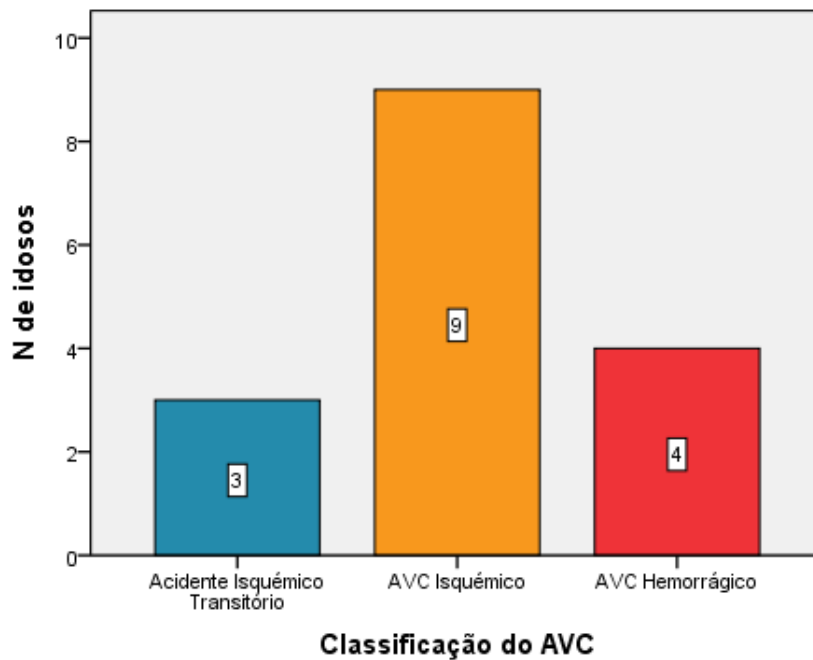
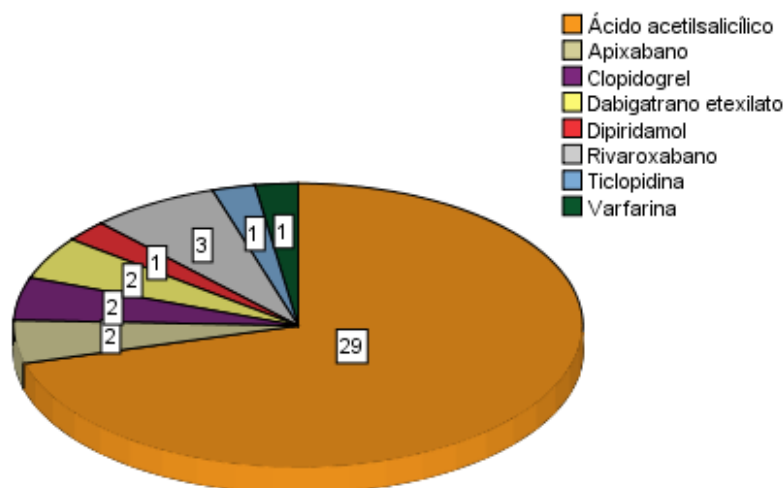


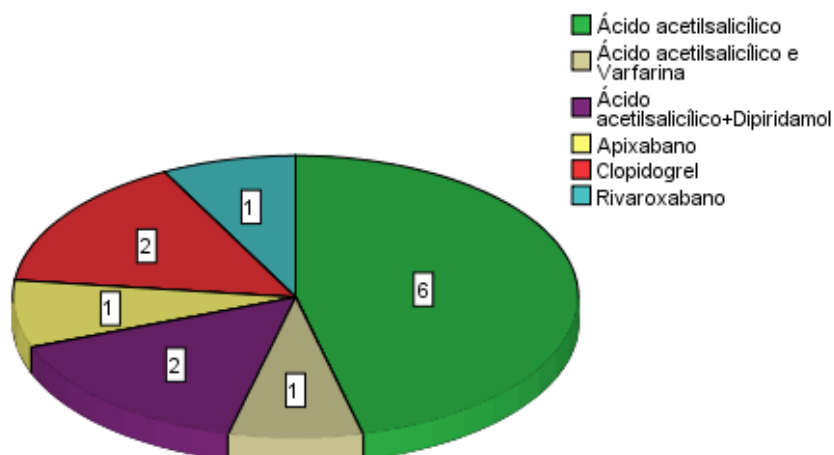
Figura 13 - Diferentes classificações para Acidentes Vasculares Cerebrais

Aqueles que responderam negativamente podem apresentar uma terapêutica de prevenção, de forma a evitar este tipo de acontecimentos. Aquele que apresenta resultados mais significativos é o ácido acetilsalicílico, todos os outros apresentam níveis de expressão praticamente idênticos, segundo a **Figura 14**.



**Figura 14** - Fármacos utilizados na prevenção do Acidente Vascular Cerebral

Aqueles que já sofreram um AVC também apresentam prescritos determinados fármacos que facilitam a reabilitação e tentam eliminar novas recorrências. Aqui notou-se que começam a surgir algumas associações de princípios ativos, e assim melhorar os efeitos terapêuticos e consequentemente os objetivos terapêuticos (**Figura 15**).



**Figura 15** - Fármacos utilizados após Acidente Vascular Cerebral

Porém quando determinada pessoa sofre um AVC, este pode provocar nesta diversas alterações, quer motoras quer cognitivas. Foram estudadas as principais, para desse modo perceber quais as mais frequentes.

**Tabela 11** - Principais limitações decorrentes do Acidente Vascular Cerebral

	Frequência	
	<i>Sim</i>	<i>Não</i>
Alteração da mobilidade	13	3
Alteração da autonomia	9	7
Alterações nos autocuidados	9	7
Alteração no controlo urinário	5	11
Alteração da comunicação	3	13
Alteração no controlo intestinal	2	14
Alteração na consciência do mundo exterior	-	16

As alterações mais frequentes que ocorrem na população em estudo são as alterações a nível da mobilidade, seguidas das alterações a nível da autonomia e dos autocuidados, tal como representa a **Tabela 11**. Já as alterações referentes à consciência do mundo exterior não obtiveram qualquer resposta afirmativa.

Por fim, e já que existe maior probabilidade de ocorrer um AVC quando a pessoa em questão apresenta simultaneamente HTA, é importante verificar se esta realidade realmente se verifica perante os resultados obtidos. Para isso é aplicado o Teste do Qui-quadrado, através do qual é possível estudar essa mesma correlação, verificar se os resultados obtidos estão ou não próximos dos esperados estatisticamente e ainda observar se os mesmos são estatisticamente significativos, e aqui analisa-se o valor de p que deve apresentar um valor inferior a 0,05.

Pela análise das **Tabelas 12 e 13**, treze dos idosos, de um total de dezasseis, que já sofreram um AVC apresentavam concomitantemente HTA, sendo que o valor real foi superior ao valor esperado. Já estatisticamente os valores não são significativos, pois o valor de p é 0,42 ou seja, superior a 0,05.

**Tabela 12** - Distribuição de resultados relativamente ao aparecimento do Acidente Vascular Cerebral na presença de Hipertensão Arterial

Tabela Cruzada Acidente Vascular Cerebral * Hipertensão Arterial						
			Hipertensão Arterial			Total
			Sim	Não	Não sei	
Acidente Vascular Cerebral	Sim	Contagem	13	3	0	16
		Valor esperado	11,5	3,4	1,1	16,0
	Não	Contagem	55	17	6	78
		Valor esperado	56,2	16,4	5,5	78,0
	Não sei	Contagem	4	1	1	6
		Valor esperado	4,3	1,3	0,4	6,0

Total	Contagem	72	21	7	100
	Valor esperado	72,0	21,0	7,0	100,0

**Tabela 13** - Teste do Qui-quadrado respetivamente ao cruzamento das variáveis Acidente Vascular Cerebral com Hipertensão Arterial

Testes de Qui-quadrado			
	Valor	df	Sig. Assint. (2 lados)
Qui-quadrado de Pearson	2,328 <sup>a</sup>	4	,676
Razão de probabilidade	3,219	4	,522
Associação Linear por Linear	1,571	1	,210
N de Casos Válidos	100		

a. 5 células (55,6%) esperam contagem menor do que 5. A contagem mínima esperada é 0,42.

Finalmente são apresentados os resultados da segunda parte do inquérito, onde são apresentadas as pontuações médias obtidas, que empiricamente vão refletir a qualidade de vida relacionada com a saúde (QVRS) dos idosos. Para isso foram determinados os scores médios relacionados com o género, com os idosos hipertensos e que já sofreram um AVC e ainda com os idosos polimedicados, para dessa forma se conseguir comparar os diferentes grupos.

Quanto ao género, segundo os dados presentes na **Tabela 14** e dado que quanto maior o valor do score maior a QVRS, temos que o género masculino apresenta valores mais elevados em comparação com o género feminino em todas as áreas e ainda apresentam scores médios acima da média do total dos idosos inquiridos. Quanto ao significado estatístico apenas duas áreas o demonstram, os aspetos físicos e a dor corporal.

**Tabela 14** - Distribuição dos scores do SF-36 de acordo com o género

	Feminino		Masculino		p(*)	Total de Idosos (N=100)	
	Limites	Média ± σ*	Limites	Média ± σ*		Limites	Média ± σ*
Capacidade funcional	[0 - 95]	37,13±30,58	[0 - 100]	46,02±34,43	0,18	[0 - 100]	40,60±32,27
Aspetos físicos	[0 - 100]	20,49±32,76	[0 - 100]	38,46±43,62	0,021	[0 - 100]	27,50±38,19
Dor corporal	[0 - 100]	51,84±31,21	[0 - 100]	69,90±30,84	0,006	[0 - 100]	58,88±32,16

<b>Estado geral de saúde</b>	[0 - 65]	28,66±17,60	[0-67]	30,95±18,53	0,535	[0 - 67]	29,55±17,91
<b>Vitalidade</b>	[10 - 100]	49,18±19,69	[20 - 100]	54,23±15,86	0,181	[10 - 100]	51,15±18,38
<b>Aspetos Sociais</b>	[0 - 100]	38,12±39,42	[0 - 100]	50,00±42,15	0,156	[0 - 100]	42,75±40,72
<b>Aspetos emocionais</b>	[0 - 100]	37,70±48,87	[0-100]	41,03±49,83	0,743	[0 - 100]	39,00±49,02
<b>Saúde mental</b>	[12 - 100]	52,39±21,66	[20 - 96]	59,39±17,45	0,093	[12 - 100]	55,12±20,32

\* Desvio padrão; (\*) Aplicado o Teste t (intervalo de confiança de 95%)

Os idosos com HTA, neste estudo, apresentam scores mais elevados de QVRS em comparação com os não hipertensos, tal como representa a **Tabela 15**. De todos os resultados obtidos nas diferentes áreas, nenhum deles apresentou significado estatístico.

**Tabela 15** - Distribuição dos scores do SF-36 por hipertensos e não hipertensos

	Hipertenso		Não Hipertenso		p(*)
	Limites	Média ± σ*	Limites	Média ± σ*	
<b>Capacidade funcional</b>	[0 - 100]	41,18±32,69	[0 - 100]	41,91±30,96	0,928
<b>Aspetos físicos</b>	[0 - 100]	28,82±37,21	[0 - 100]	21,43±39,75	0,432
<b>Dor corporal</b>	[0 - 100]	62,14±34,30	[12 - 100]	50,76±25,01	0,161
<b>Estado geral de saúde</b>	[0 - 67]	29,74±16,92	[0 - 65]	28,91±22,05	0,854
<b>Vitalidade</b>	[10 - 100]	49,93±18,30	[30 - 100]	55,24±19,33	0,251
<b>Aspetos Sociais</b>	[0 - 100]	43,40±40,68	[0 - 100]	36,91±41,55	0,523
<b>Aspetos emocionais</b>	[0 - 100]	36,11±48,37	[0 - 100]	47,62±51,18	0,346
<b>Saúde mental</b>	[12 - 100]	54,06±19,77	[0 - 100]	58,10±22,82	0,428

\* Desvio padrão; (\*) Aplicado o Teste t (intervalo de confiança de 95%)

Quanto aos idosos que já sofreram AVC, apenas as áreas da capacidade funcional, aspetos físicos, vitalidade e saúde mental parecem ser afetadas pela presença do mesmo,

pois apenas estas apresentam *scores* mais baixos em comparação com a população idosa que nunca sofreu um AVC, tal como representa a **Tabela 16**. De todas as áreas apenas os resultados obtidos na capacidade funcional apresentam significado estatístico.

**Tabela 16** - Distribuição dos scores do SF-36 de acordo com a existência ou não de Acidente Vascular Cerebral

	Acidente Vascular Cerebral		Ausência de Acidente Vascular Cerebral		p(*)
	Limites	Média ± $\sigma^*$	Limites	Média ± $\sigma^*$	
Capacidade funcional	[0 - 90]	24,38±25,68	[0 - 100]	43,91±33,07	0,029
Aspetos físicos	[0 - 100]	17,19±35,02	[0 - 100]	30,45±39,20	0,213
Dor corporal	[0 - 100]	64,50±36,77	[0 - 100]	58,81±32,20	0,531
Estado geral de saúde	[0 - 52]	29,81±14,40	[0 - 67]	28,96±19,05	0,866
Vitalidade	[25 - 100]	46,88±20,24	[10 - 100]	52,18±18,51	0,307
Aspetos Sociais	[0 - 100]	43,75±39,26	[0 - 100]	42,95±41,27	0,943
Aspetos emocionais	[0 - 100]	37,50±50,00	[0 - 100]	37,18±48,64	0,981
Saúde mental	[12 - 100]	52,00±22,86	[20 - 100]	55,90±20,24	0,494

\* Desvio padrão; (\*) Aplicado o Teste t (intervalo de confiança de 95%)

No que diz respeito à influência da polimedicação nos idosos as áreas que apresentam *scores* com valores mais baixos em comparação aos não polimedicados são os aspetos físicos, o estado geral de saúde, a vitalidade e os aspetos sociais, tal como é representada a **Tabela 17**. Nenhum dos resultados obtidos nas diferentes áreas apresenta significado estatístico.

**Tabela 17** - Distribuição de scores do SF-36 para a presença ou não de polimedicação

	Polimedicados		Não polimedicados		p(*)
	Limites	Média ± $\sigma^*$	Limites	Média ± $\sigma^*$	
Capacidade funcional	[0 - 100]	40,82±30,92	[0 - 100]	39,33±40,31	0,870

Aspetos físicos	[0 - 100]	25,00±36,19	[0 - 100]	41,67±46,93	0,120
Dor corporal	[0 - 100]	58,92±32,76	[22 - 100]	58,68±29,57	0,978
Estado geral de saúde	[10 - 100]	28,88±17,73	[0 - 67]	33,33±19,09	0,378
Vitalidade	[10 - 100]	50,88±18,08	[20 - 100]	52,67±20,60	0,731
Aspetos Sociais	[0 - 100]	41,77±41,08	[0 - 100]	48,33±39,49	0,567
Aspetos emocionais	[0 - 100]	42,35±49,71	[0 - 100]	20,00±41,40	0,104
Saúde mental	[12 - 100]	55,39±20,53	[20 - 96]	53,60±19,70	0,755

\* Desvio padrão; (\*) Aplicado o Teste t (intervalo de confiança de 95%)

## 9. Discussão

Foram inquiridos um total de 100 idosos, distribuídos por diferentes instituições geriátricas, em duas zonas distintas de Portugal Continental. As questões focaram-se essencialmente nos medicamentos diários que cada um toma, nas patologias que cada um apresenta, com especial atenção à Hipertensão Arterial e ao Acidente Vascular Cerebral e ao facto como estes fatores afetam a sua qualidade de vida relacionada com a saúde.

Dos 100 idosos, 61% correspondia ao sexo feminino e apenas 39% ao sexo masculino, o que equivale a 61 mulheres e 39 homens. Ou seja, mais de metade dos inquiridos eram mulheres, o que comprova os dados apresentados pelo Instituto Nacional de Estatística, onde são apresentados valores superiores para o género feminino em detrimento do género masculino. [55]

A idade destes está circunscrita ao intervalo [65-101] anos de idade, sendo que a idade que apresenta maior número de idosos é os 85 anos e o idoso mais velho apresenta 101 anos. Tanto a moda de idades, como o seu valor máximo podem estar relacionados com o aumento da esperança média de vida que se tem vindo a verificar ao longo do tempo, graças ao desenvolvimento a nível da medicina e da indústria/tecnologia farmacêutica, que no seu conjunto permitiram uma maior QVRS. Segundo um estudo, Portugal em 2015 apresentava uma esperança média de vida para as mulheres de 83,9 anos e 77,7 anos no caso dos homens, o que ultrapassava a média global considerada para outros países. Posto isto, o número de idosos polimedicados e que apresentam múltiplas patologias vai ser cada vez maior, por isso o principal objetivo vai ser manter-lhe uma qualidade de vida aceitável. [56] Dada a predisposição dos idosos que vivem sozinhos à desnutrição, uma das perguntas era direcionada ao peso e à altura que cada um apresentava, e quando estes eram desconhecidos, consultaram-se as fichas técnicas. Com estes dados e com o recurso à fórmula do IMC,

obteve-se um valor de IMC médio de 27,11. Este valor evidencia, que em média os idosos institucionalizados apresentam excesso de peso possivelmente devido ao sedentarismo e inatividade que os caracteriza e ainda à não omissão das principais refeições diárias.

Mais de metade dos inquiridos representados por 57 deles são viúvos, possivelmente um dos motivos principais pelos quais ingressaram numa destas instituições. Apenas 23 ainda são casados, 12 solteiros e apenas 8 divorciados. E dado o contexto rural, em que estavam inseridas as instituições geriátricas, as profissões mais praticadas enquanto mantinham uma vida ativa eram a agricultura e os trabalhos domésticos.

Inserido no contexto de cada instituição, cada uma assume rotinas quanto às refeições diárias e quanto às atividades lá praticadas, adequadas às limitações de cada um. Em média possuem quatro refeições diárias, nas quais apenas 27 tem impostas restrições alimentares. Dentro destas restrições as mais comuns são as hipoglucídicas e as hipossalinas, presumivelmente pelo fato da maioria deles apresentar quer Diabetes *mellitus* quer HTA. No que diz respeito ao tipo de exercício físico praticado, as caminhadas são aquelas que apresentam maior expressão, dadas as limitações motoras inerentes a esta faixa etária. Porém mesmo que mínima, esta atividade apresenta um impacto positiva no dia-a-dia de cada um.

Relativamente ao estudo do número de medicamentos inerente à população alvo, e sendo este um dos principais objetivos deste estudo verificou-se que 85 dos inquiridos são polimedicados. Este grupo toma, em média, 10 medicamentos diários. Isto vem comprovar que a população geriátrica é realmente uma população polimedicada, e visto este valor ser superior ao limite de 5 medicamentos que classifica a polimedicação. Os restantes 15 idosos são não polimedicados, pois em média tomam cerca de 4 medicamentos diferentes por dia.

O género feminino apresenta maior número de pessoas com polimedicação, mas aqui a polimedicação pode ser vista como um fator positivo que contribui para o aumento da esperança de vida, tal como alguns autores defendem, dado o número superior de mulheres em relação aos homens.

No que diz respeito ao tipo de medicação que cada um apresenta, os inibidores da bomba de prótons é a classe farmacológica com maior expressão, pois mais de metade dos inquiridos toma este tipo de medicação. Outra classe farmacológica com bastante representação são os diuréticos da ansa, sendo que não só os hipertensos os têm prescrito. Seguem-se as estatinas, os antiagregantes plaquetares e as benzodiazepinas de duração intermédia. Assim sendo, o tipo de medicação mais frequente traduz naturalmente as patologias mais frequentes.

A Hipertensão Arterial foi uma das patologias analisadas, diagnosticada em média aos 62 anos de idade, e a qual está presente em 72 dos inquiridos. Apenas 21 responderam que não sofriam de HTA e 7 não sabiam se apresentavam ou não. Face a isto, verifica-se que a HTA tem bastante expressividade na população geriátrica e que é uma das principais senão a principal patologia que os mesmos apresentam. Das respostas afirmativas 43 delas foram

dadas por mulheres e 29 por homens, porém como foram inquiridas mais mulheres, esta é mais prevalente no sexo masculino. Mas segundo um estudo realizado pela Direção Geral de Saúde em Portugal no ano de 2013, a HTA era mais no sexo feminino, premissa que não se verificou neste estudo. [57] Os idosos pertencentes ao distrito de Viseu foram aqueles que revelaram mais casos de HTA, mas também foi neste distrito que conseguimos o maior número de idosos.

Tanto na população hipertensa como na não hipertensa é prática regular nas instituições geriátricas o controlo da HTA, por isso foi importante distinguir as duas amostras. No caso dos hipertensos os valores médios de PA sistólica foi de 129 mmHg e de PA diastólica de 68 mmHg, ou seja a terapêutica imposta atinge o objetivo proposto no momento da sua aplicação, manter valores abaixo de 140/90 mmHg. Já os idosos não hipertensos possuem valores de 122/71 mmHg, ou seja os valores são considerados normais.

E já que as condições em que é efetuada a medição vão influenciar os valores obtidos é importante perceber se são seguidas as premissas adequadamente. O local em que normalmente efetuam a medição é no gabinete de enfermagem ou então na sala de convívio onde normalmente todos se reúnem. Ambos os locais transmitem tranquilidade e não devem influenciar negativamente os valores obtidos. Quanto ao tempo que aguardam antes de efetuar a medição é na maioria das vezes 1 minuto ou mesmo nenhum, porém dada a inatividade, consequência na maioria das vezes das limitações motoras, este parâmetro não deve influenciar os valores de PA. Já o fumar e tomar café anteriormente à medição altera os valores, porém apenas 10 tomam café e 3 fumam no período que antecede a determinação. Um dos principais erros verificados é que a determinação não é efetuada em ambos os membros, para assim considerar o valor mais elevado, se calhar pela falta de tempo ou até mesmo pela falta de recursos humanos na instituição.

Dada a necessidade de controlar os valores de PA devido ao potencial fator de risco cardiovascular que a HTA apresenta, e face aos conhecidos fatores de risco presentes e patologias concomitantes, a abordagem terapêutica e os objetivos para os valores de PA vão ser diferentes consoante esses. As patologias concomitantes estudadas foram a Diabetes *mellitus* que 39 dos inquiridos apresentavam, ou seja uma doença também com bastante expressão, e apenas 5 deles apresentava Insuficiência Renal, 3 Doença Renal Crónica e a Proteinúria não obteve qualquer resposta afirmativa. Em média os idosos com Diabetes *mellitus* encontram-se no limite dos valores impostos e os idosos com Insuficiência Renal e Doença Renal Crónica apresentam valores médios acima dos valores ditos aceitáveis, sendo que nestes casos deve ser revista a terapêutica de forma a baixar esses mesmos valores. Quanto aos fatores de risco surge em primeiro a insuficiência cardíaca seguida das taquiarritmias, asma, gota, bloqueio auriculoventricular e síndrome metabólico. Sendo que alguns destes fatores impõem barreiras na utilização de determinadas classes farmacológicas, verificou-se num idoso com gota a utilização de um diurético tiazídico e três casos de insuficientes cardíacos em que são utilizados bloqueadores dos canais de cálcio. Nestes casos os riscos não devem superar os benefícios ou então o prescritor não tem conhecimento dessa

patologia. Nos casos relatados de bloqueio auriculoventricular não existe aplicação de bloqueadores adrenérgicos beta.

Relativamente à terapêutica instituída ao resto dos idosos hipertensos a monoterapia é representada maioritariamente pelos diuréticos da ansa, seguido dos IECA, BCC, ARA e bloqueadores beta e alfa. Porém, os objetivos nem sempre são atingidos com apenas um fármaco e daí surge a necessidade da aplicação de uma terapia dupla ou até mesmo tripla. Essa associação por vezes ocorre dentro da mesma forma farmacêutica, sendo que as mais comuns neste estudo foram os ARA e IECA associados à hidroclorotiazida e dos ARA e IECA associados aos BCC. Posto isto, consegue verificar-se que existe uma enorme variedade de princípios ativos utilizados, com o objetivo de baixar os valores de PA para valores referenciados como normais, contudo essa redução pode ser drástica em alguma das vezes. Essa redução pode provocar uma série de sintomas característicos de uma crise hipotensiva. Nos idosos hipertensos a crise hipotensiva pode ser provocada por fármacos com propriedades anti-hipertensoras, sendo que em idosos não hipertensos esta pode ser provocada por outros fatores como as diferenças posicionais momentâneas, volume sanguíneo reduzido, alterações a nível da resposta vascular provocadas pela idade, alterações a nível do sistema nervoso autónomo ou então demasiado tempo acamado. [58]

A outra patologia considerada no estudo foi o Acidente Vascular Cerebral, em que apenas 16 dos inquiridos afirmaram ter sofrido um destes eventos e 6 responderam não saber se alguma vez isso tivesse ocorrido nas suas vidas. Daqui percebe-se que não foi uma patologia com elevada incidência nos inquiridos. Novamente os idosos do distrito de Viseu foram aquelas que apresentaram maior número de casos de AVC, seguido do distrito de Bragança, porém neste último a amostra foi mais reduzida. Quanto à sua distribuição por género, não se verificou aquilo que era previsto, ou seja maior prevalência de AVC no género masculino, mas importa realçar que a amostra feminina é muito superior à masculina, daí provavelmente estes resultados.

Relativamente ao tipo de AVC sofrido pelos idosos, os resultados foram concordantes com o previsto, já que o AVC Isquémico foi aquele que obteve maior número de casos, seguido do AVC Hemorrágico e por último o Acidente Isquémico Transitório. Esta classificação em alguns não era do seu conhecimento, e daí o recurso ao historial clínico de cada um, presente na respetiva instituição.

As consequências que advém deste tipo de ocorrências podem ser apenas breves e limitadas, ou então severas e irreversíveis, dependendo da área cerebral afetada e da brevidade da resposta à emergência clínica. Tentou perceber-se quais foram as alterações que mais afetaram os idosos com AVC e aquelas que tiveram maior destaque foram as alterações a nível da mobilidade, a nível da autonomia e a nível dos autocuidados. Esta última limitação conduziu muito provavelmente a família do idoso à procura de uma instituição que o pudesse acolher e cuidar. Menos frequentes foram as alterações a nível do controlo urinário, da comunicação e do controlo intestinal. Nenhum deles referiu ter passado

por alterações a nível da consciência do mundo exterior.

Na maioria das vezes os idosos, com potencial propensão para o desenvolvimento de AVC, devido ao facto de apresentarem uma série de fatores de risco, como por exemplo a HTA, dislipidémias, alterações a nível vascular, entre outras, apresentam prescrita determinada medicação de prevenção deste tipo de eventos. Na maior parte das vezes são agentes anticoagulantes e antitrombóticos, que aliados ao uso concomitante, por exemplo de fármacos anti-hipertensores e anti-dislipidémicos tornam possível essa mesma prevenção. Aquele que apresenta maior nível de expressão é o ácido acetilsalicílico, nas dosagens com efeitos antiagregantes plaquetares, 100 e 150 mg. A seguir está o apixabano, o dabigatrano etexilato, o apixabano, moléculas mais recentes e mais dispendiosas, e por fim o clopidogrel, o dipiridamol, a ticlopidina e a varfarina. Esta última, anteriormente bastante usada, sendo que na atualidade a sua utilização é praticamente inexistente, face aos vários efeitos adversos e interações que apresenta, pois em alguma das vezes o risco era superior ao benefício.

Aqueles idosos que já sofreram um AVC, também passam ou então mantêm a medicação que vai impedir recorrências e novas lesões e conseqüentemente as suas limitações. Continua a ser o ácido acetilsalicílico aquele que apresenta mais utilizações, sozinho ou então associado a outras moléculas e continua a haver casos de utilização do apixabano, clopidogrel e rivaroxabano.

Não é de estranhar que este tipo de patologia conduza a determinadas alterações a nível do dia-a-dia da pessoa. Alterações que após realização por exemplo, de fisioterapia ou então apenas com o próprio passar do tempo se tornam praticamente inexistentes, e outras que se tornam completamente irreversíveis e limitativas. Portanto naqueles em que as limitações não foram tão severas tentou-se perceber quais as mais frequentes. As alterações a nível da mobilidade, da autonomia e dos autocuidados foram aquelas que obtiveram mais respostas positivas. Ou seja, estas alterações afetaram o dia-a-dia do idoso, o que poderia ter contribuído para a procura e escolha da instituição geriátrica na qual residem atualmente. O controlo urinário e intestinal e a habilidade na comunicação verbal obtiveram menor representação e nenhum relatou ausência de consciência do mundo.

A QVRS é afetada por uma série de fatores e de doenças, e desta forma torna-se importante tentar perceber aquilo que mais a afeta, relacionado com os problemas abordados. De acordo com o género, o sexo feminino é aquele que apresenta *scores* no SF-36 mais baixos, por isso todas as áreas foram sensíveis ao género do idoso em questão. Porém a área que obteve o *score* mais baixo foi a dos aspetos físicos, provavelmente devido a fatores endógenos do próprio envelhecimento da mulher, como por exemplo a Osteoporose. Por isso, nesta população deveriam ser instituídos hábitos diários de prática de exercício físico leve a moderado, face às limitações já existentes, como por exemplo caminhadas, pois quanto mais sedentárias permanecerem, maior a probabilidade deste valor diminuir. Para além deste, o estado geral de saúde que envolve questões de percepção da própria saúde pelo idoso,

também apresenta um *score* baixo, sendo que em quantas mais atividades estiverem envolvidos, maior o tempo em que permanecem ocupados, o que vai refletir melhoras a nível mental.

A HTA parece influenciar apenas as áreas da capacidade funcional, da vitalidade, dos aspetos emocionais e da saúde mental, dada a sua comparação com os idosos não hipertensos. A capacidade funcional diminuída é notória em praticamente toda a população geriátrica, bem como a própria vitalidade, pois naturalmente vêm-se limitados a uma série de tarefas que anteriormente faziam com grande facilidade. Os aspetos emocionais e a própria saúde mental são também influenciados pelo contexto em que vivem e pelo próprio sentimento de perda que os envolve. Sendo que, pode não ser o facto de apresentarem HTA que faz com que estes *scores* apresentem valores mais baixos. Visto a HTA ser uma doença crónica pouco sintomática, faz sentido este tipo de população apresentar um *score* na área da dor corporal mais elevado, tal como revelam os resultados.

O AVC exerce principal influência sobre as áreas da capacidade funcional, dos aspetos físicos, da vitalidade e da saúde mental. Estes dados são concordantes com as principais limitações observadas nesse conjunto de idosos. Mentalmente podem ser influenciados pela condição patológica que apresentam ou então pelas próprias limitações físicas ou funcionais, que os tornam incapazes, ou até pelo afastamento dos seus familiares.

A polimedicação está associada essencialmente à presença de um conjunto variado de patologias crónicas, que consequentemente afetam os processos biológicas da qualidade de vida. Aqui os valores de *scores* mais baixos foram obtidos para as áreas dos aspetos físicos, do estado geral de saúde, da vitalidade e dos aspetos sociais. Estes últimos influenciados essencialmente pelo contexto social em que estão inseridos.

## 10. Limitações do Estudo

Em qualquer trabalho de investigação somos deparados com algumas limitações que na maioria das vezes não foram especuladas antes da realização do mesmo.

Como principal limitação deste trabalho está o número de idosos da amostra, ou seja foram apenas inquiridos 100 idosos, o que reduz claramente o significado estatístico que os resultados obtidos poderiam alcançar. Esse número reduzido de idosos resultou do curto período de tempo em que os inquéritos foram aplicados.

Antes da aplicação do inquérito decidiu-se que os inquéritos iriam ser realizados pelas autoras do mesmo, e assim conseguíamos fazer face à grande limitação que seria a falta de compreensão de alguma das questões e a limitação que poderia ser o analfabetismo. Mesmo reunidas estas precauções, existiu a limitação do estado de consciência e das faculdades mentais de alguns dos idosos institucionalizados que lhes impossibilitou a participação no mesmo. A patologia que mais limitação de resposta teve foi o AVC devido às próprias limitações que a doença impõe.

Relativamente às perguntas do inquérito existiam termos médicos que eles não conheciam nem sabiam o que era, e na maioria dos casos os idosos sabiam que tomavam

medicação para determinada patologia mas não sabiam qual era, e nestes casos recorreu-se à consulta do processo clínico do idoso com prévia autorização da instituição.

Outra limitação é a falta de uma segunda aplicação do inquérito, principalmente da segunda parte, para existir um termo de comparação de *scores* em dois pontos diferentes do tempo. Esta mesma segunda parte, por vezes gerou alguma confusão na interpretação do que era pedido.

## 11. Conclusão

A população idosa na maioria das vezes é polimedicada, tal como se concluiu com a aplicação deste inquérito, já que 85 dos idosos inquiridos são polimedicados, e onde a média diária de medicamentos é 10. A polimedicação, segundo este estudo, é mais prevalente no género feminino, porém também foram inquiridas mais mulheres que homens. Por isso, é muito importante que os profissionais de saúde se mantenham em alerta, de forma a diminuir o número de medicamentos potencialmente inapropriados em idosos, e consequentemente os seus riscos.

Após o estudo da medicação inerente a que cada um, tem-se que os inibidores das bombas de prótons são aqueles que apresentaram maior nível de utilização, pois mais de metade dos inquiridos toma. De seguida surgem os diuréticos da ansa, as estatinas, os antiagregantes plaquetares e as benzodiazepinas de duração intermédia.

A Hipertensão Arterial foi escolhida para estudo, com o objetivo de confirmar se esta é uma patologia frequente na população geriátrica. E conclui-se isso mesmo, pois 72 dos idosos inquiridos apresentavam HTA, sendo que os valores de PA estão controlados. Continua a ser o género feminino o que apresenta maior número de casos, porém a amostra apresenta maior número de mulheres, e assim sendo é mais prevalente no sexo masculino. Todos os casos estão devidamente medicados, através do recurso às várias classes farmacológicas aplicáveis. Os diuréticos da ansa são aqueles que apresentam maior utilização, pois quase metade dos inquiridos toma. Nos restantes fármacos aplicados na monoterapia destacam-se os IECA, os BCC, os ARA e os bloqueadores beta e alfa. Contudo quando o problema não é resolúvel apenas com a monoterapia, são instituídas terapias duplas, e aí surgem as associações dos ARA com a Hidroclorotiazida, e em seguida os IECA igualmente associados à Hidroclorotiazida. Com menos casos, encontram-se os IECA e os ARA em associação com os BCC.

Conclui-se também que o problema pode não ser apenas a PA elevada e ser também uma baixa brusca da PA, pois mais de metade dos inquiridos relatam já ter sofrido uma crise de Hipotensão, e 44 deles são eram hipertensos.

A outra patologia em estudo foi o AVC, que segundo este estudo é o género feminino quem relata mais casos, mas importa não esquecer que a amostra de mulheres foi superior à de homens, logo tem maior incidência no género masculino. Dos diferentes tipos de AVC aquele que apresentou mais casos foi o AVC Isquémico, tal como era esperado teoricamente. Quanto à terapêutica aplicada quer na prevenção do AVC quer após a ocorrência deste, o ácido acetilsalicílico foi o princípio ativo com maior destaque. Em detrimento destes

acontecimentos podem surgir alterações que podem comprometer a vida quotidiana do idoso, sendo que as alterações ao nível da mobilidade, da autonomia e dos autocuidados foram aquelas que mais se destacaram.

Resultado da aplicação do SF-36 é gerado um determinado *score*, que quanto mais elevado maior é a QVRS. Sendo que esta é mais elevada no sexo masculino. Estudou-se ainda como esta afetada com a presença da HTA em comparação com a população não hipertensa, e aqui nem todas as áreas foram afetadas, pois em algumas delas os *scores* conseguiam ser mais elevados que na população não hipertensa. Daí conclui-se que pode não ser apenas a HTA quem influencia estes resultados. O mesmo parece acontecer para os idosos que apresentam AVC, e sendo assim não se consegue concluir que esses valores sejam apenas influenciados por esse facto. Por último, a polimedicação também parece afetar apenas determinadas áreas, contudo quando existe polimedicação é porque necessariamente existem múltiplas patologias associadas, e consequentemente existirá menor QVRS.

Dadas estas conclusões seria importante realizar um outro estudo, que envolvesse um número superior de idosos, para os resultados adquirirem maior significado estatístico. Uma outra hipótese seria realizar o mesmo estudo, apenas com a alteração da população alvo. A população alvo seriam os idosos ainda com residência própria, e dessa forma conseguia-se um termo de comparação para o presente trabalho. Por fim, deveria tornar-se prática diária dos profissionais de saúde, a aplicação de critérios já existentes, de forma a diminuir os medicamentos potencialmente inapropriados nesta população e consequentemente os seus riscos, e assim promover o uso racional do medicamento.

## Bibliografia

- [1] M. P. Barros *et al.*, “Ageing index,” pp. 4-7, 2010.
- [2] R. Bressler and J. J. Bahl, “Principles of drug therapy for the elderly patient.,” *Mayo Clin. Proc.*, vol. 78, no. 12, pp. 1564-1577, 2003.
- [3] T. Lehnert *et al.*, “Review: Health Care Utilization and Costs of Elderly Persons With Multiple Chronic Conditions,” *Med. Care Res. Rev.*, vol. 68, no. 4, pp. 387-420, 2011.
- [4] C. Quintal, Ó. Lourenço, and P. Ferreira, “Utilização de cuidados de saúde pela população idosa portuguesa: Uma análise por género e classes latentes,” *Rev. Port. Saude Publica*, vol. 30, no. 1, pp. 35-46, 2012.
- [5] F. A. da Costa *et al.*, “Effects of economic recession on elderly patients’ perceptions of access to health care and medicines in Portugal,” *Int. J. Clin. Pharm.*, vol. 39, no. 1, pp. 104-112, 2017.
- [6] A. Kentikelenis, M. Karanikolos, I. Papanicolas, S. Basu, M. McKee, and D. Stuckler, “Health effects of financial crisis: Omens of a Greek tragedy,” *Lancet*, vol. 378, no. 9801, pp. 1457-1458, 2011.
- [7] P. Nogueira *et al.*, “A Saúde da População Portuguesa com 65 ou mais anos de idade,” *Direção Geral de Saúde*, pp. 18-25, 2014.
- [8] M. Molokhia and A. Majeed, “Current and future perspectives on the management of polypharmacy,” *BMC Fam. Pract.*, vol. 18, no. 1, p. 70, 2017.
- [9] M. C. Weng *et al.*, “The impact of number of drugs prescribed on the risk of potentially inappropriate medication among outpatient older adults with chronic diseases,” *Qjm*, vol. 106, no. 11, pp. 1009-1015, 2013.
- [10] E. Gavilan-Moral, A. Villafaina-Barroso, L. Jimenez-de Gracia, and M. del C. Gomez Santana, “Ancianos frágiles polimedicados: ‘es la deprescripción de medicamentos la salida,’” *Rev. Esp. Geriatr. Gerontol.*, vol. 47, no. 4, pp. 162-167, 2012.
- [11] L. R. Ramos *et al.*, “Polypharmacy and polymorbidity in older adults in Brazil: A public health challenge,” *Rev. Saude Publica*, vol. 50, no. suppl 2, pp. 1-12, 2016.
- [12] L. Azoulay *et al.*, “Association Between Incretin-Based Drugs and the Risk of Acute Pancreatitis,” *JAMA Intern. Med.*, vol. 176, no. 10, pp. 1-10, 2016.
- [13] J. O. Fadare, O. O. Desalu, A. M. Obimakinde, A. O. Adeoti, S. M. Agboola, and F. O. Aina, “Prevalence of inappropriate medication prescription in the elderly in Nigeria: A comparison of Beers and STOPP criteria,” *Int. J. Risk Saf. Med.*, vol. 27, no. 4, pp. 177-189, 2015.
- [14] S. Gupta, H. M. Rappaport, and L. T. Bennett, “Inappropriate drug prescribing and related outcomes for elderly Medicaid beneficiaries residing in nursing homes,” *Clin. Ther.*, vol. 18, no. 1, pp. 183-196, 1996.
- [15] D. P. O’Sullivan *et al.*, “A prevalence study of potentially inappropriate prescribing in Irish long-term care residents.,” *Drugs Aging*, vol. 30, pp. 39-49, 2013.
- [16] T. R. Fried, J. O’Leary, V. Towle, M. K. Goldstein, M. Trentalange, and D. K. Martin,

- “Health outcomes associated with polypharmacy in community-dwelling older adults: A systematic review,” *J. Am. Geriatr. Soc.*, vol. 62, no. 12, pp. 2261-2272, 2014.
- [17] C. P. Tifft, “Treatment considerations for the hypertensive patient over age 55,” *Clin. Cardiol.*, vol. 14, no. 8 SUPPL. 4, pp. 72-78, 1991.
- [18] P. S. Gudsoorkar and S. W. Tobe, “Changing concepts in hypertension management,” *J. Hum. Hypertens.*, no. March, pp. 1-5, 2017.
- [19] L. Osterberg and T. Blaschke, “Adherence to medication.,” *New Engl. Journ. Med.*, vol. 353, pp. 487-497, 2005.
- [20] T. Rosenthal and N. Nussinovitch, “Managing hypertension in the elderly in light of the changes during aging.,” *Blood Press.*, vol. 17, no. 4, pp. 186-94, 2008.
- [21] B. Wells, J. Dipiro, T. Schwinghammer, and C. Dipiro, *Pharmacotherapy Handbook*. 2009.
- [22] Direção Geral de Saúde, “Abordagem Terapêutica da Hipertensão Arterial,” *Norma da Direção Geral Saúde - 026/2011*, vol. 026/2011, pp. 1-14, 2011.
- [23] E. J. Topol and P. W. Serruys, “Clinical Cardiology: New Frontiers,” *October*, pp. 1802-1820, 1998.
- [24] B. Bouhanick *et al.*, “Orthostatic hypotension is associated with more severe hypertension in elderly autonomous diabetic patients from the French Gerodiab study at inclusion,” *Ann. Cardiol. Angeiol. (Paris)*, vol. 63, no. 3, pp. 176-182, 2014.
- [25] J.-A. Palma and H. Kaufmann, “Epidemiology, Diagnosis and Management of Neurogenic Orthostatic Hypotension,” *Mov. Disord. Clin. Pract.*, no. January, 2017.
- [26] Q. Yang, A. Chang, M. D. Ritchey, and F. Loustalot, “Antihypertensive Medication Adherence and Risk of Cardiovascular Disease Among Older Adults: A Population-Based Cohort Study,” *J. Am. Heart Assoc.*, vol. 6, no. 6, p. e006056, 2017.
- [27] J. Sundström *et al.*, “Blood pressure-lowering treatment based on cardiovascular risk: A meta-analysis of individual patient data,” *Lancet*, vol. 384, no. 9943, pp. 591-598, 2014.
- [28] G. Arrufat-Gotteris, F. do Pazo-Oubina, M. Malpartida-Flores, and R. M. Rodriguez-Rincon, “Intervencion farmaceutica para reducir el riesgo de iatrogenia asociada a la combinacion triple whammy,” *Aten. Primaria*, vol. 49, no. 3, pp. 150-155, 2017.
- [29] F. Lapi, L. Azoulay, H. Yin, S. J. Nessim, and S. Suissa, “Concurrent use of diuretics, angiotensin converting enzyme inhibitors, and angiotensin receptor blockers with non-steroidal anti-inflammatory drugs and risk of acute kidney injury: nested case-control study,” *Bmj*, vol. 346, no. jan08 12, pp. e8525-e8525, 2013.
- [30] M. J. Milosavljevic and S. M. Jankovic, “The impact of cardiovascular drugs on the efficacy of local anesthesia in dentistry,” *Biomed. Pap.*, vol. 160, no. 4, pp. 571-577, 2016.
- [31] J. E. Weber and H. J. Audebert, “Richtige Therapie des akuten Schlaganfalls zu jeder Zeit und an jedem Ort,” *Internist (Berl)*, 2017.
- [32] S. Figueiredo *et al.*, “Endovascular Stroke Treatment of Patients Over 80 Years Old:

- Cumulative Evidence from the ‘ Real World ,’” *J. Stroke Cerebrovasc. Dis.*, pp. 1-5, 2017.
- [33] D. Calvet, S. Bracard, and J. L. Mas, “Traitement de l’ischémie cérébrale artérielle et veineuse. Recommandations formalisées d’experts: Prise en charge de l’AVC par le réanimateur,” *Rev. Neurol. (Paris)*., vol. 168, no. 6-7, pp. 512-521, 2012.
- [34] B. Riegel *et al.*, “Self-Care for the Prevention and Management of Cardiovascular Disease and Stroke,” *J. Am. Heart Assoc.*, vol. 6, no. 9, p. e006997, 2017.
- [35] G. Y. H. Lip, T. B. Larsen, F. Skjøth, and L. H. Rasmussen, “Indirect comparisons of new oral anticoagulant drugs for efficacy and safety when used for stroke prevention in atrial fibrillation,” *J. Am. Coll. Cardiol.*, vol. 60, no. 8, pp. 738-746, 2012.
- [36] S. Peng *et al.*, “Cost-effectiveness analysis of dabigatran versus rivaroxaban for stroke prevention in patients with non-valvular atrial fibrillation using real-world evidence in elderly US Medicare beneficiaries,” *Curr. Med. Res. Opin.*, vol. 0, no. 0, pp. 1-33, 2017.
- [37] N. Zhang, Z. Wang, and L. Zhou, “Aspirin resistance are associated with long-term recurrent stroke events after ischaemic stroke,” *Brain Res. Bull.*, 2017.
- [38] Antithrombotic Trialists’ Collaboration and A. Trialists, “Collaborative meta-analysis of randomised trials of antiplatelet therapy for prevention of death, myocardial infarction, and stroke in high risk patients.,” *BMJ*, vol. 324, no. 7329, pp. 71-86, 2002.
- [39] J. Wilterdink *et al.*, “Effect of prior aspirin use on stroke severity in the trial of Org 10172 in acute stroke treatment (TOAST),” *Stroke*, vol. 32, no. 12, pp. 2836-2840, 2001.
- [40] V. Serebruany and E. Golukhova, “Antiplatelet therapy: Aspirin in the elderly – tailored approaches ahead?,” *Nat. Rev. Cardiol.*, 2017.
- [41] M. N. Levine, G. Raskob, R. J. Beyth, C. Kearon, and S. Schulman, “Hemorrhagic Complications of Anticoagulant Treatment,” *Chest*, vol. 126, no. 3, p. 287S-310S, 2004.
- [42] N. Lima, “Varfarina: uma revisão baseada na evidência das interações alimentares e medicamentosas,” *Rev. Port. Clínica Geral*, no. 24, pp. 475-482, 2008.
- [43] D. J. Greenblatt and L. L. von Moltke, “Interaction of warfarin with drugs, natural substances, and foods.,” *J. Clin. Pharmacol.*, vol. 45, no. 2, pp. 127-132, 2005.
- [44] S. Schulman and M. A. Crowther, “How I treat with anticoagulants in 2012: New and old anticoagulants, and when and how to switch,” *Blood*, vol. 119, no. 13, pp. 3016-3023, 2012.
- [45] “Resumo das Características do Medicamento - Rivaroxabano,” pp. 1-29, 2010.
- [46] R. Fontes-Carvalho and A. Albuquerque, “Interação clopidogrel - Inibidores da bomba de prótons: Implicações para a prática clínica,” *Rev. Port. Cardiol.*, vol. 29, no. 10, pp. 1555-1567, 2010.
- [47] C.-P. Jansen, M. Diegelmann, E.-L. Schnabel, H.-W. Wahl, and K. Hauer, “Life-space and movement behavior in nursing home residents: results of a new sensor-based

- assessment and associated factors,” *BMC Geriatr.*, vol. 17, no. 1, p. 36, 2017.
- [48] M. den Ouden *et al.*, “Daily (In)Activities of Nursing Home Residents in Their Wards: An Observation Study,” *J. Am. Med. Dir. Assoc.*, vol. 16, no. 11, pp. 963-968, 2015.
- [49] Shah V.R, Christian D.S, and Prajapati A.C, “Quality of life among elderly population residing in urban field practice area of a tertiary care institute of Ahmedabad city, Gujarat,” 2017.
- [50] M. Suzuki *et al.*, “Evaluation of the health-related quality of life using the 36-item short form health survey in patients with chronic hepatitis C receiving pegylated interferon/ribavirin/telaprevir triple treatment,” *Exp. Ther. Med.*, vol. 12, no. 5, pp. 3353-3358, 2016.
- [51] G. R. Varma, Y. S. Kusuma, and B. V. Babu, “Health-related quality of life of elderly living in the rural community and homes for the elderly in a district of India,” *Z. Gerontol. Geriatr.*, vol. 43, no. 4, pp. 259-263, 2010.
- [52] J. L. P. Ribeiro, *Investigação e avaliação em psicologia e saúde*. 2010.
- [53] M. H. Pestana and J. N. Gageiro, *Análise de Dados para Ciências Sociais - A Complementaridade do SPSS*. 2008.
- [54] S. Bmj, B. Medical, N. Sep, and M. Journal, “Measurement Error Committee ( JISC ) in the UK . This content is also freely available on PubMed Central . . error,” vol. 313, no. 7059, 2012.
- [55] “Portal do Instituto Nacional de Estatística.” [Online]. Disponível: [https://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_indicadores&indOcorrCod=0006032&contexto=bd&selTab=tab2](https://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0006032&contexto=bd&selTab=tab2). [Acesso: 04-Jan-2018].
- [56] T. Vos *et al.*, “Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 310 diseases and injuries, 1990-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015,” *Lancet*, vol. 388, no. 10053, pp. 1545-1602, 2016.
- [57] “Direção-Geral da Saúde.” [Online]. Disponível: <https://www.dgs.pt/em-destaque/a-hipertensao-arterial-em-portugal-.aspx>. [Acesso: 18-Jan-2018].
- [58] I. et al. Vaz, “Reações adversas cardiovasculares - Hipotensão,” pp. 80-82, 2012.

# Capítulo II - Farmácia Comunitária

## 1. Introdução

O Farmacêutico pode exercer a sua profissão numa grande diversidade de áreas tais como, a Indústria Farmacêutica, a Distribuição Farmacêutica, os Assuntos Regulamentares, as Análises Clínicas, a Farmácia Hospitalar, o Ensino, porém a Farmácia Comunitária continua a ser a principal área de emprego para os farmacêuticos. [59] E nada melhor para um futuro farmacêutico, que até ao momento teve apenas oportunidade de contactar com a componente teórica, ter a hipótese de interagir com a realidade atual da profissão farmacêutica, através do estágio, para posteriormente construir as suas próprias opiniões e conhecer as principais dificuldades que surgem no dia-a-dia de um farmacêutico, sendo estes dois pontos, considerados por mim, como os principais objetivos do Estágio Curricular em Farmácia Comunitária.

Sendo que, na minha perspetiva, a Farmácia Comunitária é encarada cada vez mais, pela população em geral, como um “Cuidado de Saúde Primário”, onde se encontram um conjunto de profissionais, tanto farmacêuticos como técnicos de farmácia, com competências que lhe permitem esclarecer muitas das dúvidas que surgem tanto a nível da utilidade de determinado medicamento, como da sua posologia, possíveis interações e efeitos adversos. Esta constatação pode ser resultado, tanto do facto do acesso aos centros de saúde e aos hospitais ser taxado a um determinado valor, que muitas vezes é encarado como uma barreira à sua utilização, ou então pelo simples facto do utente depositar confiança no profissional que encontra atrás do balcão.

As farmácias podem dispensar aos seus utentes os seguintes produtos: medicamentos; substâncias medicamentosas; medicamentos e produtos veterinários; medicamentos e produtos homeopáticos; produtos naturais; dispositivos médicos; suplementos alimentares e produtos de alimentação especial; produtos fitofarmacêuticos; produtos cosméticos e de higiene corporal; artigos de puericultura e produtos de conforto. [60]

Toda a informação disponibilizada nas farmácias comunitárias proporciona a obtenção do máximo benefício do medicamento ou de qualquer outro produto de saúde, aí dispensado. Pode consequentemente, definir-se como principal objetivo da Farmácia Comunitária, a dispensa dos medicamentos sempre com o fundamento de prevenir, controlar ou diminuir a morbidade e mortalidade associada às doenças.

## 2. Organização Física e Funcional da Farmácia

### 2.1 Localização da Farmácia e Horário de Funcionamento

A Farmácia Mariano, onde realizei o Estágio Curricular, encontra-se localizada na Praça da Sé nº17/19, em pleno centro histórico da cidade de Bragança. É reconhecida, pelos seus utentes, como sendo uma das farmácias mais antigas e com mais história da cidade. Está

inserida no antigo centro da cidade, onde se podem encontrar igrejas, comércio local, consultórios médicos, clínicas dentárias e museus. Dada a sua localização e história, os utentes com que maioritariamente esta farmácia trabalha são idosos, e mais pontualmente os próprios turistas também recorrem aos seus serviços.

A Farmácia encontra-se aberta ao público nos dias úteis (Segunda-feira a Sexta-feira) das 8:30h às 20:00h, e aos Sábados das 8:30h às 13h (**Anexo III**). Em relação aos Serviços Permanentes, são assegurados pelas oito farmácias existentes na cidade, de uma forma rotativa, onde para além do horário habitual, a porta da farmácia encontra-se aberta até às 22:30h e após esta hora, o atendimento é efetuado através de um postigo, onde os utentes tocam numa campainha, e o profissional que se encontra de serviço dirige-se a este para efetuar a dispensa e facultar as informações necessárias ao atendimento, mas sempre garantindo a sua segurança e integridade. [61-62]

Tive oportunidade, durante o decorrer do meu estágio, de experimentar o atendimento noturno, e constatar o tipo de situações que surgem nesse período, sendo que o mais habitual são as situações de urgência.

## 2.2 Caracterização do Espaço Físico Exterior

A Farmácia Mariano segue a legislação atualmente em vigor, que dita o que cada farmácia deve apresentar no seu exterior, bem como toda a informação que é exigida que esteja acessível a qualquer pessoa mesmo esta no exterior da farmácia. Todas estas informações são relevantes no relacionamento com os utentes. [60], [63]

Pode ver-se no exterior da farmácia, o símbolo “cruz verde”, que se encontra iluminado durante o período de atendimento ao público, e quando a farmácia está em serviço permanente, esta permanece iluminada ao longo da noite; o símbolo das Farmácias Portuguesas e ainda uma montra onde são expostos produtos que se deseja publicitar, sendo que algumas delas foram elaboradas com a minha ajuda. Também é possível observar um painel com o nome da farmácia e uma placa com o nome da Diretora Técnica. Por último, aquela informação que mesmo no interior da farmácia se encontra acessível ao exterior pode destacar-se a informação relativa ao período de funcionamento; o mapa das farmácias de serviço permanente no município, e ainda o contacto da farmácia de serviço; referência à existência de livro de reclamações e sistema de videovigilância no interior desta e por último a indicação de proibição de fumar dentro das instalações. Não menos relevante que todas estas informações é garantir o acesso equitativo a qualquer utente, mesmo aqueles que possuam alguma limitação motora, através de uma rampa no exterior da farmácia.

## 2.3 Caracterização do Espaço Físico Interior

As farmácias devem dispor de instalações adequadas que garantam a segurança, a conservação e a preparação dos medicamentos, caso nelas ocorra a preparação de manipulados, a acessibilidade, a comodidade e privacidade dos utentes e do respetivo pessoal. [60] Para conseguir atingir estes objetivos a Farmácia Mariano apresenta a sala de atendimento ao público, o armazém, um espaço que anteriormente servia como laboratório, porém atualmente este já não é utilizado para esse fim, as instalações sanitárias, o quarto/biblioteca e o gabinete do diretor técnico que também pode ser utilizado em atendimentos mais personalizados ao utente.

**Sala de atendimento ao público:** esta zona encontra-se dividida em duas áreas, a zona de atendimento onde se encontram os balcões com os respetivos computadores e uma zona reservada à puericultura. Na zona da puericultura podemos encontrar todos os produtos relacionados com os bebés e com as suas mães, como chupetas, biberões, leites infantis, papas e compotas, entre outros produtos relacionados com os mesmos. A zona de atendimento, onde se encontram instalados os três balcões, dispõe de uma série de prateleiras onde estão expostos todos os produtos de venda livre (OTC's) e com os quais os utentes estabelecem um contacto mais próximo, e ainda um espaço onde os utentes podem aguardar pela sua vez sentados enquanto usufruem dos folhetos informativos e revistas aí disponíveis.

**Armazém:** esta zona possui uma bancada onde se encontra um computador que é utilizado maioritariamente para a realização de encomendas e sua receção, e apresenta uma série de prateleiras, gavetas destinadas à arrumação dos produtos existentes na farmácia e ainda um frigorífico para os produtos que necessitam de temperaturas de conservação entre os 2-8°C, temperatura que deve ser monitorizada constantemente, para garantir a adequada conservação dos mesmos. A arrumação dos medicamentos é efetuada segundo:

- A marca ou denominação comum internacional (DCI);
- Forma farmacêutica;
- Caso o medicamento se trate de um psicotrópico/estupefaciente existe um local próprio de armazenamento;
- Caso sejam medicamentos de uso veterinário possuem um local próprio separado de todos aqueles que são utilizados no ser humano.

Existem ainda espaços individualizados onde se guardam as ligaduras, os sacos coletores de urina e algalias, as compressas, os álcoois e a água oxigenada, o algodão, as seringas e os produtos que já não têm espaço nas prateleiras da sala de atendimento ao público. Todo o espaço que envolve o armazém apresenta sensores de temperatura e humidade, para assim se manter controlada a conformidade dos produtos dispensados.

**Quarto/Biblioteca:** este local é utilizado pelo profissional que realiza serviço permanente, para descanso e ainda como vestiário para todos os profissionais que trabalham na farmácia. Devido ao reduzido espaço disponível, este local também foi reaproveitado para colocar toda a bibliografia que é necessária a uma farmácia, como por exemplo farmacopeia, formulário galénico, regimento geral dos preços, estatutos da ordem, código deontológico dos farmacêuticos e prontuário terapêutico.

**Gabinete do Diretor(a) Técnico(a)/ Atendimento Personalizado:** este espaço é reservado à realização de todas as análises contabilísticas, é onde se procede ao controlo do receituário, quer à sua conferência, ordenação e posterior faturação. Para além do que já disse anteriormente, como é um local mais privativo é aqui que os utentes da farmácia podem ter uma consulta farmacêutica, mais particular e confidencial. Aqui também se procede à medição de parâmetros bioquímicos, como pressão arterial, colesterol, glicémia e administração de vacinas da gripe.

## 2.4 Recursos Humanos

A equipa da Farmácia Mariano é constituída por uma proprietária farmacêutica, que assume as funções de diretora técnica, a Dra. Maria Carolina Vicente, e por uma farmacêutica substituta, Dra. Ana Paula Pereira. Exceção a este número de farmacêuticos, apenas farmácias cujo valor de faturação ao Serviço Nacional de Saúde (SNS) seja igual ou inferior a 60 % do valor da faturação média anual por farmácia ao SNS, no ano civil anterior, e assim sendo podem dispensar a obrigatoriedade do segundo farmacêutico. [60] As farmacêuticas são auxiliadas por duas ajudantes técnicas, Elisabete Macedo e Marisa Garção, com formação certificada no âmbito das funções de coadjuvação na área farmacêutica, constituindo estas o quadro não farmacêutico. Porém apenas a junção entre os dois quadros origina um tratamento com qualidade, eficácia e segurança em prol da saúde e do bem-estar do utente. [63]

A diretora técnica apresenta uma série de deveres que passo a enumerar: [60]

- Assumir a responsabilidade pelos atos farmacêuticos praticados na farmácia;
- Garantir a prestação de esclarecimentos aos utentes sobre o modo de utilização dos medicamentos;
- Promover o uso racional do medicamento;
- Assegurar que os medicamentos sujeitos a receita médica só são dispensados aos utentes que a não apresentem em casos de força maior, devidamente justificados;
- Garantir que os medicamentos e demais produtos são fornecidos em bom estado de conservação;
- Garantir que a farmácia se encontra em condições de adequada higiene e segurança;
- Assegurar que a farmácia dispõe de um aprovisionamento suficiente de medicamentos;

- Zelar para que o pessoal que trabalha na farmácia mantenha, em permanência, o asseio e a higiene;
- Verificar o cumprimento das regras deontológicas da atividade farmacêutica;
- Assegurar o cumprimento dos princípios e deveres presentes na legislação reguladora da atividade farmacêutica.

### 3. Informação e Documentação Científica

Para o farmacêutico exercer com rigor e perfeição a sua profissão deve recorrentemente basear a sua atividade em bibliografia atualizada e com evidência científica. Posto isto, é imperativo para as farmácias apresentarem um conjunto de bibliografia, que os profissionais de saúde que lá trabalham possam consultar quando necessário. O Sistema Informático disponível na farmácia, neste caso o SIFARMA 2000, já é uma ótima ferramenta no auxílio da atividade farmacêutica, pois recorrendo a este podemos aceder rapidamente a informação científica sobre determinado medicamento, respetiva dosagem e posologia mais comum, principais interações e precauções, contra indicações, reações adversas, composição qualitativa e quantitativa do princípio ativo e dos excipientes, indicação terapêutica e respetiva classificação ATC. Para além deste suporte digital, podemos encontrar na farmácia diferentes tipos de literatura obrigatórios, como por exemplo, Prontuário Terapêutico, Farmacopeia Portuguesa e Resumo das Características do Medicamento, este também disponível *online* no site do INFARMED. Caso alguma dúvida, que tenha surgido, não seja esclarecida pelas fontes anteriormente mencionadas, pode recorrer-se ao Centro de Informação do Medicamento da Ordem dos Farmacêuticos (CIM) ou ao Centro de Informação sobre Medicamentos da Associação Nacional das Farmácias (CEDIME).

Na Farmácia Mariano costuma consultar-se o CIM e/ou CEDIME, quando surgem nesta emigrantes/imigrantes que necessitam de determinado princípio ativo que existe no país do qual provém, e no nosso país não tem aquela designação e queremos encontrar um equivalente.

### 4. Sistema Informático - SIFARMA 2000

O sistema informático que existe na Farmácia Mariano, como na maioria das farmácias portuguesas, é o programa da *Glintt*, o SIFARMA 2000. Este sistema informático é fundamental no dia-a-dia de qualquer farmácia comunitária, pois é através dele que se desenvolvem a maior parte das atividades desenvolvidas nas farmácias. Podem efetuar-se através dele as encomendas e posterior receção, emitir notas de devoluções, regularizar notas de crédito, controlar prazos de validade e *stocks*, efetuar dispensas com ou sem receita médica, com a possibilidade de consultar informação científica a qualquer momento, efetuar vendas suspensas, realizar a gestão de utentes e de contas corrente, atribuição de crédito a um determinado utente e posteriormente regularizá-lo, faturação no final de cada mês, entre

muitas outras funcionalidades que lhe são inerentes. Cada operador do sistema possui um código pessoal e uma senha de acesso.

Sendo assim uma ferramenta indispensável tanto a nível do atendimento ao público como da gestão propriamente dita da farmácia.

## 5. Medicamentos e outros produtos de saúde

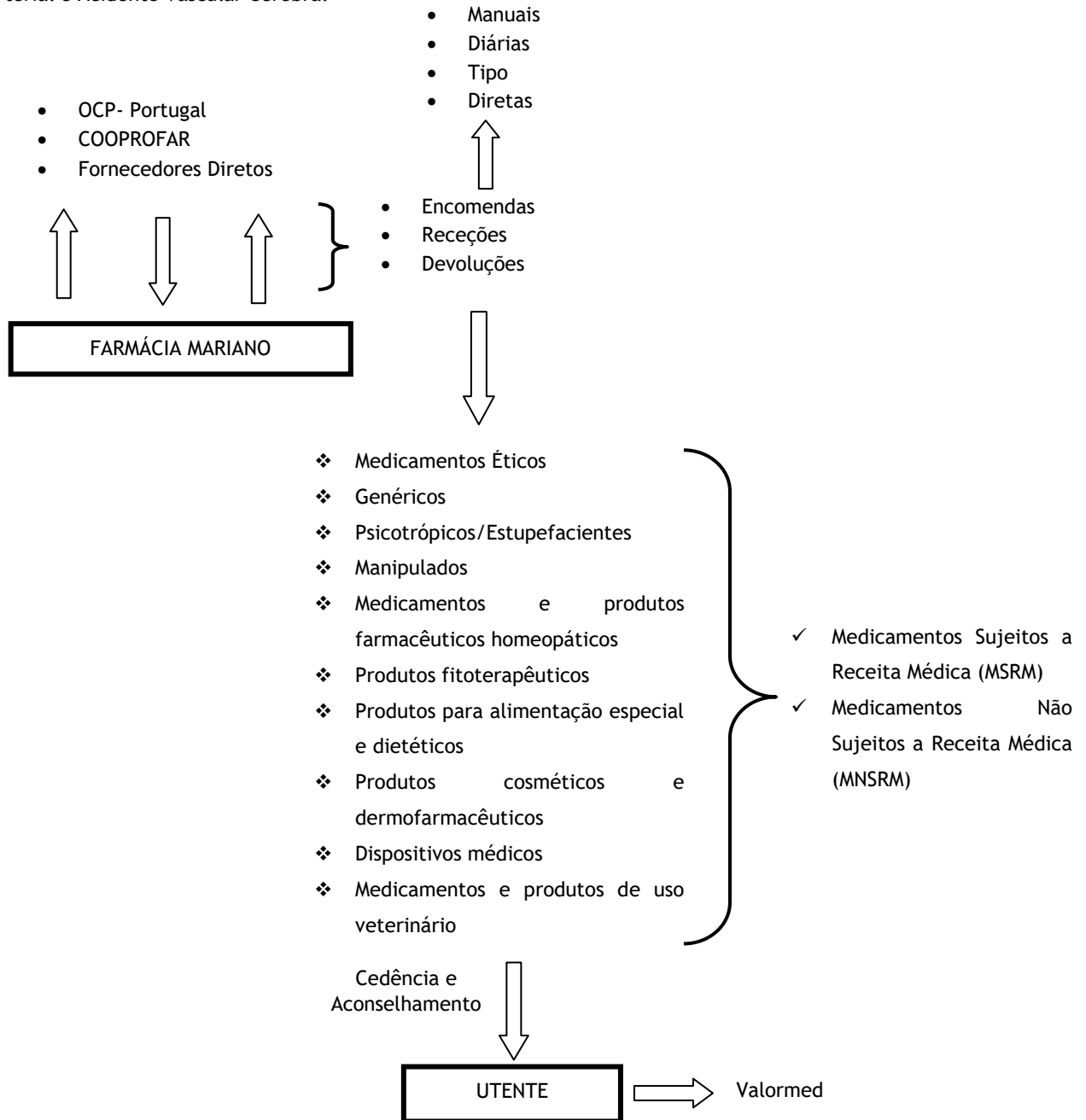
Entre os muitos produtos que as farmácias podem dispensar ao público, entende-se por: [64]

- Medicamento qualquer são substância ou uma associação de substâncias com propriedades curativas ou preventivas de doenças em seres humanos ou dos seus sintomas, ou que possa ser utilizada ou administrada no homem com vista a estabelecer um diagnóstico médico, ou exercer uma ação farmacológica, imunológica ou metabólica, com a finalidade de restaurar, corrigir ou modificar as funções fisiológicas.
- Medicamento homeopático é obtido a partir de substâncias denominadas *stocks* ou matérias-primas homeopáticas, de acordo com um processo de fabrico descrito na farmacopeia europeia ou, na sua falta, numa farmacopeia utilizada de modo oficial num Estado membro, e que pode conter vários princípios.

Outras definições, não menos importantes, vão ser desenvolvidas à medida que esse assunto vai sendo abordado no decorrer do relatório.

Em seguida encontra-se um esquema que descreve o percurso dos produtos disponíveis na Farmácia Mariano, desde a sua chegada até à sua venda.

Existem, como representado na figura 1, medicamentos sujeitos a receita médica (MSRM) que apenas são dispensados em farmácias, e medicamentos não sujeitos a receita médica (MNSRM) que para além de farmácias podem ser dispensados em locais que estejam sujeitos a determinados requisitos. São enunciados como requisitos para esses locais: instalações adequadas; um responsável técnico e pessoal com formação adequada às funções; uma placa colocada em local bem visível com os dizeres “Venda de medicamentos não sujeitos a receita médica - Registo nº NNNN/200N no INFARMED” e uma placa com o nome do responsável técnico e a respetiva habilitação profissional. [65]



## 6. Aprovisionamento e Armazenamento

### 6.1 Seleção do Fornecedor

Para garantir que os utentes da farmácia levem o que necessitam consigo, é necessário que a Farmácia Mariano seja aprovisionada corretamente pelos seus fornecedores. A seleção da COOPROFAR e da OCP-Portugal teve em consideração as condições comerciais praticadas por cada uma delas (preços praticados), os produtos que se podem adquirir através destas, os horários em que são efetuadas as entregas e quantas vezes por dia procedem ao fornecimento à farmácia. Para além destes fornecedores, são efetuadas encomendas a fornecedores diretos de produtos mais sazonais, como é o caso dos protetores solares e dos repelentes para insetos, ou então de produtos que normalmente se adquirem através destes fornecedores, deslocando-se um vendedor à própria farmácia.

## 6.2 Aquisição dos diferentes produtos e medicamentos

A Farmácia Mariano, como se trata de uma farmácia com reduzidas dimensões, tem de adaptar a quantidade de produtos que cada encomenda possa ter, ao espaço que tem disponível para o seu armazenamento. Assim não se ocupa espaço livre que poderá ser necessário para o armazenamento de produtos e medicamentos indispensáveis ao funcionamento da farmácia. Por isso, consoante a altura do ano em que nos encontramos, é efetuada a encomenda dos produtos de maior sazonalidade, por exemplo, em épocas de gripes e constipações recebem-se produtos relacionados com estas patologias, e em épocas mais quentes começam a surgir os protetores solares. Estes são apenas dois exemplos de produtos, que caso se adquirissem durante todo ano, não iriam ter uma saída proporcional à sua entrada, e iriam ocupar um espaço considerável na zona de armazém e até mesmo poderiam ultrapassar o seu prazo de validade, o que levaria a prejuízo para a farmácia.

## 6.3 Encomenda e Receção de Encomendas

Todos os produtos existentes na farmácia apresentam uma ficha do produto, no sistema informático, onde consta o *stock* atual do produto, que se define como a quantidade de produto que se encontra disponível para dispensa aos utentes naquele momento.

Para assegurar que a dispensa é realizada de forma eficaz, tem de realizar-se uma boa gestão desse mesmo *stock*. Isto é conseguido através do estabelecimento de um *stock* mínimo e máximo para cada produto, em função das necessidades e da procura impostas pelos utentes. Toda esta informação está disponível no sistema informático SIFARMA 2000, que automaticamente quando determinado produto atinge o *stock* mínimo definido previamente, emite uma hipótese de encomenda que o profissional responsável, neste caso uma farmacêutica, analisa e posteriormente valida e envia ao fornecedor via *modem*. Surgem por vezes situações, em que os produtos solicitados pelos utentes não estão disponíveis no momento, e para não deixar o utente insatisfeito com os serviços prestados procede-se à encomenda, via telefone, diretamente a um dos fornecedores, e dentro de poucas horas o produto está na farmácia, disponível ao utente. Existem ainda encomendas tipo, que o profissional elabora, e no início de cada mês analisa e edita em função do *stock* ainda existente na farmácia e por fim envia ao fornecedor de acordo com as necessidades.

Após receção da encomenda pelo fornecedor, esta é preparada e enviada para a farmácia, onde se processa à sua receção através do sistema informático. Os produtos de determinada encomenda distribuem-se por um dado número de caixotes, consoante a quantidade de produtos, e junto a cada encomenda segue uma fatura ou uma guia remessa em duplicado, onde constam informações tais como: **(Anexo IV)**

- Destinatário da encomenda e o fornecedor;
- Identificação detalhada dos produtos transportados, acompanhados maioritariamente pelo Código Nacional de Produto (CNP);

- Quantidade pedida e enviada;
- Bónus de determinado produto;
- Preço de Venda à Farmácia (PVF);
- Preço de Venda ao Público (PVP);
- Preço Impresso na Cartonagem (PIC);
- Imposto de Valor Acrescentado (IVA) a que os produtos são sujeitos;
- Caso algum produto não tenha sido enviado também é descrita a justificação.

Tive várias oportunidades ao longo do estágio de proceder a receção de encomendas, o que envolve uma série de passos. Em primeiro lugar deve verificar-se se a encomenda é destinada à Farmácia Mariano e só depois é que se procede à abertura dos caixotes, e à verificação do estado das embalagens, e caso exista algum produto de frio colocar de imediato no frigorífico. Após todos estas verificações, iniciamos sessão no sistema informático e verificamos se a encomenda já se encontra para receção ou se ainda é necessário criá-la e só depois é que se pode rececionar. Caso seja necessário criar a encomenda acede-se no SIFARMA 2000 à opção Gestão de Encomendas, seleciona-se o item Manual, onde é colocado o fornecedor, os produtos e as respetivas quantidades. Porém podem surgir casos em que os produtos introduzidos nunca tenham pertencido ao *stock* da farmácia, sendo necessário criar uma ficha de produto. Por último envia-se para Papel, ficando assim disponível para receção.

Após estar tudo preparado para rececionar as encomendas, basta inserir o número da fatura e o valor total faturado, para no final, verificar se os valores coincidem. No caso das encomendas manuais faz-se receção automática e em seguida verificar o PVF ou o PVP e se necessário corrigi-los. Nos produtos que não vêm marcados com PVP, tem de se colocar a margem de lucro para a farmácia, consoante se trate de um produto com IVA a 6%, a 23%, ou de uma papa e de leites. Caso tenha sido aplicado qualquer desconto a estes produtos é necessário colocar também a condição, ou seja a percentagem de desconto.

Uma outra verificação fundamental, na receção de uma encomenda, é o controlo do prazo de validade, pois caso o *stock* se encontre a zero, devemos colocar a validade que consta nas embalagens agora recebidas, porém caso o *stock* seja diferente de zero não se procede a qualquer alteração no prazo de validade, pois este corresponde aos produtos que ainda estão armazenados. Surgem também situações em que existem produtos com bónus sendo necessário considerá-los. Nas encomendas diárias podemos passar os produtos pelo leitor óptico, e de seguida proceder como referido anteriormente.

Concluído todo este processo e verificada a coincidência do valor de faturação com o valor obtido, podemos terminar a receção da encomenda e proceder à impressão dos códigos de barras dos produtos que necessitam de ser etiquetados. Porém podem existir produtos esgotados na encomenda, existindo a hipótese de selecioná-los e comunicar ao INFARMED essa situação. Uma outra situação que pode surgir, caso tenham sido rececionados psicotrópicos/estupefacientes e benzodiazepinas, é a necessidade de registo do número da

guia de requisição especial, que vem sempre a acompanhar a fatura caso algum destes medicamentos se encontre faturado. (Anexo V) Estas guias devem ser devidamente guardadas para no final de cada mês se proceder à gestão destes medicamentos.

Efetuada a receção, o original das faturas da COOPROFAR e da OCP-Portugal são colocadas num local próprio e servem posteriormente para efeitos contabilísticos, e o duplicado por sua vez pode ser reciclado após a sua utilização na verificação da encomenda. Caso a encomenda tenha sido feita diretamente aos laboratórios, tanto o original como o duplicado da fatura são armazenados na farmácia.

#### 6.4 Armazenamento

Após efetuar todo o processo descrito anteriormente, chega o momento de armazenar todos os produtos que chegaram. Na Farmácia Mariano, este armazenamento visa sempre garantir a qualidade dos mesmos, mantendo as propriedades físicas e organolépticas originais, controlando portanto quer a luminosidade, como a temperatura e a humidade. A política de disposição está de acordo com o “*First In, First Out*”, ou seja o produto que se encontra armazenado há mais tempo é o primeiro a ser dispensado, garantindo sempre que não existe desperdício de produtos por expiração do prazo de validade.

Os medicamentos éticos ou de marca são armazenados em gavetas deslizantes, segundo a ordem alfabética do seu nome comercial. Ainda nas gavetas são armazenadas as pílulas, os supositórios, as gotas orais, os xaropes, os injetáveis e sistemas transdérmicos, os colírios e as pomadas oftálmicas, as ampolas e as carteiras, também organizados segundo uma ordem alfabética, e ainda as seringas e o soro fisiológico. Existe também uma zona destinada ao armazenamento de pomadas e cremes, seguindo a mesma ordem de disposição, outra zona com várias prateleiras onde são armazenados os medicamentos genéricos, bem como compressas, álcoois e água oxigenada, algodão e boiões esterilizados para recolha de amostras biológicas, e por fim uma zona dividida, onde estão os produtos inalatórios e os medicamentos de uso veterinário. Os pensos transdérmicos e vaselinas são arrumados num armário e os psicotrópicos/estupefacientes possuem um local próprio de armazenamento, uma gaveta.

#### 6.5 Devoluções

Existem vários motivos pelos quais um produto pode ser devolvido tanto ao fornecedor como ao próprio laboratório de origem. Os principais motivos das devoluções que realizei foram o prazo de validade estar quase a expirar (término após 3 meses da presente data) ou então porque os produtos recebidos não foram os encomendados. Porém existem outros motivos, como por exemplo embalagens danificadas ou incompleta, deterioração dos produtos, ou retirada de produtos do mercado através de uma circular emitida pelo INFARMED, em que consta o produto que deve ser retirado, o lote e o motivo pela qual se deve a sua retirada do mercado, e remarcação de PVP.

As devoluções são então processadas através do SIFARMA 2000, onde colocamos o fornecedor ao qual vamos devolver o produto, o respetivo produto e quantidades, o motivo da devolução, bem como a origem do produto, ou seja, a número da fatura através do qual o produto deu entrada na farmácia. Neste último campo de preenchimento temos que ter em atenção que a quantidade devolvida não pode ser superior à quantidade recebida na fatura escolhida. Posteriormente, a nota de devolução vai ser impressa em triplicado, sendo que o original e o duplicado depois de carimbados, assinados e datados seguem no caixote juntamente com o produto para o fornecedor, e o triplicado fica na farmácia.

Efetuada a devolução, os fornecedores podem:

- Trocar o produto por um produto igual ao devolvido;
- Simplesmente não aceitar a devolução, e aí o prejuízo é da farmácia;
- Enviar uma nota crédito, sendo esta opção a mais comum.

Logo no início do meu estágio, foi-me dada a oportunidade de efetuar uma devolução, e quando chegou à farmácia a resposta do fornecedor procedi à regularização da nota de devolução, sendo a mais frequente a nota de crédito.

## 6.6 Reclamações

Efetuada a análise da fatura, que acompanha os produtos que dão entrada na farmácia podem ser detetadas inconformidades na mesma, por exemplo, a quantidade rececionada ser diferente da quantidade pedida; o PVP faturado ser diferente daquele que está inscrito na cartonagem (PIC); quando são aplicados descontos, e mesmo assim o preço de venda à farmácia ser superior ao preço sem desconto. Em qualquer uma das situações, o farmacêutico responsável efetua uma reclamação via telefónica diretamente ao fornecedor, ficando registado o número da reclamação, o motivo, o número da fatura e a data. Após a reclamação aguarda-se a regularização da mesma.

## 6.7 Controlo de Prazos de Validade

Uma das primeiras atividades que realizei no estágio foi o controlo dos prazos de validade, de forma manual, a todos os produtos em *stock* na farmácia e posteriormente retirei aqueles que iriam expirar no prazo de 3 meses. Sendo que o objetivo principal desta atividade era, sem dúvida, estabelecer um primeiro contato com os produtos e com a sua localização e ainda estabelecer uma primeira associação entre a marca e o princípio ativo, para posteriormente ser mais fácil chegar até eles, no momento da sua dispensa.

Existe uma outra possibilidade de controlar o prazo de validade através da impressão de uma listagem com recurso ao SIFARMA 2000, onde constam todos os produtos que vão expirar dentro de um determinado período de tempo.

Este controlo é sem dúvida um processo muito importante, pois a partir do momento em que um produto expira o seu prazo de validade as suas características organoléticas, a sua estabilidade, as suas propriedades farmacológicas e toxicológicas podem ser alteradas, o que pode levar à ocorrência de efeitos não desejáveis.

## 7. Interação Farmacêutico-Utente-Medicamento

O farmacêutico, como profissional de saúde, tem como principal responsabilidade a saúde e o bem-estar do utente e do cidadão em geral, devendo colocar o bem dos indivíduos à frente dos seus interesses pessoais ou comerciais e promover o direito de acesso, a um tratamento com qualidade, eficácia e segurança. No exercício da sua profissão apresenta o dever ético de a exercer com a maior diligência, zelo e competência e deve contribuir para a realização dos objetivos da política de saúde. [66] Sendo assim o farmacêutico deve procurar, conciliar o seu conhecimento com a informação que é necessário transmitir ao utente, nunca esquecendo que devemos adaptar a nossa linguagem à pessoa com a qual estamos a interagir.

Como o público da farmácia Mariano é maioritariamente gente idosa, ainda é bastante frequente interagir com pessoas analfabetas ou com outro tipo de incapacidade, por exemplo dificuldade auditiva, o que torna mais difícil a transmissão da informação, relativa ao medicamento, de uma forma concisa e explícita. Mas como o nosso objetivo passa por assegurar que o utente compreende tudo aquilo que lhe estamos a transmitir, pode recorrer-se ao uso de pictogramas que ilustrem o horário da toma de cada medicamento e sendo assim estamos a complementar aquilo que acabamos de lhe transmitir oralmente.

Resulta ainda desta interação uma área bastante importante, a Farmacovigilância que visa, prevenir as reações adversas a medicamentos (RAM) e promover uma utilização segura e eficaz dos medicamentos. Os utentes, os profissionais de saúde, os investigadores, as universidades, a indústria farmacêutica, os governos, as organizações internacionais e a comunicação social podem ser intervenientes do circuito da Farmacovigilância, comunicando a RAM às autoridades competentes, o INFARMED. [64], [67]

O farmacêutico está numa posição privilegiada de deteção de RAM, pois contacta frequentemente com o utente, podendo estabelecer um seguimento farmacoterapêutico que lhe proporciona a deteção de qualquer efeito não previsto, pelos ensaios clínicos, a uma determinada terapêutica. Quantas mais notificações, referentes a determinado medicamento existirem, maior a probabilidade do resumo das características do medicamento (RCM) e do folheto informativo sofrerem alterações, e por exemplo uma reação adversa que era considerada rara, passar a ser classificada como frequente.

## 8. Dispensa de Medicamentos

A dispensa de medicamentos pode ser entendida como o momento em que os profissionais da farmácia, após apresentação de uma receita médica, ou num regime de automedicação ou ainda através da indicação farmacêutica, cedem determinado medicamento ao utente. Na cedência de medicamentos o farmacêutico avalia a medicação dispensada, com o objetivo de identificar e resolver problemas relacionados com os

medicamentos (PRM), protegendo o utente de possíveis resultados negativos associados à medicação. [63]

Encarei a dispensa de medicamentos e produtos farmacêuticos como a tarefa mais aliciante do estágio, mas ao mesmo tempo era aquela em que tinha mais receio de falhar, pois é nesta situação que temos a possibilidade de contactar com as mais variadas e inesperadas situações, que por vezes nos fazem questionar. Tive oportunidade de dispensar tanto MSRM como MNSRM.

São considerados MSRM os medicamentos que preenchem uma das seguintes condições: [64]

- a) Possam constituir um risco para a saúde do utente, direta ou indiretamente, mesmo quando usados para o fim a que se destinam, caso sejam utilizados sem vigilância médica;
- b) Possam constituir um risco, direto ou indireto, para a saúde, quando sejam utilizados com frequência em quantidades consideráveis para fins diferentes daquele a que se destinam;
- c) Conttenham substâncias, ou preparações à base dessas substâncias, cuja atividade ou reações adversas seja indispensável aprofundar;
- d) Destinem-se a ser administrados por via parentérica.

Neste momento podem ceder-se MSRM através da apresentação de três tipos de receitas, atualmente em vigor, a receita manual, a receita eletrónica materializada e a receita eletrónica desmaterializada. (Anexo VI) As linhas de prescrição presentes nas receitas podem apresentar três tipos de exceções: [68]

- o Exceção a) Prescrição de medicamento com margem ou índice terapêutico estreito, conforme informação prestada pelo INFARMED, I. P.;
- o Exceção b) Fundada suspeita, previamente reportada ao INFARMED, I. P., de intolerância ou reação adversa a um medicamento com a mesma substância ativa, mas identificado por outra denominação comercial;
- o Exceção c) Prescrição de medicamento destinado a assegurar a continuidade de um tratamento com duração estimada superior a 28 dias.

A receita manual, efetuada em documento pré-impresso, é aplicada excecionalmente e nos casos previstos no artigo 8º da Portaria nº 224/2015, de 27 de julho, nos seguintes casos: [68-69]

- o Falência do sistema informático;
- o Inadaptação fundamentada do prescriptor, previamente confirmada e validada anualmente pela respetiva Ordem profissional;
- o Prescrição ao domicílio;
- o Outras situações até um máximo de 40 receitas médicas por mês.

A receita eletrónica materializada e a receita eletrónica desmaterializada são ambas resultantes da utilização de soluções ou equipamentos informáticos. Na primeira, a impressão da receita médica resultante da prescrição é efetuada por meios eletrónicos, já na segunda a prescrição é por via eletrónica, de receita sem papel, acessível e interpretável por meio de equipamento eletrónico e que inclui atributos que comprovam a sua autoria e integridade. Ambas apresentam um código de acesso e dispensa e um código de direito de opção.

## 8.1 Interpretação e Validação da Prescrição Médica

Quando surge na farmácia uma receita médica, em primeiro lugar é necessário analisá-la e verificar se está devidamente preenchida nos campos obrigatórios, item mais importante no caso das receitas manuais, e se os medicamentos prescritos se enquadram nas patologias que o utente apresenta.

As receitas manuais obedecem a uma série de regras que resultam na sua validação. Estas não podem conter rasuras, caligrafias diferentes e não podem ser prescritas com canetas diferentes ou a lápis. Estas situações, anteriormente descritas, são motivos para que as receitas não sejam aceites nas farmácias, pois não são objeto de participação. Estas têm de apresentar um conjunto de campos devidamente preenchidos, tais como: [68-69]

- Número da receita;
- Identificação e o número de beneficiário ou utente;
- Entidade financeira responsável, acordo internacional e sigla do país, quando aplicável;
- Se aplicável, referência ao regime especial de participação de medicamentos, através da sigla “R” sempre que a prescrição se destine a um pensionista abrangido por esse regime, ou a sigla “O” quando a prescrição se destina a um utente abrangido por um regime especial face à patologia que apresenta, sendo nestes casos obrigatório mencionar o despacho que consagra o respetivo regime;
- Identificação do médico, associado ao número da cédula profissional e respetiva especialidade;
- Vinheta do local de prescrição, que consoante o regime de participação, altera a sua cor de azul para verde, ou na ausência desta, o respetivo carimbo;
- Referência a qualquer uma das três exceções, caso sejam aplicáveis;
- Observar se as linhas de prescrição estão devidamente preenchidas;
- Verificar se a receita está dentro do prazo de validade (possui apenas uma validade de 30 dias após a data de prescrição);
- Assinatura do prescritor.

Para além de todos estes pontos anteriormente mencionados, em cada receita manual apenas podem ser prescritos até 4 medicamentos distintos, num total de 4 embalagens por receita. Sendo que no máximo, podem ser prescritas 2 embalagens por medicamento. No caso dos medicamentos prescritos se apresentarem sob a forma de embalagem unitária podem ser

prescritas até 4 embalagens do mesmo medicamento. [69] No ato da dispensa deve alertar-se o utente que caso ele não pretenda adquirir todos os medicamentos prescritos, estes deixam de estar disponíveis para uma posterior dispensa.

A prescrição de medicamentos pode ser feita por DCI ou nome comum, ou então por nome comercial do medicamento ou do titular de AIM, este caso apenas aplicado em casos particulares. [69] Caso a prescrição seja feita pelo DCI compete ao farmacêutico ou ao técnico de farmácia perguntar ao utente se prefere o medicamento de marca ou o medicamento genérico.

A etapa que se segue é passar no leitor óptico os produtos a dispensar, que em seguida vão ser sujeitos a uma dupla confirmação. É necessário inserir o plano de comparticipação subjacente à receita e se aplicável os regimes de complementaridade. No final de todo o processo de dispensa imprime-se no verso da receita os medicamentos dispensados, porém apenas os sujeitos a comparticipação constam nessa impressão. Para finalizar este processo a receita é de seguida assinada pelo utente, e datada, carimbada e assinada pelo profissional que efetuou a dispensa.

As receitas eletrónicas vieram facilitar todo o processo de verificação. As receitas eletrónicas materializadas estão divididas em duas partes, a receita propriamente dita e o guia de tratamento que no final é entregue ao utente. Nesta apenas é necessário passar o leitor óptico sobre os códigos de acesso e número da receita, através do qual o programa abre a receita na íntegra, porém tal como nas receitas manuais o utente caso não pretenda adquirir todos os produtos prescritos estes perdem a prescrição. Uma das vantagens, com este tipo de receitas, é a redução dos erros de dispensa, pois o sistema informático apenas permite avançar caso os medicamentos dispensados coincidam com os medicamentos prescritos. As receitas eletrónicas desmaterializadas podem surgir sob o formato de papel ou então via telemóvel, e em ambos os casos constam todos os códigos necessários à dispensa. Nestas situações os utentes podem apenas selecionar aquilo que necessitam e só mais tarde ou quando necessário, desde que a receita se encontre dentro do prazo de validade, adquirir o resto dos produtos prescritos, em qualquer farmácia. Podem surgir situações, em que o medicamento é prescrito pelo DCI da substância ativa, com o respetivo laboratório, e o utente pretende trocar o medicamento por um outro de laboratório diferente, porém apenas pode ser substituído por um de valor mais baixo.

## 8.2 Vendas Suspensas

Nem sempre os utentes possuem uma receita médica aquando da necessidade de determinada medicação sujeita a receita médica. Nestes casos, a Farmácia Mariano procede à dispensa do medicamento pretendido, na qual o utente paga a totalidade do que adquiriu, e o sistema informático emite um recibo, que no momento da regularização da venda suspensa é necessário, ou seja quando o utente apresenta a receita médica. Nessa ocasião, o utente é

reembolsado da diferença entre o valor já pago e o valor do medicamento já com a comparticipação. Porém existem utentes que apresentam uma conta corrente, no Sistema Informático da Farmácia, onde podem ser colocadas as venda suspensas, a crédito, e aquando da apresentação da receita a mesma é regularizada, através do registo do utente com crédito.

### 8.3 Regimes de Comparticipação

Face aos variados regimes de comparticipação existentes, a legislação atual prevê a possibilidade de comparticipação de medicamentos através de um regime geral ou então de um regime especial, sendo que este último se dirige a situações específicas que abrangem determinadas patologias ou grupos de utentes. No regime geral de comparticipação o Estado paga uma percentagem do preço de venda ao público dos medicamentos de acordo com os seguintes escalões, consoante a sua classificação farmacoterapêutica: [69]

- Escalão A - 90%;
- Escalão B - 69%;
- Escalão C - 37%;
- Escalão D - 15%.

O regime especial de comparticipações pode ser efetuado em função do beneficiário ou então por patologia ou grupos especiais de utentes. Quando é efetuada segundo o beneficiário, a comparticipação do estado no escalão A é acrescida de 5% (95%), e acrescida de 15% nos escalões B (84%), C (52%) e D (30%) para os pensionistas do regime especial. Existe ainda uma comparticipação do estado no preço dos medicamentos para estes pensionistas de 95% para o conjunto de escalões, nos medicamentos cujos preços de venda ao público sejam iguais ou inferiores ao 5º preço mais baixo do grupo homogéneo em que se inserem. Nos casos em que a comparticipação é efetuada por patologia ou por grupos especiais de utentes, esta é definida por um despacho do membro do Governo responsável pela área da Saúde, sendo diferentemente graduada em função das entidades que o prescrevem ou dispensam. Importante salientar que a comparticipação pode ser restringida a determinadas indicações terapêuticas fixadas no diploma, que estabelece a mesma, sendo que para assegurar o seu cumprimento, o prescriptor deve mencionar na receita expressamente o diploma correspondente. [69]

Em qualquer uma das receitas atrás mencionadas, dependendo do tipo de patologia que o utente apresenta, podem constar nos campos apropriados determinadas portarias ou despachos que acrescem o valor da comparticipação. Passo a enumerar alguns dos regimes excecionais de comparticipações:

- Despacho nº 10910/2009: Procriação Medicamente Assistida
- Despacho nº 1234/2007: Doença Inflamatória Intestinal
- Despacho nº 13020/2011: Doença de Alzheimer
- Despacho nº 14123/2009: Artrite reumatoide e espondilite anquilosante

- Despacho nº 21094/1999: Psicose maniaco-depressiva (Carbonato de Lítio)
- Despacho nº 5635-A/2014: Ictiose
- Lei nº 6/2010: Psoríase
- Portaria nº 329/2016: Dor crónica
- Portaria nº 331/2016: Dor oncológica

Outras situações patológicas que apresentam regimes de comparticipação particulares são o caso dos manipulados, dos produtos destinados ao autocontrolo da Diabetes *mellitus*, dos produtos dietéticos com carácter terapêutico e das câmaras expansoras.

Para além das comparticipações efetuadas pelo Estado, existem situações em que o utente possui uma outra entidade responsável por um regime de comparticipação suplementar para além do regime de comparticipação normal, sendo isto designado de regime de complementaridade. Nestes casos é necessária a apresentação do cartão da entidade a que está associado, para posteriormente registar o número do cartão e assim validar esta comparticipação. Cada plano de comparticipação apresenta um código correspondente no sistema informático SIFARMA 2000, que acaba por se memorizar ao longo das várias aplicações que se fazem dos mesmos. Caso não se saiba o código existe sempre a possibilidade de procurar na lista de planos que este nos apresenta.

#### 8.4 Dispensa de Psicotrópicos/Estupefacientes

São considerados psicotrópicos/estupefacientes, todas as substâncias que constam nas tabelas I e II, do Decreto-Lei nº 15/93, de 22 de janeiro, e nº 1 do artigo 86º do Decreto-Regulamentar n.º 61/94, de 12 de outubro. Sendo estas substâncias diferentes de todos os outros produtos presentes na farmácia, desde logo na sua receção, apresentam também um procedimento diferente no momento da sua dispensa. Apenas mediante apresentação de receita médica ou médico-veterinária podem ser fornecidos ao público, para tratamento, as substâncias e preparações compreendidas nas tabelas I e II. [70-71] Seguem as mesmas regras de prescrição face aos outros medicamentos, porém no caso de a prescrição ser materializada *online*, *offline* ou manual, estes medicamentos têm de ser prescritos isoladamente em receita do tipo RE e na prescrição desmaterializada, a linha de prescrição é do tipo LE. [69]

No momento em que são inseridos os códigos da receita no sistema informático, e é dada ordem ao sistema para verificar o produto dispensado, salta um quadro que tem de ser preenchido obrigatoriamente onde constam os seguintes campos:

- Identificação do utente e/ou seu representante (nome, data de nascimento, número do bilhete de identidade ou outro documento de identificação, número do passaporte caso se trate de um utente estrangeiro, morada do utente dispensado e aviado);
- Identificação da prescrição (número da prescrição);
- Identificação do médico prescriptor.

No final da dispensa é emitido o documento de psicotrópicos em duplicado, onde para além das informações em cima referidas, consta o medicamento dispensado bem como a quantidade que foi dispensada, com o registo de saída correspondente. Este documento de registo de psicotrópicos é armazenado na farmácia, e no momento de controlo destas substâncias é arquivado e anexado aos documentos necessários.

Tanto os Psicotrópicos/Estupefacientes como as Benzodiazepinas são sujeitos, no início de cada mês, a um controlo interno e um controlo que é enviado ao INFARMED. No caso das Benzodiazepinas é efetuado o registo de entradas e no caso dos Psicotrópicos e Estupefacientes é efetuado o registo de entradas e saídas, tudo isto documentação emitida através do programa SIFARMA 2000, juntamente com o Balanço E/S. (Anexo VII) As requisições especiais, que chegaram à Farmácia no momento da sua receção, são assinadas, datadas e carimbadas pelo profissional responsável, sendo que os duplicados são novamente levados pelos fornecedores e os originais ficam na Farmácia. Em relação aos Psicotrópicos/Estupefacientes é necessário proceder à verificação de toda a informação e após verificar-se que tudo se encontra conforme e coincidente, enviar ao INFARMED o registo de saídas referente ao mês em questão, com o respetivo nome da Farmácia e código. No caso das Benzodiazepinas, o balanço ao INFARMED é efetuado anualmente. (Anexo VIII)

## 8.5 Dispensa de Genéricos

O medicamento genérico é entendido como um medicamento com a mesma composição qualitativa e quantitativa de substâncias ativas, a mesma forma farmacêutica e cuja bioequivalência com o medicamento de referência haja sido demonstrada por estudos de biodisponibilidade apropriados. Estes devem ser identificados pelo seu nome, seguido da dosagem, da forma farmacêutica e da sigla "MG". [64] Daqui resulta que estes medicamentos apresentam a mesma eficácia e a mesma segurança dos medicamentos de marca. Surgiram no mercado com o intuito de reduzir ou controlar o crescimento da despesa com medicamentos, de forma a garantir a sustentabilidade dos sistemas de saúde, já que os medicamentos genéricos são menos dispendiosos do que os de marca, sendo esta a sua maior vantagem para o consumidor. [72] Porém continua a existir a controvérsia entre diferentes autores que mantêm algumas dúvidas relativamente à substituição de medicamentos de marca por genéricos, quando estes apresentam um índice terapêutico estreito, como é o caso dos antiarrítmicos, antiepiléticos, imunossuppressores, pois uma ligeira diferença nas concentrações séricas pode traduzir-se em grandes alterações a nível de segurança e eficácia, o que obriga a uma monitorização mais apertada das concentrações séricas. [73]

Quando a prescrição é elaborada segundo a DCI, sendo esta obrigatória para substâncias ativas que apresentam medicamentos genéricos autorizados, compete aos profissionais da farmácia esclarecer o utente que essa substância ativa apresenta medicamento de marca e genérico, e conseqüentemente é o utente quem apresenta o poder de decisão de um medicamento em detrimento de outro. [74]

## 9. MNSRM - Automedicação

As pessoas quando sentem qualquer sintoma não hesitam em o tentar aliviar, porém nem sempre apresentam conhecimentos suficientes, em relação ao uso de medicamentos, que os salvaguardem dos riscos inerentes aos mesmos. A Organização Mundial de Saúde define automedicação, como a prática pela qual os indivíduos tratam os seus problemas de saúde com medicamentos aprovados e disponíveis para serem adquiridos sem prescrição. Assim, todos os MNSRM podem servir de base à automedicação, porém cabe ao farmacêutico aconselhar, alertar para potenciais efeitos adversos e possíveis interações que possam ocorrer com outra medicação que o utente possa estar a tomar concomitantemente, e desta forma promover essencialmente um uso racional destes medicamentos.

A posição do farmacêutico deve envolver uma série de etapas que podem ser divididas, de uma forma esquemática, em quatro fases:

- Identificação do problema;
- Avaliação da situação;
- Aconselhamento farmacêutico;
- Seguimento farmacoterapêutico.

Porém existem vezes em que os utentes recorrem à farmácia já com uma ideia predefinida do que pretendem e compete ao farmacêutico, de uma forma adequada e pertinente, tentar perceber a finalidade daquele medicamento, fornecendo as informações necessárias à sua correta utilização.

As situações mais frequentes, com as quais contatei ao longo do meu estágio, e para as quais cedi MNSRM foram: alívio de constipações, de dores de cabeça, de dores de garganta, de aftas, de azia ou enfartamento, de quadros de obstipação, de hemorroides, e situações de contração de emergência.

## 10. Aconselhamento e Dispensa de outros Produtos de Saúde

### 10.1 Produtos de Dermofarmácia, Cosmética e Higiene

“Um Produto Cosmético e de Higiene Corporal (PCHC) é qualquer substância ou preparação destinada a ser posta em contacto com as diversas partes superficiais do corpo humano designadamente epiderme, sistemas piloso e capilar, unhas, lábios e órgãos genitais externos, ou com os dentes e as mucosas bucais, com a finalidade de, exclusiva ou principalmente, os limpar, perfumar, modificar o seu aspeto, proteger, manter em bom estado ou de corrigir os odores corporais.” [75]

A Farmácia Mariano apresenta uma vasta gama de produtos relacionados com a dermofarmácia, com a cosmética e com a higiene. Estes produtos encontram-se num local de fácil acesso ao consumidor, encontrando-se dispostos segundo marcas e finalidade. Sempre que existe lançamento de um novo produto, de determinada marca, um delegado de informação médica dirige-se à farmácia e aborda o novo produto, desde as suas funções à sua

finalidade, e depois compete ao farmacêutico responsável pelas compras decidir se pretende ou não adquirir o novo produto. Os pedidos são bastantes e o aconselhamento por parte do farmacêutico é indispensável ao uso correto destes produtos, sendo que os cremes antirrugas e os cremes de cuidado diário da pele são os que mais se vendem, e ainda os perfumes e os produtos de uso capilar.

## 10.2 Produtos de Puericultura

Os produtos relacionados com a maternidade e com o nascimento do bebé também apresentam um espaço reservado na Farmácia Mariano. Podemos encontrar para as mães desde soutiens para amamentação, a cinta de grávidas, a bombas para extrair o leite, a discos de amamentação, a cremes anti estrias, entre outros produtos. Relacionados com o bebé, podemos encontrar as chupetas de silicone e látex, os biberões com tetinas também de látex ou silicone, e também alguns brinquedos. Para além destes produtos já mencionados, também apresenta disponíveis produtos dietéticos infantis, desde leites, a papas e a compotas. Face a esta diversidade de produtos existentes, compete ao farmacêutico aconselhar qual o produto que mais se adequa à situação que lhe é apresentada, mostrando-se disponível para esclarecer qualquer dúvida que ainda persista.

## 10.3 Produtos Dietéticos

Os produtos, que no meu ponto de vista, mais atraem o público feminino são os produtos de emagrecimento, existindo uma grande e variada escolha no mercado. Porém o farmacêutico deve passar a mensagem que estes produtos, sem o auxílio de uma alimentação saudável e de uma prática regular de exercício físico, não apresentam os resultados pretendidos pelas utilizadoras. Falo em utilizadoras sendo as mais comuns, porém também o público masculino apresenta interesse nestes produtos.

Existem ainda produtos dietéticos para alimentação especial, que apresentam um carácter terapêutico, já que satisfazem as necessidades nutricionais dos utentes. Os erros congénitos do metabolismo que necessitam destes produtos constam no despacho nº14 319/2005 (2ª série), publicado no Diário da República nº1233, de 29 de Junho.

## 10.4 Fitoterapia e suplementos nutricionais (nutracêuticos)

A fitoterapia refere-se ao uso de medicamentos que possuem exclusivamente substâncias ativas uma ou mais substâncias derivadas de plantas, ou uma ou mais preparações à base de plantas ou então uma associação entre as anteriormente descritas. [64] Os produtos deste tipo que mais procura têm na Farmácia Mariano, são os chás responsáveis por regular o trânsito intestinal.

Os suplementos nutricionais destinam-se ao complemento e/ou suplemento de um regime alimentar normal, pois apresentam fontes concentradas de determinadas substâncias nutritivas ou outras com efeitos nutricionais ou fisiológicas, puros ou combinados,

apresentando-se no mercado sob as mais variadas formas farmacêuticas. [76] Os utentes procuram, mais frequentemente, suplementos que os ajudem a contornar situações de falta de energia e de concentração, sonolência, faltas de memória e problemas musculares.

### 10.5 Medicamentos de Uso Veterinário

Um medicamento de uso veterinário é toda a substância, ou associação de substâncias com propriedades curativas ou preventivas de doenças em animais ou dos seus sintomas, que possa ser utilizado ou administrado no animal com vista a estabelecer um diagnóstico ou, exercendo uma ação farmacológica, imunológica ou metabólica, de forma a restaurar, corrigir ou modificar as funções fisiológicas. [77] Porém a saída deste tipo de produtos na farmácia não é muito acentuado, e face a esta realidade o *stock* existente reflete o que o público mais procura, sendo de destacar o caso dos antiparasitários e os anticoncepcionais. Ainda durante o meu período de estágio surgiram pedidos de anti-inflamatórios não esteroides de uso animal.

### 10.6 Dispositivos Médicos

Um dispositivo médico é entendido como qualquer instrumento, aparelho, equipamento, *software*, material ou artigo utilizado isolado ou em combinação, para fins de diagnóstico ou terapêuticos, em que o principal efeito no corpo humano não seja alcançado por meios farmacológicos, imunológicos ou metabólicos. Podem ser utilizados para diversos fins, tais como: [78-79]

- Diagnóstico, prevenção, controlo, tratamento ou atenuação da 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.

Os dispositivos podem ser integrados em quatro classes diferentes (I, IIa, IIb e III) conforme a vulnerabilidade do corpo humano e os potenciais riscos decorrentes da concepção técnica e do fabrico. Consoante pertence a uma ou a outra classe, o risco também vai ser diferente, sendo que os de classe I apresentam baixo risco, os de classe IIa e IIb médio risco e por último os de classe III alto risco.

Passo a enumerar os diferentes tipos de dispositivos médicos que se encontram disponíveis na Farmácia Mariano.

Dispositivos médicos de **classe I**, tais como:

- Sacos coletores de urina, fraldas e pensos de incontinência, destinados à recolha de fluidos corporais;
- Colares cervicais, meias de compressão e pulsos, meias de descanso, joelheiras elásticas com fins médicos, destinados à imobilização de partes do corpo ou aplicadores de força ou compressão;
- Suporte externo dos utentes, como canadianas e muletas;

- Dispositivos não invasivos, como pensos oculares;
- Dispositivos invasivos de orifícios do corpo de utilização temporária, como luvas de exame;
- Dispositivos invasivos utilizados na cavidade oral até à faringe, no canal auditivo até ao tímpano ou na cavidade nasal, como as soluções utilizadas na irrigação ou lavagem mecânica;
- Dispositivos não invasivos que contactam com a pele lesada e que são utilizados como barreira mecânica, para compressão ou absorção de exsudados, como o algodão hidrófilo e ligaduras.

Dispositivos médicos de **classe IIa**, tais como:

- Compressas de gaze hidrófila esterilizadas ou não, que se destinam a controlarem o micro ambiente de uma ferida;
- Dispositivos ativos com função de medição, como os termómetros ou os medidores de tensão;
- Dispositivos invasivos de orifícios do corpo, que se destinam a ser ligados a um dispositivo médico ativo, como os irrigadores nasais equipados com motores;

Dispositivos invasivos de carácter cirúrgico, destinados à utilização temporária, como as agulhas das seringas e lancetas.

Dispositivos de **classe IIb**, tais como:

- Canetas de insulina que se destinam à administração de um medicamento;
- Preservativos masculinos, utilizados na contraceção e/ou prevenção de doenças sexualmente transmissíveis.

Dispositivos de **classe III**, tais como:

Pensos com medicamentos, em que a substância medicamentosa é acessória à do dispositivo.

## 11. Prestação de Serviços

Para além do seguimento farmacoterapêutico que normalmente é efetuado na farmácia, existe também controlo de parâmetros fisiológicos e bioquímicos, tais como medição da pressão arterial e medição da glicémia e do colesterol total, com o objetivo de controlar e prevenir doenças crónicas e bastante prevalentes no nosso país, e ainda promover a saúde e o bem-estar do utente. Qualquer um dos serviços é gratuito ao utente, exceto a medição do colesterol total, o que torna estes serviços mais acessíveis a qualquer utente. Os serviços são prestados no gabinete de atendimento personalizado, onde se encontra disponível o tensiómetro automático, as lancetas, as tiras de teste e os aparelhos de medição da glicémia e do colesterol.

### 11.1 Avaliação da Pressão Arterial

A hipertensão arterial é definida como uma elevação persistente, em vários momentos e medições, da pressão arterial sistólica ( $\geq 140$  mmHg) e/ou da pressão arterial diastólica ( $\geq 90$  mmHg). Consoante os valores obtidos pode classificar-se em Hipertensão de grau 1, grau 2 e grau 3. [80] Ao ser efetuada a medição desta teve em atenção as premissas que lhe estão associadas, como por exemplo efetuei a medição num local acolhedor e sem pressa, com o utente sentado e relaxado, pelo menos, durante 5 minutos, abordei o utente sobre a possibilidade de ter ingerido bebidas estimulantes (como por exemplo, café) ou ter fumado na hora anterior, pedi ao utente que ficasse com o membro superior desnudado, e considerei a medição do membro superior que apresenta pressão arterial mais elevada, não esquecendo que se deve adequar a braçadeira ao tamanho adequado do utente. Ao longo do diálogo que se estabelece com o utente é-lhe também perguntado se já está medicado para a Hipertensão Arterial e se está a seguir o esquema posológico prescrito.

Após a análise crítica dos valores obtidos o farmacêutico encaminha ou não o utente para o médico, e em ambos os casos aborda, em diálogo com o utente, medidas não farmacológicas que este pode adotar no seu dia-a-dia, como por exemplo efetuar uma dieta variada, nutricionalmente equilibrada, rica em legumes, leguminosas, verduras e frutas e pobre em gorduras; consoante a sua condição física praticar exercício físico; efetuar um controlo e manutenção de um peso normal; restringir o consumo de álcool; diminuir o consumo de sal e caso se aplique, cessar o consumo de tabaco. [22]

### 11.2 Avaliação da Glicémia

A Diabetes *mellitus* trata-se de uma doença metabólica que provoca níveis elevados de glicose no sangue. O diagnóstico pode surgir da avaliação de vários parâmetros e valores para plasma venoso, como a glicémia em jejum; sintomas clássicos com uma glicémia ocasional associada; glicémia às 2h, na prova de tolerância à glicose oral com 75g de glicose; e ainda através da Hemoglobina glicada A1c. Podem surgir na farmácia, utentes com diabetes tipo 1, diabetes tipo 2, diabetes gestacional ou outros tipos específicos de diabetes, em que todas elas apresentam uma etiologia diferente. [81]

Para proceder à avaliação da glicémia, a farmácia encontra-se equipada com um glucómetro, tiras de teste, lancetas e material de desinfeção. Após uma picada no dedo, é retirada uma amostra de sangue capilar, onde valores superiores a 126mg/dl representam que a pessoa é diabética, quando esta se encontra em jejum. Caso já tenha comido, ou seja glicémia pós-prandial, o valor obtido é comparado com o valor de referência, onde se considera uma pessoa diabética quando este é  $\geq 200$  mg/dl. Podem existir situações em que se obtêm valores superiores aos valores de referência, sem que o utente apresente diagnóstico de Diabetes *mellitus*. Nestas situações, deve comunicar-se ao utente que os valores de glicose no sangue se encontram alteradas, e conseqüentemente alertá-lo que deve controlar este parâmetro mais frequentemente e que deve agendar uma consulta médica brevemente, caso os valores se mantenham para lá dos valores considerados de referência.

Caso o utente já possua diagnóstico de Diabetes *mellitus*, valores anormais podem apresentar diferentes etiologias, sendo que nestes casos o melhor aconselhamento é encaminhar para o médico. Em ambas as situações pode sugerir-se medidas não farmacológicas, como a adoção de um estilo de vida saudável, onde uma boa alimentação e exercício físico são fundamentais.

### 11.3 Avaliação do Colesterol

As dislipidémias caracterizam-se por uma alteração nas concentrações de lípidos no sangue. O seu diagnóstico é consumado através da avaliação laboratorial de determinados parâmetros no sangue, tais como o colesterol total, os triglicéridos, o colesterol das HDL e o colesterol das LDL. São consideradas um fator de risco para a ocorrência de doenças coronárias, vasculares, cerebrais e arteriopatias periféricas. [82-83] A única avaliação que é efetuada na farmácia é ao colesterol total, contudo recorrendo a sangue capilar e não a sangue venoso, o que vai influenciar a interpretação do valor obtido, em comparação com o valor referência,  $\leq 190$  mg/dl. A realização prática desta determinação é muito semelhante ao procedimento da determinação da glicose no sangue, porém é necessária uma quantidade maior de sangue e umas tiras adequadas ao teste a realizar.

Qualquer que seja o valor obtido, deve propor-se ao utente medidas que modifiquem o seu estilo de vida, como por exemplo, uma dieta adequada, exercício físico regular, controlo do peso, restrição do consumo excessivo de álcool, redução do consumo de sal, e cessação tabágica, caso se aplique. [83] Caso sejam detetados valores muito discrepantes do considerado aceitável é importante reencaminhar para o médico, para este avaliar a situação.

## 12. Preparação de Medicamentos

A manipulação de medicamentos pode ser entendida como um conjunto de operações técnicas, que englobam a elaboração de uma forma farmacêutica, a sua embalagem e o seu controlo, aplicando sempre as boas práticas a observar na manipulação. Os medicamentos manipulados podem ser classificados como fórmulas magistrais, quando são preparados segundo uma receita médica, onde é especificado o doente a que se destina, ou como preparado oficial, quando o medicamento é preparado segundo indicações compendiais, de uma Farmacopeia ou Formulário. Para se proceder à manipulação é necessário recorrer a matérias-primas (toda a substância ativa ou não, empregue na preparação de um medicamento) que estejam inscritas na Farmacopeia Portuguesa, nas farmacopeias de outros Estados Partes na Convenção Relativa à Elaboração de uma Farmacopeia Europeia, na Farmacopeia Europeia ou em documentação científica compendial. Consequentemente a Deliberação nº1985/2015, de 2 de Novembro, descreve as substâncias que não podem ser usadas na manipulação. [84], [85]

Face à realidade atual da farmácia comunitária, cada vez menos se considera esta, como um local de preparação de medicamentos, passando a ser vista como um local de dispensa de medicamentos produzidos pela Indústria Farmacêutica. Dada a diminuição da procura e da

prescrição de manipulados e ainda perante o espaço reduzido que a Farmácia Mariano apresenta, optou-se por não ocorrer manipulação na farmácia. Consequentemente quando surge um utente com uma receita de manipulados é-lhe explicado que na farmácia não se efetua preparação de manipulados, porém existe estabelecido um protocolo com a Farmácia Lordelo, em Vila Real, de fornecimento de manipulados. A receita é enviada para a Farmácia Lordelo, por exemplo via *fax*, onde o pedido é processado e posteriormente, com o produto já devidamente embalado e rotulado é enviado à Farmácia Mariano. Caso a receita seja manual, estes medicamentos têm de ser prescritos isoladamente. No caso da prescrição desmaterializada, a prescrição é efetuada numa linha de prescrição de medicamentos manipulados. [69]

A partir do momento que este dá entrada na farmácia, o utente é avisado que o produto já se encontra disponível para dispensa. Aquando desta, o utente é informado no que concerne à sua posologia e modo de utilização, condições de conservação e prazo de validade.

Existem manipulados que são sujeitos a comparticipação pelo Serviço Nacional de Saúde, quando ocorre uma das seguintes situações: [86-87]

- Inexistência no mercado de especialidade farmacêutica com igual substância ativa na forma farmacêutica pretendida;
- Existência de lacuna terapêutica a nível dos medicamentos preparados industrialmente;
- Necessidade de adaptação de dosagens ou formas farmacêuticas às carências terapêuticas de populações específicas, como é o caso da pediatria ou da geriatria.

Os medicamentos que constem do anexo presente no Despacho nº 18694/2010, de 16 de Dezembro, são comparticipados em 30% do respetivo preço.

## 13. Contabilidade e Gestão

Ao longo de todos os meses, entram na farmácia diferentes tipos de receitas, sujeitas a determinadas comparticipações dependendo do utente, sendo que no final de cada mês é necessário que estas sejam enviadas às entidades participantes, pois só assim a farmácia recebe o valor correspondente à comparticipação.

### 13.1 Verificação de Receituário

O objetivo principal da verificação de receituário passa por validar as receitas de modo, a que a farmácia seja remunerada do respetivo valor das comparticipações, sem que estas sejam devolvidas sem qualquer pagamento. O farmacêutico responsável por esta atividade verifica principalmente as receitas manuais e as receitas eletrónicas materializadas.

A verificação das receitas abrange uma série de campos que têm de ser analisados, tais como, nome e número do utente, vinhetas e assinatura do médico caso estejamos perante

uma receita manual, validade da receita, medicamentos dispensados iguais aos medicamentos prescritos e respetivas quantidades, regime de comparticipação, despachos ou portarias aplicados e exceções. Após todos estes campos verificados, as receitas são ordenadas pelo número de receita e segundo o organismo de comparticipação. As receitas vão ser distribuídas por lotes, onde o máximo de receitas por lote é 30, excetuando o último que é constituído pelas restantes. Nos lotes completos não podem existir buracos, ou seja o número sequencial de receitas tem de ser mantido. A partir do momento que o lote apresenta as 30 receitas é possível emitir o verbete de identificação deste, com recurso ao SIFARMA 2000, e envolver todo o lote. No verbete podemos encontrar diversas informações, tais como, nome da farmácia e respetivo código da Associação Nacional das Farmácias (ANF), identificação da entidade/organismo responsável pela comparticipação, a série e o número sequencial do lote, o mês/ano a que corresponde, o número de receitas no lote, o PVP total do lote e o valor pago pelo utente e a pagar pela entidade de comparticipação. **(Anexo IX)**

No momento da faturação realizada no último dia de cada mês, após todas as receitas verificadas, envolvidas com o respetivo verbete e agrupadas por entidade de comparticipação, o farmacêutico responsável procede ao encerramento dos lotes e de seguida emite a relação resumo de todos os lotes pertencentes às diferentes entidades, e as respetivas faturas. **(Anexo X)** A relação resumo apresenta toda a informação que consta no verbete, porém reúne todos os lotes que a entidade responsável pela comparticipação apresenta. Na fatura, emitida em quadruplicado, constam diferentes dados tais como, identificação da farmácia e respetivo código da ANF, período de faturação e entidade responsável pela comparticipação e detalhes dos lotes onde consta por exemplo o valor pago pelos utentes e o valor a pagar pela entidade. As faturas têm de ser carimbadas, assinadas e datadas pelo farmacêutico delegado para essa função. O original, duplicado e triplicado são enviados para o Serviço de Entidades ANF, em Carnaxide, e o quadruplicado é reservado para fins contabilísticos da farmácia.

## 13.2 Envio do Receituário

O SNS difere das restantes entidades de comparticipação no que diz respeito ao envio do receituário. No momento da faturação quando se processa o SNS, o programa informático emite uma caixa de texto onde é permitido imprimir um documento que posteriormente vai funcionar como uma guia de transporte para os correios, onde consta o destinatário do receituário bem como o remetente e ainda uma Guia de Fatura, que contém a quantidade de lotes que cada subsistema do SNS apresenta naquele mês. **(Anexo XI)** Após reunir todos os documentos referentes à faturação, toda a documentação é colocada numa caixa que posteriormente é embrulhada e sobre ela é colocada a guia de transporte. Esta fica guardada na farmácia, normalmente até ao dia 5 de cada mês, momento a partir do qual um técnico dos correios pode proceder ao seu levantamento. Exceções a esta data carecem de um pedido à ANF, que procede ao alargamento da mesma até ao dia 10 do mês em causa.

Toda a documentação referente a outras entidades é colocada num envelope almofadado, e enviado para o Serviço de Entidades ANF, em Carnaxide.

Caso não seja detetada nenhuma incoerência, a ANF reembolsa a farmácia no valor correspondente à comparticipação, caso contrário é enviada para a farmácia um documento onde constam informações relativas ao erro encontrado e à possibilidade de correção ou não do mesmo, e no caso de este poder ser corrigido, essa correção é realizada até ao próximo mês de faturação.

## **14. Valormed - Sociedade Gestora de Resíduos de Embalagens e Medicamentos**

A Valormed, fundada em 1999, é uma sociedade sem fins lucrativos que possui a responsabilidade de gerir os resíduos de embalagens vazias e medicamentos fora de uso. Foi o resultado de uma colaboração entre a Indústria Farmacêutica, Distribuidores e Farmácias face à consciencialização do medicamento enquanto resíduo. [88]

A farmácia Mariano apresenta, ao dispor de qualquer utente, o contentor disponibilizado pela Valormed, devidamente identificado e num local visível a todos. Estes contentores possibilitam a recolha de medicamentos fora de prazo, ou então medicamentos que os utentes têm em suas casas, mas que já não tomam, embalagens vazias e ainda blisters, ampolas, frascos ou seringas sem utilidade.

Após os contentores estarem cheios, são selados e entregues aos distribuidores do medicamento que os transportam para as suas instalações, onde são colocados em contentores estanques. Destes seguem para um Centro de Triagem, onde se procede à sua separação e correta eliminação, consoante a sua classificação. [88]

Compete assim ao farmacêutico, enquanto profissional de saúde, zelar pela saúde pública, alertando a população dos efeitos nocivos que os medicamentos podem desencadear no meio ambiente, caso não seja feita a sua correta eliminação.

## Bibliografia

- [59] “Ordem dos Farmacêuticos.” [Online]. Available: [http://www.ordemfarmaceuticos.pt/scid/ofWebInst\\_09/defaultArticleViewOne.asp?categoryID=1914&articleID=2330](http://www.ordemfarmaceuticos.pt/scid/ofWebInst_09/defaultArticleViewOne.asp?categoryID=1914&articleID=2330). [Accessed: 04-Jun-2017].
- [60] “Decreto-Lei nº75/2016, de 8 de novembro,” *Diário da República - 1ª série, nº214*, pp. 3930-3944, 2016.
- [61] “Legislação Farmacêutica Compilada. Decreto-Lei nº 53/2007, de 8 de março,” pp. 1-7, 2012.
- [62] “Legislação Farmacêutica Compilada. Portaria nº 277/2012, de 12 de setembro,” pp. 2-4, 2012.
- [63] Ordem dos Farmacêuticos, “Boas Práticas Farmacêuticas para a farmácia comunitária (BPF),” vol. 3ª Edição, p. 53, 2009.
- [64] “Legislação Farmacêutica Compilada. Decreto-Lei nº 176/2006, de 30 de agosto,” pp. 1-250, 2006.
- [65] “Legislação Farmacêutica Compilada. Portaria nº 827/2005, de 14 de setembro,” pp. 1-5, 2005.
- [66] Ordem dos Farmacêuticos, “Código Deontológico da Ordem dos Farmacêuticos,” pp. 1-9, 1998.
- [67] N. Romão, “Qual a perceção da Indústria Farmacêutica em relação à Farmacovigilância. 15 DE SETEMBRO DE 2016,” 2016.
- [68] “Portaria nº 224/2015, de 27 de julho,” *Diário da República - 1ª série, nº144*, pp. 5037-5043, 2015.
- [69] Administração Central do Sistema de Saúde, “Normas relativas à prescrição de medicamentos e produtos de saúde,” 3, pp. 1-23, 2014.
- [70] “Legislação Farmacêutica Compilada. Decreto-Lei nº15/93, de 22 de janeiro,” vol. 18, pp. 234-52, 1991.
- [71] “Legislação Farmacêutica Compilada. Decreto Regulamentar nº 61/94, de 12 de Outubro,” pp. 1-45, 2005.
- [72] V. Maria, “A Importância dos Medicamentos Genéricos,” *Cad. Econ.*, vol. 80, no. 3, pp. 52-58, 2007.
- [73] R. Minas, “Regulamentação Farmacêutica na garantia da qualidade, eficácia e segurança dos medicamentos genéricos,” *Ordem dos Farm.*, p. 52, 2014.
- [74] Infarmed, “Decreto-Lei n.º 11/2012, de 8 de março,” *Legis. Farm. Compil.*, 2012.
- [75] Infarmed, “Rotulagem (menções obrigatórias) de produtos cosméticos e de higiene corporal,” *J. Chem. Inf. Model.*, pp. 1689-1699, 2010.
- [76] Ministério da agricultura e do mar, “Decreto-Lei nº101/2005 de 23 de Junho,” *Diário da República*, vol. 1º série, no. N.º120, pp. 1346-1371, 2015.
- [77] Diário Da República, “Decreto-Lei n.º 314/2009, de 28 de Outubro,” *Diário da República, 1.ª série – N.º 209*, pp. 8106-8215, 2009.

- [78] G. J. e C. Infarmed, “Decreto-Lei nº 145/2009, de 17 de Junho,” *Legis. Farm. Compil.*, 2009.
- [79] Conselho das Comunidades Europeias, “Diretiva 93/42/CEE do Conselho de 14 de Junho de 1993,” *J. Of. da União Eur.*, pp. 1-61, 1993.
- [80] H. M. George, “Hipertensão Arterial: definição e classificação,” *Direção-Geral da Saúde*, pp. 1-6, 2013.
- [81] F. H. M. George, “Diagnóstico e Classificação da Diabetes Mellitus,” *Norma da Direção-Geral da Saúde*, pp. 1-13, 2011.
- [82] M. George, “Número: 066/2011,” pp. 1-15, 2015.
- [83] Direção-Geral da Saúde. Ministério da Saúde, “Abordagem Terapêutica das Dislipidemias no Adulto,” *Norma Da Direção Geral Da Saúde*, pp. 1-17, 2015.
- [84] INFARMED, “Legislação Farmacêutica Compilada - Regula a prescrição e a preparação de medicamentos manipulados,” pp. 2004-2007, 2004.
- [85] Infarmed, “Medicamentos Manipulados,” *Infarmed*, p. 5, 2005.
- [86] Ministério da Saúde, “Despacho nº 18694/2010,” *Diário da República*, vol. 2, pp. 61028-61029, 2010.
- [87] “Medicamentos manipulados - INFARMED, I.P.” [Online]. Disponível: <http://www.infarmed.pt/web/infarmed/entidades/inspecao/inspecao-medicamentos/medicamentos-manipulados>. [Acesso: 24-Jun-2017].
- [88] “Valormed, Sociedade Gestora de Resíduos e de Embalagens e Medicamentos, Lda.” [Online]. Disponível: <http://valormed.pt/pt/conteudos/conteudo/id/5>. [Acesso: 04-Jun-2017].



## Capítulo III - Farmácia Hospitalar

### 1. Introdução

O Farmacêutico pode exercer a sua profissão numa multiplicidade de áreas, sendo que a Farmácia Hospitalar, continua a representar, no mercado atual, a segunda maior área de distribuição da profissão farmacêutica. [89] A Farmácia Hospitalar é uma das especialidades que um farmacêutico pode apresentar. Para poder candidatar-se a esta especialidade, da Ordem dos Farmacêuticos, para além de ter como formação académica, a Licenciatura ou Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas, tem de apresentar inscrição na ordem e uma experiência mínima de 5 anos num Serviço de Farmácia Hospitalar, devendo nos 3 últimos anos ser consecutiva e abranger todas as áreas do serviço. Sendo assim, o exame é constituído por três avaliações, a avaliação curricular, a prova teórica escrita e a entrevista. O uso posterior do título obriga à respetiva inscrição no Colégio de Especialidades de Farmácia Hospitalar. [90]

O farmacêutico hospitalar está incluído na carreira dos Técnicos Superiores de Saúde - Ramo Farmácia, exerce as suas funções em meio hospitalar, ou seja nos cuidados de saúde diferenciados ou secundários, ou em serviços com estes relacionados, funcionando como um elo de ligação entre o medicamento, o utente e os outros profissionais de saúde que também aí exercem as suas funções. Neste meio assegura a terapêutica medicamentosa aos doentes, a qualidade, eficácia e segurança dos medicamentos, integra as equipas de cuidados de saúde e promove ações de investigação científica e de ensino.

Os serviços farmacêuticos hospitalares apresentam autonomia técnica e científica, porém encontram-se sujeitos à orientação geral dos Órgãos de Administração, aos quais respondem pelos resultados do seu exercício. Podem destacar-se como principais responsabilidades destes serviços: [91-93]

- A gestão (seleção, aquisição, armazenamento e distribuição) do medicamento;
- A gestão de outros produtos farmacêuticos (dispositivos médicos, reagentes, etc.);
- A implementação e monitorização da política do medicamento, definida no Formulário Hospitalar Nacional de Medicamentos e pela Comissão de Farmácia e Terapêutica;
- A gestão dos medicamentos experimentais e dos dispositivos utilizados para a sua administração, bem como os demais medicamentos já autorizados, eventualmente necessários ou complementares à realização dos ensaios;
- A gestão da segunda maior rubrica do orçamento dos hospitais.

O estágio curricular, em Ciências Farmacêuticas, permite a escolha apenas de Farmácia Comunitária, ou então esta e Farmácia Hospitalar, sendo que optei pela última opção para desse modo ficar a conhecer a realidade da profissão farmacêutica nas duas vertentes, e

assim construir a minha própria opinião acerca da mesma. Realizei o estágio na Unidade Local de Saúde do Nordeste E.P.E. (ULSNE) - Unidade Hospitalar de Bragança, no período entre 10 de Abril a 2 de Junho de 2017. Ao longo deste relatório vou tentar descrever, da melhor forma, todas as atividades em que o farmacêutico exerce funções, bem como todos os conhecimentos que adquiri com esta experiência.

## 2. Caracterização da Unidade Local de Saúde do Nordeste E.P.E.

A Unidade Local de Saúde do Nordeste E.P.E. veio fundir o antigo Centro Hospitalar do Nordeste e o Agrupamento de Centros de Saúde do Alto Trás-os-Montes e Nordeste. Atualmente integra três unidades hospitalares, nas quais se encontra a Unidade Hospitalar de Bragança, e catorze Centros de Saúde que servem o distrito de Bragança. Foi criada em 2011, pelo Decreto-Lei nº 67/2011, de 2 de Junho, e tem por missão a prestação de cuidados de saúde primários, diferenciados e continuados à população, dando uma resposta capaz às suas necessidades e expectativas, promovendo a utilização racional e eficiente de todos os recursos, numa cultura de humanização dos serviços e de motivação e desenvolvimento dos colaboradores. [94-95]

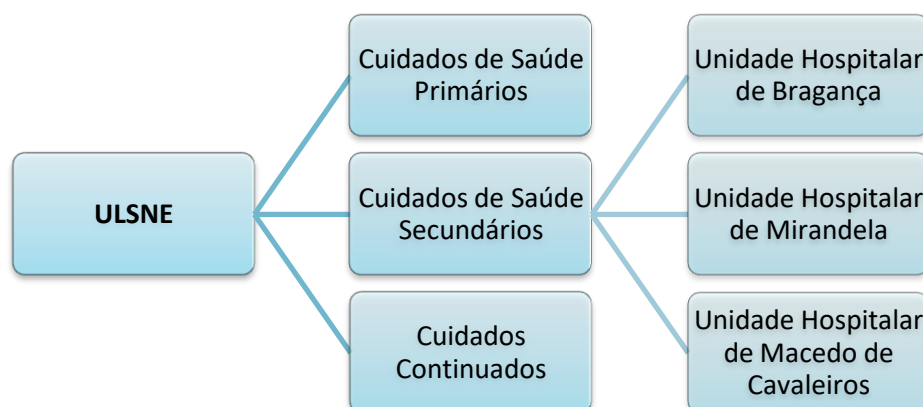


Figura 16 - Estrutura da ULSNE

A Unidade Hospitalar de Bragança apresenta cerca de 300 camas, sendo que os recursos humanos dos Serviços Farmacêuticos foram estipulados tendo em conta este valor, bem como as valências que o hospital apresenta.

### 2.1 Caracterização dos Serviços Farmacêuticos da Unidade Hospitalar de Bragança

Os Serviços Farmacêuticos apresentam como principais funções: [92-93]

- A seleção e aquisição de medicamentos, produtos farmacêuticos e dispositivos médicos;
- O aprovisionamento, armazenamento e distribuição dos medicamentos experimentais e os dispositivos utilizados para a sua administração, bem como os demais

medicamentos já autorizados, eventualmente necessários ou complementares à realização dos ensaios clínicos;

- A produção de medicamentos;
- A análise de matérias-primas e produtos acabados;
- A distribuição de medicamentos e outros produtos de saúde;
- A participação em Comissões Técnicas (Farmácia e Terapêutica, Programa de Prevenção e Controlo da Infecção e de Resistência ao Antibiótico, etc.);
- A Farmácia Clínica, a Farmacocinética, a Farmacovigilância e a prestação de Cuidados Farmacêuticos;
- A colaboração na elaboração de protocolos terapêuticos;
- A colaboração na prescrição de Nutrição Parentérica e sua preparação;
- A Informação de Medicamentos;
- O desenvolvimento de ações de formação.

As quais são assumidas pelos recursos humanos da farmácia hospitalar, de uma forma mais ou menos vincada, consoante o hospital e as valências que este apresenta.

A farmácia da Unidade Hospitalar de Bragança encontra-se dividida nas seguintes áreas:

- Área de receção de encomendas, destinada à descarga e conferência das encomendas;
- Armazém, composto por um armazém de grandes volumes, armazém de inflamáveis, cofre onde são guardados os psicotrópicos e estupefacientes, câmaras de frio e armazém geral;
- Farmacotecnia;
- Dose Unitária;
- Ambulatório;
- Informação;
- Farmacovigilância e Farmácia Clínica.

Por cada área, mencionada em cima, existe um farmacêutico responsável pela mesma, com o objetivo principal de manter o seu correto funcionamento. Porém para funcionarem adequadamente é necessário uma equipa que em número e em competências possa dar resposta a todos os pedidos e necessidades. Existem tabelados rácios que determinam o número mínimo indispensável ao correto funcionamento dos serviços, porém estes nem sempre são cumpridos. [91] A equipa de recursos humanos dos Serviços Farmacêuticos deste hospital é constituída pela Diretora dos Serviços Farmacêuticos, Dra. Cristina Neto, sendo que qualquer direção é assumida por um farmacêutico hospitalar, mais quatro farmacêuticas hospitalares, quatro técnicos de diagnóstico e terapêutica (TDT), dois assistentes operacionais e uma assistente administrativa. [92-93] Porém podem ocorrer, pontualmente, trocas entre farmacêuticos ou técnicos de diagnóstico e terapêutica dentro das três unidades

hospitalares de modo a garantir os serviços necessários, caso algum profissional tenha a necessidade de se ausentar ou esteja em situação de férias.

## 2.2 Localização do espaço físico e funcional dos Serviços Farmacêuticos e Horário de Funcionamento

Dependendo do tipo de hospital, da lotação deste, do movimento assistencial previsto, das funções acrescidas solicitadas, da existência de distribuição de medicamentos a doentes em ambulatório e do desenvolvimento informático do hospital, a localização dos Serviços Farmacêuticos na estrutura hospitalar vai variar. Posto isto, normalmente uma farmácia hospitalar deve apresentar as seguintes características, sendo que estas são observadas no Hospital de Bragança: [91]

- Facilidade de acesso externo e interno;
- Disposição de todas as áreas, incluindo o armazém, no mesmo piso;
- A secção de distribuição de medicamentos a doentes em ambulatório situa-se próximo da circulação habitual destes doentes, como por exemplo próxima das consultas externas, com entrada exterior aos serviços farmacêuticos;
- Proximidade com os sistemas de circulação, como os elevadores.

Os serviços farmacêuticos deste hospital funcionam de Segunda a Sexta-feira das 9:00h às 18:00h, e Sábados das 10:00h às 16:00h, sendo que nestes dias os serviços são assegurados apenas por um farmacêutico, por um técnico de diagnóstico e terapêutica e por um assistente operacional. Após o horário normal de funcionamento da farmácia existe sempre um farmacêutico de prevenção que assegura qualquer tipo de medicação que seja necessária e que é alertado de qualquer eventualidade que ocorra na farmácia, como por exemplo quando a variação da temperatura nas arcas frigoríficas é anormal.

## 3. Gestão dos Serviços Farmacêuticos

Como os serviços farmacêuticos representam a segunda maior rubrica do orçamento dos hospitais, a seguir aos recursos humanos, é necessário efetuar uma boa gestão dos recursos existentes e mesmo assim satisfazer todas as necessidades. Essa linha de pensamento é aplicada tanto ao nível da seleção do produto como a nível da sua aquisição.

### 3.1 Gestão de *stocks*

A gestão de *stocks* envolve a capacidade de gestão do que ainda existe armazenado e aquilo que se prevê distribuir aos diferentes serviços e cuidados. A responsável de compras, com recurso ao sistema informático da farmácia, consegue controlar o que é necessário comprar, através da análise das previsões de consumo e da análise ABC dos produtos com *stock* na farmácia. Quando por ventura existe a rutura de um *stock* ou quando a quantidade

existente é inferior à necessária, o TDT ou qualquer outro profissional anota numa folha apropriada ao efeito e esta é entregue à responsável de compras.

As previsões de consumo devem ser feitas anualmente, tendo em conta o que ainda existe na farmácia, os compromissos já estabelecidos e dependendo do tipo de medicamento em causa, por exemplo se o medicamento é de uso comum e consumo regular aplicam-se métodos utilizados regularmente nas previsões de consumo, ou caso se trate de um medicamento utilizado em patologias raras, devem ser avaliados os números de casos tratados anualmente. [92]

Cada unidade hospitalar pertencente à ULSNE elabora as próprias encomendas, porém existem situações de trocas de produtos entre as três unidades, de modo a garantir o escoamento de determinado produto, a evitar o seu desperdício e ainda garantir que determinada terapêutica não seja suspensa. Sendo que as maiores quantidades encomendadas pertencem à unidade hospitalar de Bragança, já que é esta que distribui para a maioria dos cuidados de saúde primários da ULSNE.

### 3.2 Seleção e Aquisição

A seleção é uma atividade fundamental que garante a qualidade da terapêutica medicamentosa e a contenção de custos. Face a este pressuposto, um dos objetivos estratégicos na área da saúde foi racionalizar os custos de uma forma eficiente e racional, através da criação dos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS). Com isto obtém-se um nível elevado de poupança, criam-se sinergias, aumenta-se a produtividade, com benefícios ao nível da qualidade do serviço prestado e da informação de gestão produzida. [96-97] O SPMS em articulação com o Catálogo de Aprovisionamento Público de Saúde detém os produtos com AIM em Portugal, que a responsável de compras pode adquirir, ao qual se podem efetuar dois tipos de reajustes:

- **Ajuste direto** → Aqui é necessário justificar o porquê da seleção de um determinado medicamento em detrimento de um outro presente no catálogo.
- **Adenda** → Aquando da primeira seleção não havia necessidade de determinado medicamento, porém surgiu determinada situação que justificou este pedido. É elaborado um pedido onde é devidamente justificada a causa desse requerimento e onde é demonstrado o valor terapêutico acrescido às demais terapêuticas existentes. Posteriormente este é submetido à Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) do hospital. Caso exista concordância da CFT, este é submetido a concordância à Comissão Nacional de Farmácia e Terapêutica (CNFT). [98] O medicamento aprovado pode ser aplicado em serviços transversais, ou seja em todos os doentes, ou então apenas em serviços casuísticos, quer isto dizer num doente individualizado.

Todos os medicamentos a adquirir são selecionados obrigatoriamente por um farmacêutico. [91], [99] Essa aquisição, muitas das vezes resulta da articulação entre os

Serviços Farmacêuticos e o Departamento de Compras e Logística, sendo que no final de todo o processo é gerada uma nota de encomenda. Podem ainda surgir situações de rutura de *stock*, em que o hospital realiza um pedido de empréstimo a outra unidade hospitalar ou então a uma farmácia comunitária, para assim garantir o cumprimento da terapêutica.

De notar, que determinados produtos apenas podem ser adquiridos a determinados fornecedores, sendo que no momento da encomenda deve verificar-se o que cada fornecedor apresenta e propõe, e por vezes adquirir produtos que mesmo não sendo necessários, vão compensar na medida em que não se pagam os portes de envio. Porém nem todas as aquisições se processam desta forma, existem situações particulares, como é o caso das Autorizações Especiais de Utilização (AUE) e o caso dos Psicotrópicos/Estupefacientes e Benzodiazepinas.

### 3.2.1 Autorização Especial de Utilização

A aquisição de produtos que abordei até ao momento, constam de AIM em Portugal, porém podem surgir casos em que é necessário um medicamento que não é comercializado em Portugal, mas que apresenta vantagens terapêuticas em relação a determinada patologia face aos existentes em Portugal. Nestes casos estamos perante uma AUE, cujo carácter é excepcional e carece de autorização prévia a conceder pelo INFARMED, sempre que se aplique uma destas três condições: (Anexo XII) [64]

- Mediante justificação clínica, sejam considerados imprescindíveis à prevenção, diagnóstico ou tratamento de determinadas patologias, desde que seja demonstrada inexistência de alternativa no conjunto de medicamentos com autorização de introdução no mercado; (Anexo XIII)
- Sejam necessários para impedir ou limitar a propagação, atual ou potencial, de agentes patogénicos, toxinas, agentes químicos, ou de radiação nuclear, suscetíveis de causar efeitos nocivos;
- Em casos excecionais, sejam adquiridos por serviço farmacêutico ou farmácia de oficina e dispensados a um doente específico.

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, tal como descrito pelo nº 3 do artigo 9º da Deliberação nº 76/CA/2015, de 18 de Junho de 2015.

### 3.2.2 Psicotrópicos/Estupefacientes e Benzodiazepinas

Após emissão da nota de encomenda, estes medicamentos apresentam uma particularidade que os distingue dos demais medicamentos, pois a sua requisição é escrita e envolve o preenchimento do Anexo VII (modelo nº 1506 da INCM) aprovado pelo INFARMED

(Anexo XIV), o qual é destacado do livro e devidamente assinado e autenticado, pelo respetivo responsável de compras, o farmacêutico. [71]

A requisição deste tipo de substâncias apresenta um dossier onde consta o número sequencial da requisição que posteriormente vai ser colocado ao longo do preenchimento do Anexo VII. O preenchimento deste anexo envolve dados como, o número da nota de encomenda, o fornecedor ao qual se efetua a requisição, o número do Código Hospitalar Nacional do Medicamento (CHNM) e respetiva designação, forma farmacêutica, dosagem e quantidade pedida. No final de todos estes campos estarem preenchidos, o responsável de compras assina. Posteriormente o anexo é enviado, em duplicado, ao fornecedor, o qual também assina e fica na posse do duplicado, sendo que o duplicado acompanha os produtos que chegam aos serviços farmacêuticos e aí é arquivado.

### 3.3 Receção

A receção dos produtos que chegam à farmácia é efetuada por um TDT, à exceção da receção de Psicotrópicos/Estupefacientes e Hemoderivados que é efetuada por um farmacêutico.

As encomendas devem vir sempre acompanhadas de uma fatura ou de uma guia de remessa, em que o duplicado é assinado e entregue novamente ao fornecedor no ato da entrega. Caso exista algum produto que necessite de condições de refrigeração no seu armazenamento, este é armazenado logo após a entrega por parte do fornecedor. Na própria fatura, o TDT verifica se a encomenda é para a Unidade Hospitalar de Bragança, verifica se o lote descrito na fatura coincide com o lote rececionado, a quantidade recebida e a data de validade. De seguida, consulta-se a nota de encomenda e verificam-se todos os pontos descritos anteriormente, e no final da conferência, o responsável carimba e assina. Quando a quantidade recebida for inferior à quantidade pedida a encomenda é considerada parcialmente satisfeita. No que diz respeito aos estupefacientes e psicotrópicos, o farmacêutico procede de forma semelhante, porém tem de ter especial atenção se juntamente com a encomenda foi enviado o duplicado do Anexo VII, devidamente assinado pelo diretor técnico da entidade fornecedora. Em relação aos hemoderivados, para além dos pontos habituais de confirmação, é também exigida a conferência dos boletins de análise e dos certificados de aprovação emitidos pelo INFARMED, que ficam arquivados junto com a respetiva fatura em dossiers específicos (por ordem de entrada). [91] Tive oportunidade de acompanhar ambas as receções e auxiliar a sua realização, sendo que a introdução dos produtos rececionados no *stock* da farmácia é efetuada pela assistente administrativa.

### 3.4 Armazenamento

O pressuposto do armazenamento de medicamentos, produtos farmacêuticos e dispositivos médicos deve ser garantir as condições necessárias de espaço, luz, temperatura, humidade e segurança dos produtos sujeitos a condições de armazenamento e legislação especiais (estupefacientes, psicotrópicos e inflamáveis). [91] Esta atividade é

maioritariamente realizada pelos assistentes operacionais, e por vezes com o auxílio de um TDT.

Existem duas formas de conservação principais na Unidade Hospitalar de Bragança, sendo que o cofre e o armazém geral apresentam condições de conservação à temperatura ambiente, em que a temperatura máxima pode alcançar o 25° C, a humidade ser inferior a 60% e proteção da luz e da luz solar direta. Quando os produtos necessitam de sistema de refrigeração, a temperatura é mantida entre 2° a 8° C, o local deve encontrar-se isento de condensação de humidade e tem de existir um controlo e registo permanente da temperatura, sendo que existem dois locais com estas características, uma câmara frigorífica e uma de dimensões inferiores localizada no armazém geral. Porém existem medicamentos que necessitam condições de armazenamento diferentes daquelas que mencionei anteriormente, como é o caso daqueles que necessitam de congelação, ou seja são mantidos a temperaturas inferiores a -15°C. [91-92]

Em relação ao espaço físico, os inflamáveis apresentam um local próprio de armazenamento, que obedece a uma série de critérios, tais como: [91]

- Acesso pelo interior com porta corta-fogo de fecho automático, a abrir para fora;
- Instalação elétrica do tipo antideflagrante;
- Chuveiro de teto com deflagração automática;
- Paredes interiores reforçadas e resistentes ao fogo;
- Detetor de fumos e sistema de ventilação;
- Chão impermeável, inclinado, rebaixado e drenado para a bacia coletora, não ligada ao esgoto;
- Temperatura mantida na ordem dos 25°C.

Os Psicotrópicos/Estupefacientes são armazenados num cofre, ao qual apenas têm acesso os farmacêuticos, e os injetáveis de grande volume possuem também um armazém próprio.

Em qualquer um dos locais de armazenamento, os produtos são organizados segundo a ordem alfabética da denominação comum internacional (DCI), sempre com especial atenção ao prazo de validade, em que a disposição segue a regra do FIFO- "*First in - First out*", com vista a garantir que os produtos de prazo de validade mais curto sejam sempre os primeiros a ser distribuídos. No armazém geral, existe ainda uma divisão segundo a forma farmacêutica do produto em causa e a finalidade do mesmo, onde os anti-infecciosos, os antídotos, os medicamentos utilizados no bloco operatório e a nutrição artificial apresentam locais próprios de armazenamento.

De forma a garantir que o cedido é o pedido, foram implementadas estratégias que facilitam a distinção entre os medicamentos armazenados, que apresentam embalagens semelhantes e fonéticas idênticas, o que se designa de Medicamentos LASA. Os que apresentam aspeto ou ortografia semelhante são designados medicamentos "*look-alike*" e os medicamentos com nome foneticamente semelhante são designados de medicamentos "*sound-alike*". Adotou-se uma sinalética de cores, que é colocada no local do seu

armazenamento e elaborou-se uma lista que se encontra disponível, para qualquer profissional, onde constam todos os medicamentos deste tipo, presentes no hospital. (Anexo XV) [100]

Existe a necessidade de controlar regularmente, o prazo de validade de todos os produtos existentes em armazém ou então nos próprios serviços clínicos, com o objetivo de evitar desperdícios e prejuízos. Por isso, no plano de atividades dos farmacêuticos está descrita a função de controlo dos prazos de validade do armazém, dos carros de emergência, do bloco operatório e da viatura de emergência médica, pelo menos uma vez por mês. Já os armários de recurso apresentam também uma auditoria mensal, porém esta realizada pelos TDT. Sendo que, ao longo do meu período de estágio tive a possibilidade de participar em ambas as auditorias.

## 4. Distribuição

A distribuição é encarada como a atividade mais visível que um farmacêutico hospitalar tem em meio hospitalar. Apresenta como principal objetivo tornar disponível, para cada doente, o medicamento correto, na quantidade e qualidade certas e no momento preciso, de modo a garantir o cumprimento da prescrição médica proposta. Para além deste, pode destacar-se a diminuição dos erros relacionados com a medicação (administração de medicamentos não prescritos, troca da via de administração, erros de doses, etc.), efetuar uma monitorização ao longo da terapêutica, racionalizar os custos associados e reduzir o tempo de enfermagem dedicado às tarefas administrativas e manipulação dos medicamentos. [91-92]

Na Unidade Hospitalar de Bragança podem encontrar-se diferentes tipos de Sistemas de Distribuição de Medicamentos:

- Sistema de Distribuição Individual em Dose Unitária;
- Sistema de Distribuição por Reposição de *Stocks* Nivelados;
- Distribuição mediante Requisições Individualizadas por Doente;
- Sistema de Distribuição Tradicional;
- Circuitos Especiais de Distribuição (Hemoderivados e Estupefacientes e Psicotrópicos);
- Distribuição aos doentes em Regime de Ambulatório;
- Distribuição aos Cuidados de Saúde Primários.

### 4.1 Distribuição Individual em Dose Unitária

Este tipo de distribuição inicia-se com uma prescrição médica, em formato digital, e tem como objetivo distribuir a medicação necessária ao doente, por um período de 24h. Porém, dado que a farmácia se encontra fechada ao Domingo, na Sexta-feira a medicação em dose unitária é preparada para um prazo de 48h ou então quando feriado procede-se da mesma forma.

Com este tipo de distribuição, o farmacêutico consegue participar mais ativamente no estudo da terapêutica instituída ao doente. Pois todas as prescrições médicas, antes de prosseguirem para os TDT responsáveis pela Dose Unitária, o farmacêutico necessita de validar essa mesma prescrição. A validação da prescrição envolve o estudo de uma série de fatores que podem estar subjacentes a determinada terapêutica, como por exemplo, doses instituídas, possíveis interações e possíveis duplicações da medicação.[91] Contudo o ideal, no processo de reconciliação terapêutica seria o farmacêutico ter acesso a resultados bioquímicos, medidas antropométricas, alergias conhecidas, possíveis complicações associadas ao doente, como a função renal ou cardíaca comprometida e ainda conhecimento da medicação que o doente tem instituída mas que não é o hospital que fornece, onde por vezes o que surge na realidade é medicamento 1. Reunindo toda essa informação, o seguimento farmacoterapêutico efetuado ao doente iria garantir a segurança, eficácia e qualidade da terapêutica instituída, refletindo melhores resultados. Na eventualidade do farmacêutico detetar qualquer tipo de inconformidade pode contactar de imediato com o médico prescriptor ou então deixar uma observação no perfil farmacoterapêutico, e a validação permanece pendente. Tive oportunidade de observar todo este processo, verificando que consoante o serviço clínico em questão, torna-se mais ou menos rotineira a medicação prescrita.

Após a validação farmacêutica, o TDT emite o mapa farmacoterapêutico e procede à preparação da gaveta individualizada ao doente, sem ajuda de qualquer sistema automatizado, maioritariamente no dia que antecede a data do mapa. Posteriormente, até que a mala saia da farmácia, podem ser emitidas eventuais alterações à mala, como alteração de medicação, alteração de cama ou então altas. Após as 15h da tarde, todas as alterações que surgirem são da responsabilidade de um farmacêutico.

A sala da dose unitária é composta por uma série de gavetas e armários onde está disponível toda a medicação individualizada e corretamente identificada através do: [92]

- Nome genérico;
- Dosagem;
- Prazo de validade;
- Lote de fabrico.

E desejavelmente deverá constar ainda:

- Nome comercial;
- Lote de embalagem;
- Código de barras.

Pude efetuar a preparação, com a respetiva supervisão de um TDT ou farmacêutico, de diversas malas de medicação, para diferentes serviços clínicos do hospital, o que me facultou maior proximidade com a terapêutica instituída, e oportunidade de estabelecer um possível diagnóstico face ao que está prescrito. Consoante o serviço, a gaveta é preparada por horário

de tomas ou então de uma forma aleatória. Por exemplo, os serviços Cirurgia Geral e Ortopedia são preparados por horário de tomas, e os restantes serviços de uma forma mais aleatório já que envolvem quantidades superiores de medicação. Cada gaveta apresenta o nome do paciente, o número da cama, o número do processo clínico e o serviço de internamento. Quando a mala regressa à farmácia vinda do serviço, pode existir medicação nas gavetas que não foi utilizada pelos doentes, e que é necessário colocá-la novamente no *stock* da farmácia, processo que se designa de revertência. Isto é processado informaticamente por doente respetivamente.

Este sistema de distribuição não pode ser aplicado a todos os serviços clínicos do hospital, como é o caso da Urgência Geral e Pediátrica e do Bloco Operatório, ao qual estão associados outros tipos de distribuição, que abordarei a seguir. No serviço de Medicina Intensiva apenas existe preparação de dose unitária, pelo farmacêutico, daquela medicação que não consta no *Pyxis® MedStation®*, o que corresponde a uma pequena percentagem da medicação utilizada neste serviço.

## 4.2 Distribuição por Reposição de Stocks Nivelados

O sistema de reposição de *stocks* nivelados permite, em cada serviço, suprir as necessidades pontuais, em que não era viável o tempo de espera entre a prescrição até à obtenção do medicamento. [101] Existem três situações onde o sistema de reposição é deste tipo, os armários de recurso, os carros de emergência e o sistema de distribuição semi-automática, o *Pyxis® MedStation®*.

### 4.2.1 Armário de Recurso

Os armários de recurso encontram-se divididos numa série de gavetas devidamente identificadas, as quais possibilitam a individualização da medicação. Cada medicamento existente no armário de recurso apresenta um determinado *stock* acordado entre o enfermeiro chefe do serviço e os serviços farmacêuticos. Este foi definido consoante o número de doentes e patologias mais comuns naquele serviço, o horário de funcionamento dos serviços farmacêuticos e ainda as características físicas do local (temperatura, humidade e luminosidade). No momento, em que é retirada medicação deste armário, o próprio enfermeiro anota a saída desse medicamento na folha de reposição de *stocks*, que mais tarde é enviada para a farmácia, para esta proceder à reposição da medicação em falta.

Mensalmente, um TDT efetua uma auditoria aos armários de recurso, dos serviços pelos quais está responsável, onde verifica o prazo de validade dos produtos e o *stock*, e caso haja um *stock* superior ao que era previsto, o excesso regressa à farmácia, e aquilo que se encontra em falta é repostado, verificação essa que teve oportunidade de realizar ao longo do estágio. No final é elaborado um relatório de discrepâncias e revertências efetuadas, bem como descritas sugestões de melhoria.

#### 4.2.2 Carro de Emergência

Um outro exemplo, deste tipo de sistema de distribuição são os carros de emergência, que é uma estrutura móvel ou, em certos casos, transportável, que contém fármacos e outros materiais, como material de acessos venosos e administração de fármacos, material de via aérea e monitorização cardíaca, fluídos, material de aspiração e material de algaliação, tudo isto indispensável para a reanimação cardio-respiratória. Devem estar presentes em todas as salas de emergência, de todos os serviços de urgência da Rede ( Despacho nº13427/2015, de 20 de Novembro), bem como em todas as unidades do sistema de saúde que lidam com doentes agudos ou com doenças crónicas que possam agudizar. [102], [103] Devem estar num local de fácil acesso, e devem estar dotados de um sistema de alerta, que alerte sempre que um medicamento for retirado, para que de imediato se proceda à sua reposição.

Tal como os armários de recurso, estes também sofrem auditorias, apenas com uma diferença, pois aqui é o farmacêutico o responsável pela mesma. A auditoria é trimestral, e existe controlo dos prazos de validade e dos *stocks*. Caso exista algum medicamento a expirar no prazo de três meses é retirado e repostado o *stock* com outro de prazo de validade mais longo. Nesta auditoria, existe uma coresponsabilidade entre o farmacêutico e o enfermeiro delegado para esta função, porém o enfermeiro responsável tem de efetuar obrigatoriamente auditorias mensais a este sistema de distribuição.

#### 4.2.3 Pyxis® MedStation®

Os *Pyxis* são armários semi-automáticos, controlados informaticamente através de um *software*, e interligados com uma consola central localizada nos Serviços Farmacêuticos do hospital. São compostos por um ecrã táctil, diversos módulos e gavetas, onde os medicamentos são armazenados segundo as suas características e volume. Podem ter acoplado um módulo refrigerado, para os fármacos termolábeis, nos quais a temperatura de conservação varia entre 2°C a 8°C. O acesso a este tipo de equipamento, por parte dos profissionais quer enfermeiros ou farmacêuticos, é feito através do registo biométrico ou da sua senha individual. [104] Isto vai permitir um maior controlo, no que diz respeito ao acesso ao medicamento, quer em termos de retiradas quer em termos de devoluções.

Cada fármaco existente neste tipo de sistemas automatizados, apresenta um *stock* mínimo e máximo, definido em função das exigências dos serviços nos quais foram inseridos. Sendo que qualquer tipo de medicação apenas pode ser retirada do *Pyxis* pela equipa de enfermagem, após prescrição médica e com o propósito de administração posterior a um doente.

Na Unidade Hospitalar de Bragança estão disponíveis *Pyxis* na Urgência, subdividida em Triagem e Observação, e na Medicina Intensiva. Várias vezes tive a possibilidade de efetuar a preparação da medicação para reposição destes, após retirada do mapa de reposição de *stock*. Após a preparação, segue-se a fase de carregamento, onde se procede à contagem dos medicamentos em *stock* e à verificação do prazo de validade, para posterior retificação no sistema. Por fim é que se procede ao carregamento, sempre com o cuidado de colocar os de

prazo de validade mais curto à frente e só depois os de validade mais longa. Existem dias pré-definidos para emissão do mapa de reposição e carregamento dos *Pyxis*, porém podem surgir situações pontuais que exijam carregamentos para além dos que constam no mapa emitido, como é o caso dos fins-de-semana. Realizei ainda a retirada de produtos a caducar, após a emissão do mapa de produtos a caducar no próximo mês. Consoante se considere que os produtos ainda podem ter escoamento na Dose Unitária são esgotados neste, porém os que não se consegue, opta-se por pedir crédito, isto se for possível aplicar tal solução.

Este tipo de equipamentos apresenta um inúmero conjunto de benefícios, tanto a nível operacional, clínico e financeiro. Em termos **operacionais** podem destacar-se, resumidamente, as seguintes: [105]

- Reduzem a mobilização do pessoal de enfermagem e farmácia em tarefas logísticas e administrativas;
- Otimizam a gestão do medicamento;
- Gerem os estupefacientes, psicotrópicos e substâncias controladas;
- Aumentam a segurança e o cumprimento das políticas do hospital.

Os benefícios **clínicos** que advêm deste podem ser:

- Auxiliam a fase inicial do tratamento, diminuindo o intervalo até à primeira dose;
- Disponibilizam imediatamente os medicamentos nas zonas de prestação de cuidados ao doente, mesmo fora do horário da farmácia;
- Limitam o acesso a doses unitárias.

Em último lugar, os benefícios **financeiros**, que se podem destacar são os seguintes:

- Reúnem registos precisos que auxiliam o hospital no conhecimento de informação relativa às despesas do paciente e conseqüentemente otimizam a gestão dos custos;
- Contribuem para a padronização de processos com informação e ferramentas destinadas a melhorar a segurança e a produtividade.

### 4.3 Distribuição Tradicional

Este tipo de distribuição também é baseada num *stock* pré-estabelecido, para a maioria dos serviços clínicos, onde são distribuídas maioritariamente soluções injetáveis de grande volume, material de penso, antissépticos e desinfetantes.

O pedido é gerado informaticamente pelo enfermeiro-chefe de cada serviço, e na farmácia acede-se ao item satisfação de pedidos, emite-se o pedido, de seguida procede-se à sua preparação, e o assistente operacional, após verificação farmacêutica, pode transportar até ao serviço em causa.

### 4.4 Distribuição mediante requisições individualizadas por doente

Neste género de distribuição, o enfermeiro faz a requisição de medicação aos serviços farmacêuticos por via telefónica ou então em formato papel, pois não dispõem dela no *stock*

do serviço ou na mala da dose unitária. A farmácia procede à sua preparação e o assistente operacional transporta-a até ao serviço onde esta é necessária.

## 4.5 Circuitos Especiais de Distribuição

Os Psicotrópicos, Estupefacientes e Hemoderivados estão sujeitos a sistemas de distribuição diferentes daqueles que abordei anteriormente. Na Unidade Hospitalar de Bragança, ambos os circuitos são da responsabilidade dos farmacêuticos.

### 4.5.1 Hemoderivados

Um medicamento hemoderivado é considerado todo o medicamento derivado do plasma humano. Aquele que apresenta maior consumo na Unidade Hospitalar de Bragança é a Albumina Humana, porém existem mais, como por exemplo o fator VIII humano, a imunoglobulina G humana, fator de coagulação IX humano, o fator VII associado ao fator de von Willebrand, entre outros.

Devido à eventual relação causal entre a administração terapêutica deste tipo de medicamentos e a deteção de uma doença infecciosa transmissível pelo sangue, existiu a necessidade de legislar todo o processo que envolve a requisição clínica, distribuição aos serviços e administração aos doentes dos hemoderivados. Os atos de requisição, distribuição e administração são registados em impresso próprio destinado ao efeito (Modelo nº1804). Este impresso é constituído por duas vias, a “Via Farmácia” e a “Via Serviço”. (**Anexo XVI**) [106]

Realizei várias vezes a distribuição deste tipo de medicamentos, com a devida supervisão de um farmacêutico. Normalmente quem transporta este tipo de requisições até à farmácia são os assistentes operacionais, deixando-as num local próprio e onde o farmacêutico se dirige para dar início a todo este processo. Para que possa ocorrer este tipo de distribuição, ambas as vias tem de ser enviadas à farmácia com os Quadros A (identificação do médico prescriptor e doente) e B (Requisição/Justificação Clínica) devidamente preenchidos pelo serviço requisitante. Posteriormente existe validação da prescrição por parte do farmacêutico e preenchimento do Quadro C (Registo de Distribuição) aquando da dispensa, com respetiva assinatura, data e número mecanográfico. O número de registo de distribuição é um número sequencial interno. Cada requisição vem dirigida a um só doente, sendo que todos os produtos distribuídos são etiquetados, com a correta identificação do doente e do serviço requisitante. A “Via Farmácia”, após saída do hemoderivado do *stock* da farmácia e respetiva anotação do número de consumo de Hemoderivado é arquivada numa pasta própria ao efeito. No ato de receção do medicamento, o funcionário que o recebe tem de escrever a data, a assinatura e o nº mecanográfico. A “Via Serviço” apresenta o Quadro D, que é preenchido pelo enfermeiro responsável pela administração e posteriormente arquivada no processo clínico do doente. Caso não tenham sido todos os medicamentos distribuídos administrados, no prazo de 24 horas, são devolvidos obrigatoriamente aos Serviços Farmacêuticos, devidamente descrita no Quadro D, onde o enfermeiro assina (nº mecanográfico) e coloca a data. Sendo assim, existe

necessidade de proceder à devolução a nível informático. Na dispensa de hemoderivados, em regime de ambulatório pelo Hospital de Dia, as devoluções são realizadas de forma individual, ou seja por doente.

Após distribuição, é necessário registar a saída do Hemoderivado informaticamente, sendo que neste caso a saída é dada segundo o episódio em que foi cedido e relacionado com o doente a que foi cedido. No final regista-se na folha o número do registo de consumo de hemoderivado para posteriormente ser arquivado.

#### 4.5.2 Psicotrópicos e Estupefacientes

Face aos potenciais efeitos ilícitos associados a este tipo de medicamentos, surgiu a necessidade de criar legislação que evitasse tais efeitos. As substâncias dotadas destas propriedades encontram-se descritas nos anexos presentes no Decreto-lei nº15/93, de 22 de Janeiro. [70] Nos hospitais, os principais responsáveis pelo controle deste tipo de substâncias quer no seu armazenamento quer na sua distribuição são os serviços farmacêuticos. [71]

A cedência deste tipo de medicação é somente efetuada mediante a apresentação do “Anexo X” devidamente preenchido pelos enfermeiros e assinado pelo diretor do serviço ou substituto legal. (Anexo XVII) Em alguns serviços clínicos existe um *stock* pré-definido de psicotrópicos e estupefacientes que se encontram armazenados em cofre de dupla fechadura ou então nos sistemas automatizados, como os *Pyxis*, sendo que neste sistema de distribuição não há necessidade de apresentação do “Anexo X”. [107-108] Tal como no circuito dos hemoderivados, também aqui efetuei todo o processo de distribuição, acompanhada pela farmacêutica responsável por essa atividade. Em cada requisição, apenas pode existir uma substância ativa, onde o enfermeiro deve preencher a qual doente se destina, num total de dez doentes no máximo, número do processo clínico e dosagem do medicamento. Existem ainda campos de preenchimento para o enfermeiro que o administra e em que data, e o médico diretor do serviço ou legal substituto também tem de assinar. O farmacêutico quando cede a medicação identifica cada saco onde se encontra o psicotrópico/estupefaciente, com o serviço a que destina, assina e coloca a data de dispensa. O original fica nos Serviços Farmacêuticos e o duplicado acompanha os medicamentos até aos serviços. Para encerrar todo o processo existe imputação informaticamente da saída dos Psicotrópicos e Estupefacientes, com respetiva recolha do número de consumo.

Os Serviços de Saúde do Estado enviam ao INFARMED, trimestralmente, uma relação dos estupefacientes/psicotrópicos utilizados em tratamento médico, segundo modelo aprovado pelo mesmo, em suporte manual ou informático. [71]

#### 4.6 Distribuição aos doentes em Regime de Ambulatório

A distribuição em regime de ambulatório resultou da necessidade de existir um maior controlo e vigilância em determinadas terapêuticas, consequência de efeitos secundários graves, necessidade de assegurar a adesão dos doentes à terapêutica e também ao facto da

comparticipação de certos medicamentos só ser de 100%, a nível dos Serviços Farmacêuticos Hospitalares. Podem destacar-se uma série de vantagens para os doentes contemplados, como por exemplo: [91], [109]

- Redução dos custos relacionados com o internamento hospitalar;
- Redução dos riscos inerentes a um internamento (infeções nosocomiais);
- Possibilidade do doente continuar o tratamento no seu ambiente familiar.

O horário de funcionamento deste tipo de distribuição é o horário de funcionamento dos serviços farmacêuticos do hospital, exceto aos Sábados e Domingos que se encontra fechado.

A dispensa é efetuada recorrendo ao sistema informático, após introdução de dados presentes na receita na receita interna, sendo que é obrigatoriamente realizada através de sistemas de prescrição eletrónica. [110] Com recurso ao sistema informático podemos visualizar a última data de levantamento da medicação e assim controlar a adesão à terapêutica por parte do doente.

As patologias para as quais são efetuadas dispensas na Unidade Hospitalar de Bragança são de dispensa obrigatória em meio hospitalar, como por exemplo:

- Hepatite B e C;
- Artrite Reumatóide;
- Esclerose Múltipla (EM);
- Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA);
- Doença de Gaucher;
- Insuficiência Renal Crônica;
- Oncologia;
- Planeamento Familiar.

Porém existem outras situações, em que o Ministério da Saúde autoriza os hospitais a dispensar medicamentos ao público, mediante determinada situação: [111]

- Quando surjam circunstâncias excecionais suscetíveis de comprometer o normal acesso aos medicamentos, nomeadamente o risco de descontinuidade nas condições de fornecimento e distribuição, com as implicações sociais decorrentes;

Quando por razões clínicas resultantes do atendimento em serviço de urgência hospitalar se revele necessária ou mais apropriada a imediata acessibilidade ao medicamento.

Acompanhei várias vezes o atendimento em ambulatório, onde a dispensa é efetuada para 30 dias (medicação mensal) ao próprio doente ou a um familiar, mediante apresentação de um cartão de identificação. Após o processo informático de dispensa estar concluído, são fornecidas ao doente as devidas informações relativas à medicação e à sua posologia e esclarecida qualquer dúvida que o doente possa ter. No final, o doente ou quem está a proceder ao levantamento da medicação tem de assinar a fatura e colocar o número do cartão de identificação. Quando o doente adquire pela primeira vez a medicação, num regime

de ambulatório, é emitido um termo de responsabilidade pelo bom uso, armazenamento e conservação do medicamento, que é necessário preencher. [109]

#### 4.7 Distribuição aos Cuidados de Saúde Primários

A distribuição para os Cuidados de Saúde Primários segue uma distribuição por reposição de *stocks*, onde o enfermeiro responsável ou delegado para o efeito abate, até 72h antes da data agendada, os consumos no sistema informático da Glintt, por lote e quantidade correspondente. A diferença entre o *stock* ideal e a quantidade abatida dá a quantidade a repor. Estes pedidos surgem na área da Satisfação de Pedidos, onde podem ser emitidos e posteriormente preparados pelo TDT responsável pelo Centro de Saúde, o qual me acompanhou nesta atividade. Aqui existe uma pequena particularidade, pois para cada produto cedido, é necessário registar o lote a que pertence, pois caso exista algum problema relacionado com o produto cedido seja mais fácil notificar às autoridades competentes.

Os produtos que apresentam maior saída para os Cuidados de saúde Primários são as vacinas, o material de penso e os anticoncecionais.

### 5. Produção e Controlo

#### 5.1 Farmacotecnia - Preparação de Formas Farmacêuticas Não-Estéreis

A Farmacotecnia é o setor dos Serviços Farmacêuticos onde se processa à preparação de formulações de medicamentos necessários ao hospital, que não se encontram disponíveis na Indústria Farmacêutica. [91], [112] Porém, atualmente tem existido um decréscimo na preparação a nível hospitalar, sendo que as preparações que surgem mais frequentemente, na Unidade Hospitalar de Bragança, são direcionadas a populações especiais (por exemplo, crianças, idosos ou grávidas), à reembalagem em doses unitárias para deste modo adequar a dose do medicamento à dose prescrita e preparações assépticas (soluções e diluições de desinfetantes).

Mesmo perante estas alterações, não existe qualquer tipo de alterações face às exigências de produzir preparações farmacêuticas seguras e eficazes. E para que tudo isto se torne possível é necessário existir uma estrutura adequada e um sistema de procedimentos que assegurem um “Sistema de Qualidade na Preparação de Formulações Magistrais”. [91]

Os manipulados podem ser classificados em fórmula magistral (o medicamento é preparado segundo receita médica que especifica o doente a quem se destina) ou preparado oficial (o medicamento é preparado segundo as indicações compendiais, de uma farmacopeia ou de um formulário). E de forma a garantir que a manipulação ocorra dentro dos parâmetros exigidos, o farmacêutico assegura o uso das Boas Práticas de Laboratório, e só assim garante a qualidade da manipulação. Não menos importante, o farmacêutico tem de verificar a segurança do medicamento, no que concerne às doses da ou das substâncias ativas e à existência de interações que possam por em causa a ação do medicamento ou a segurança

do doente. As matérias-primas utilizadas nestas preparações têm de estar inscritas na Farmacopeia Portuguesa, nas farmacopeias de outros Estados Partes na Convenção Relativa à Elaboração de Uma Farmacopeia Europeia, na Farmacopeia Europeia ou na documentação científica compendial. Sempre que sejam rececionadas, devem ser acompanhadas do Certificado de Análise nos quais os parâmetros analisados deverão estar conforme o estabelecido. [113-114]

Quando se procede à preparação, o farmacêutico ou alguém sob sua supervisão, preenche a Ficha de Preparação de Manipulados, a ficha de Registo de Movimento de Matérias Primas, a ordem de registo de medicamentos manipulados e o registo de movimentos. A sala de farmacotecnia encontra-se equipada com o material necessário e exigido à manipulação, e luvas, batas e máscara para proteção do operador e do manipulado. [115] Pelo que observei e pude executar, aquilo que mais se prepara é álcool a 50% e 60%, solução aquosa de ácido acético a 3%, por exemplo para aplicação em ginecologia, colutório para gargarejar, chamado de “saliva artificial” e solução oral de trimetoprim a 1%. Por norma são os TDT que procedem à preparação de manipulados, porém sempre com a supervisão farmacêutica, pois são estes quem validam todo o processo.

## 5.2 Reembalagem

Existem determinadas situações patológicas que exigem dosagens que não se encontram disponíveis na Indústria Farmacêutica (por exemplo,  $\frac{3}{4}$ ,  $\frac{1}{2}$ ,  $\frac{1}{4}$  da dosagem de origem) e na distribuição em ambos os sistemas, requer que o medicamento se encontre corretamente identificado, pois nem todos os rótulos do blister, por exemplo se encontram devidamente individualizados ou então pode mesmo existir a necessidade de retirá-lo do blister. Face a este problema, os Serviços Farmacêuticos Hospitalares recorrem ao processo chamado reembalagem, em que o material de reembalagem assegura a estanquicidade, a proteção mecânica, a proteção da luz e do ar, de forma a preservar a integridade, higiene e atividade farmacológica do medicamento.

A reembalagem apresenta como principais objetivos, os seguintes: [91]

- Apresentar à disposição o medicamento, na dose prescrita, de forma individualizada, o que vai reduzir o tempo de enfermagem dedicado à preparação da medicação a administrar, reduzir os riscos de contaminação do medicamento, reduzir os erros de administração e uma maior economia.
- Garantir a identificação do medicamento reembalado (nome genérico, dose, lote, prazo de validade);
- Proteger o medicamento reembalado dos agentes ambientais;
- Assegurar que o medicamento reembalado pode ser utilizado com segurança, rapidez e comodidade.

O equipamento de reembalagem utilizado na Unidade Hospitalar de Bragança é o “*Medical Packaging Unit Dose*”, um equipamento semiautomático que está acoplado a um sistema informático, que permite a programação prévia de cada operação de reembalagem, mais propriamente da rotulagem dos medicamentos. Na prática, este processo é executado por um TDT, o qual me acompanhou quando desempenhei esta tarefa. Numa primeira fase, quem vai reembalar deve equipar-se devidamente com bata, luvas, máscara e touca e de seguida proceder à limpeza e desinfeção, com álcool a 70°, da bancada de trabalho e dos pratos da máquina de reembalar, onde posteriormente se colocam as formas orais sólidas a reembalar. No final da reembalagem procede-se do mesmo modo relativamente à limpeza e desinfeção.

Existem duas formas de atribuição dos prazos de validade aos medicamentos reembalados, que passo a explicar segundo o descrito no Formulário Galénico Português:

- Se o medicamento continuar no blister de origem, este vai assumir o prazo de validade atribuído pela Indústria Farmacêutica;
- Se o medicamento for retirado do blister de origem, o prazo de validade é 25% do tempo que resta para expirar o prazo de validade de origem, sem nunca exceder os 6 meses.

Posto isto, o rótulo do medicamento reembalado deve ser constituído pelo seguinte: [91]

- Nome genérico;
- Dosagem;
- Prazo de validade;
- Lote de fabrico.
- Nome comercial;
- Lote de reembalagem.

## **6. Informação sobre o Medicamento e Farmácia Clínica**

A Farmácia Clínica permite ao farmacêutico quebrar o estereótipo forte que o une apenas à distribuição de medicamentos e produtos farmacêuticos, e passar a associá-lo a uma intervenção ativa no estudo e análise da medicação instituída aos doentes, de forma a minimizar os riscos que lhe são inerentes, e assim otimizar a terapêutica, promovendo a saúde e o bem-estar destes, sendo este o principal foco.

Para que isto possa acontecer, é necessário que o farmacêutico integre a equipa dos médicos e enfermeiros, nas visitas às enfermarias, já que o aconselhamento ao doente e a interação centrada neste são elementos chave no papel do farmacêutico. [91], [116] Esta colaboração desenvolve um melhor acompanhamento da terapêutica, uma melhor troca de informações sobre o doente e uma resolução mais eficiente de qualquer problema que possa surgir. [116] Contudo continuam a existir barreiras que impedem a interação farmacêutico-médico-doente, o que sob meu ponto de vista apenas prejudica o doente, pois caso as duas classes profissionais se unissem e focassem a sua atividade no doente, com certeza que os problemas relacionados com o medicamento (PRM) e as reações adversas ao medicamento

(RAM) iriam diminuir.

Face ao crescimento observado a nível da Indústria Farmacêutica e ao aumento da complexidade das terapêuticas instituídas, dado o aumento da descoberta de novas moléculas, surgiu a necessidade de criar Centros de Informação do Medicamento, que quando necessário fornecessem informação, com evidência científica, que fosse capaz de esclarecer qualquer dúvida. Na Unidade Hospitalar de Bragança, existe uma farmacêutica responsável por esta função, que organiza a informação que acha mais relevante e importante sobre determinado medicamento ou outro produto farmacêutico. Também é responsável por esclarecer qualquer dúvida proposta por um profissional, e que para a qual recorre ao FHNM, Prontuário Terapêutico, Índice Nacional Terapêutico, *Simposium* Terapêutico, Farmacopeia Portuguesa, Mapa Terapêutico, *site* do INFARMED e artigos científicos.

## 7. Farmacovigilância

O Sistema de Farmacovigilância opera entre o INFARMED I.P, entidade nacional responsável pelo Sistema Nacional de Farmacovigilância (SNF), as Unidades Regionais de Farmacovigilância (URF) e Agência Europeia do Medicamento (EMA). Compete ao INFARMED coordenar todo o SNF, sendo responsável pela monitorização da segurança dos medicamentos com AIM em Portugal, através da recolha e avaliação das notificações de RAM recebidas no SNF, identificação de riscos associados à utilização de medicamentos, da sua avaliação, da implementação de medidas de minimização dos riscos e da comunicação destes aos profissionais de saúde, doentes, consumidores e cidadãos em geral. [64], [117] A Farmacovigilância, segundo a Organização Mundial de Saúde é definida como o conjunto de atividades de deteção, registo e avaliação das reações adversas, com o objetivo de determinar a incidência, gravidade e nexos de causalidade com os medicamentos, baseadas no estudo sistemático e multidisciplinar dos efeitos dos medicamentos. Todos os profissionais de saúde, incluindo os farmacêuticos hospitalares, têm a obrigação de notificar este tipo de reações, não descurando que os próprios utentes o possam fazer, porém não tão comum em situações de internamento. Por isso, os hospitais constituem unidades de farmacovigilância, sendo de primordial importância face à inovação e agressividade de muitos fármacos usados em meio hospitalar. Deve existir recolha e registo adequado de qualquer reação adversa grave ou não esperada a um medicamento e as notificações enviadas ao SNF. [91], [118]

Sempre que existe qualquer tipo de reação adversa inesperada ao medicamento é necessário proceder ao preenchimento da ficha de notificação para profissionais de saúde, disponível no *site* do INFARMED (Anexo XVIII) ou então a versão *online* no Portal RAM, do Sistema Nacional de Farmacovigilância. Aquando da notificação existe a necessidade de reportar o lote e o fornecedor do produto em questão e arquivar o documento enviado, bem como a resposta do Departamento de Qualidade do Medicamento e Farmacovigilância. Enquanto se aguarda essa resposta o produto aguarda em quarentena. Todo este processo foi-me explicado no decorrer do meu estágio, porém não existiu qualquer notificação neste

período.

## 8. Comissões Técnicas

As Comissões Técnicas são órgãos especializados que devem existir em todos os hospitais, de forma a assegurar a qualidade dos serviços prestados aos doentes e servir de apoio ao Conselho de Administração a pedido deste ou por iniciativa própria, nas matérias da sua competência. [119]

As Comissões presentes na ULSNE são as seguintes: [95], [120]

- Comissão de Ética para a Saúde;
- Grupo de Coordenação Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (GCL PPCIRA), que integra a Comissão de Controlo da Infecção associada aos cuidados de saúde;
- Comissão de Farmácia e Terapêutica;
- Comissão da Qualidade e Segurança do doente;
- Comissão de Integração de Cuidados de Saúde

Para além destas, a qualquer momento o Conselho de Administração pode criar outras comissões de apoio técnico que, nos termos da lei, da atividade da ULS do Nordeste, E. P. E., e das regras da arte, se justifiquem, devendo a sua estrutura, composição e funcionamento constar do regulamento interno.

### 8.1 Comissão de Farmácia e Terapêutica

A Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) tem por missão propor, em cada unidade de saúde, as orientações terapêuticas e promover a utilização mais eficiente dos medicamentos, no âmbito da política do medicamento, apoiada em bases sólidas de farmacologia clínica e evidência da economia da saúde sobre custo-efetividade, monitorizando a prescrição dos medicamentos, a sua utilização e garantindo a todos os utentes a equidade de acesso à terapêutica. É criada por deliberação do conselho de administração sendo constituída por um número de seis a dez membros, em paridade entre médicos e farmacêuticos, tendo em consideração as valências do hospital. A CFT é presidida pelo Diretor Clínico do hospital ou por um médico especialista do mapa da instituição nomeado pelo Diretor Clínico para esse efeito, sendo os restantes médicos indigitados pelo Diretor Clínico e os farmacêuticos pelo Diretor dos Serviços Farmacêuticos, de entre os médicos e farmacêuticos vinculados à instituição. A CFT reúne-se ordinariamente trimestralmente, no mínimo, ou então sempre que convocada pelo seu presidente. [120-121]

São lhe atribuídas uma série de competências, entre as quais destaco as seguintes: [121]

- Atuar como órgão de ligação entre os serviços de ação médica e os serviços farmacêuticos;
- Pronunciar-se sobre a adequação da terapêutica prescrita aos doentes, quando solicitado pelo seu presidente e sem quebra das normas deontológicas;

- Selecionar, designadamente entre as alternativas terapêuticas previstas no Formulário Nacional de Medicamentos (FNM) a lista de medicamentos que serão disponibilizados pela instituição, e implementar e monitorizar o cumprimento, no âmbito do Serviço Nacional de Saúde (SNS), dos critérios de utilização de medicamentos emitidos pela Comissão Nacional de Farmácia e Terapêutica (CNFT) e dos protocolos de utilização na entidade, de acordo com os critérios e condições de utilização dos medicamentos aí previstos;
- Monitorizar os dados resultantes da utilização de medicamentos e outras tecnologias de saúde no contexto do SNS;
- Representar a instituição na articulação com a CNFT e colaborar com a mesma disponibilizando a informação e os pareceres acerca da utilização dos medicamentos na sua instituição, sempre que para isso for solicitada;
- Analisar com cada serviço hospitalar os custos da terapêutica que lhe são imputados, auditando periodicamente e identificando desvios na utilização dos medicamentos;
- Diligenciar a promoção de estratégias efetivas na utilização racional do medicamento na instituição;
- Articular com as diferentes Comissões com responsabilidades no âmbito do medicamento.

## 8.2 Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA)

Considerando que Portugal se trata de um dos países da União Europeia com uma das taxas de infeção associada aos cuidados de saúde mais elevadas, que a prática de prescrição antibiótica apresenta situações passíveis de correção, que a taxa de resistência a antimicrobianos é preocupante, e dada a perceção de que todos estes problemas estão intimamente relacionados e têm de ser abordados de forma global e integrada, foi determinante para a criação de um programa designado PPCIRA. [122]

Este programa integra a comissão de controlo da infeção associada aos cuidados de saúde e é constituído por uma equipa multidisciplinar, incluindo obrigatoriamente médicos, enfermeiros, farmacêuticos e outros técnicos de saúde ligados à área de intervenção, apresentando no mínimo três elementos. As principais competências deste programa são: [120], [122]

- Supervisionar as práticas locais de prevenção e controlo de infeção e de uso de antimicrobianos;
- Garantir o cumprimento obrigatório dos programas de vigilância epidemiológica de infeção associada a cuidados de saúde e de resistências aos antimicrobianos;
- Garantir práticas locais de isolamentos para contenção de agentes multirresistentes;
- Garantir o retorno da informação sobre vigilância epidemiológica de infeção e de resistências aos antimicrobianos às unidades clínicas;
- Colaborar no processo de notificação das doenças de declaração obrigatória;

- Promover e corrigir práticas de prevenção e controlo de infeção, nomeadamente no que se refere à higiene das mãos, equipamento de proteção individual e de controlo ambiental;
- Promover e corrigir as práticas de uso de antibióticos, nomeadamente através da implementação de programa de assistência à prescrição antibiótica, tanto em profilaxia como em terapêutica, permitindo ao grupo de coordenação local do Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos a anulação do uso de antibióticos em situações em que não estão indicados ou utilizados por tempo superior ao necessário;
- Rever e validar as prescrições de, pelo menos, carbapenemes e fluoroquinolonas, nas primeiras 96 horas de terapêutica.

Face ao cumprimento dos objetivos deste programa, foi criada a nível interno da ULSNE, uma lista de antibióticos de utilização restrita, e para que possam ser dispensados em ambos os sistemas de distribuição é obrigatório, para o médico prescritor ou para outro médico que pertença à equipa de internamento, proceder ao preenchimento do formulário “Dispensa de Antimicrobiano Restrito”, disponível no GCL-PPCIRA. Em situações de urgência ou em horários de prevenção, estes mesmos antibióticos poderão ser dispensados em 1/3 da dose, de forma a garantir a terapêutica ao doente, contudo não é uma prática habitual. Porém um serviço no qual existe exceção a esta regra é a Medicina Intensiva, pois a lista onde constam os antibióticos que exigem justificação clínica, na sua maioria são disponibilizados imediatamente sem qualquer justificação, pois não seria viável o tempo de espera entre a prescrição e a instituição da antibioterapia dada a situação clínica do doente neste tipo de serviços.

## Bibliografia

- [89] “Ordem dos Farmacêuticos.” [Online]. Disponível: [http://www.ordemfarmaceuticos.pt/scid/ofWebInst\\_09/defaultArticleViewOne.asp?categoryID=1914&articleID=2330](http://www.ordemfarmaceuticos.pt/scid/ofWebInst_09/defaultArticleViewOne.asp?categoryID=1914&articleID=2330). [Acesso: 24-Jun-2017].
- [90] E. D. F. Hospitalar, “Colégio de Especialidade de Farmácia Hospitalar Normas para Atribuição do Título de,” pp. 1-6, 2015.
- [91] R. Maria, P. F. R. Eng, M. Cec, E. Pinheiro, A. C. Paiva, and E. L. Faria, “Manual Farmácia Hospitalar,” 2005.
- [92] Ordem dos Farmacêuticos, *Manual Boas Práticas Farmácia Hospitalar*. .
- [93] INFARMED, “Legislação Farmacêutica Compilada - Decreto-Lei n.º 44 204, de 2 de Fevereiro,” 1962.
- [94] “Missão, Atribuições e Legislação Categoria - Unidade Local de Saúde do Nordeste.” [Online]. Disponível: <http://www.ulsne.min-saude.pt/category/institucional/missao/>. [Acesso: 25-Jun-2017].
- [95] “Decreto-Lei n.º 67/2011 de 2 de Junho,” *Diário da República*, 1.<sup>a</sup> série – N.º 107, 2011.
- [96] “Decreto-Lei n.º 108/2011 de 17 de Novembro,” *Diário da República*, 1.<sup>a</sup> série – N.º 221, pp. 4964-4967, 2011.
- [97] “Despacho n.º 1571-B/2016,” *Diário da República*, 2.<sup>a</sup> série – N.º 21, 2016.
- [98] “Legislação Farmacêutica Compilada. Despacho n.º 7841-B/2013, de 14 de junho,” 2013.
- [99] “Decreto-Lei n.º 288/2001, de 10 de Novembro,” *Diário da República*, 1.<sup>a</sup> série-A, pp. 7150-7165, 2001.
- [100] Direcção-Geral da Saúde. Ministério da Saúde, “Medicamentos com nome ortográfico, fonético ou aspeto semelhantes,” pp. 1-8, 2015.
- [101] M. T. SÁNCHEZ, E. ABAD, A. SALVADOR, and A. DE FRUTOS, “Dispensación con intervención posterior: reposición de stock (sistemas automatizados),” .
- [102] Direcção Geral de Saúde, “Organização do material de emergência nos serviços e unidades de Saúde,” pp. 1-11, 2011.
- [103] Â. Aragão, Lucia Pinto, B. Nunes, and CRDC, “RECOMENDAÇÃO - ‘ CARRO DE EMERGÊNCIA .’”
- [104] L. Norte and H. L. Norte, “Newsletter TDT,” pp. 3-6, 2013.
- [105] H. Logistics, “Pyxis ® Sistemas de fornecimento automatizado.”
- [106] “Despacho conjunto n.º 1051/2000,” *Diário da República*, 2.<sup>a</sup> série- n.º251, pp. 584-585, 2000.
- [107] INFARMED, “Legislação Farmacêutica Compilada - Portaria n.º 981/98, de 8 de Junho,” 1998.
- [108] INFARMED, “Legislação Farmacêutica Compilada - Portaria n.º 1193/99, de 29 de Setembro,” vol. 98, pp. 98-99, 2012.

- [109] “Circular Normativa nº 01/CD/2012,” pp. 1-6, 2012.
- [110] “Legislação Farmacêutica Compilada. Despacho nº 13382/2012, de 4 de outubro,” pp. 2-3, 2012.
- [111] INFARMED, “Legislação Farmacêutica Compilada - Decreto-Lei nº 206/2000, de 1 de Setembro,” pp. 23-24, 2000.
- [112] Lisete Lemos, “MANIPULAÇÃO DE MEDICAMENTOS NA FARMÁCIA.”
- [113] “Legislação Farmacêutica Compilada. Portaria n.º 594/2004, de 2 de Junho,” 2004.
- [114] de 22 de A. Decreto-Lei n.º 95/2004, “Regula a prescrição e a preparação de medicamentos manipulados,” 2004.
- [115] INFARMED, “Legislação Farmacêutica Compilada - Deliberação n.º 1500/2004, 7 de Dezembro,” pp. 1-2, 2004.
- [116] S. Hasan, “A Tool to Teach Communication Skills to Pharmacy Students,” *Am. J. Pharm. Educ.*, vol. 72, no. 3, pp. 3-8, 2008.
- [117] “Farmacovigilância - Infarmed - INFARMED, I.P.” [Online]. Disponível: [http://www.infarmed.pt/web/infarmed/infarmed?p\\_p\\_id=101&p\\_p\\_lifecycle=0&p\\_p\\_state=maximized&p\\_p\\_mode=view&\\_101\\_struts\\_action=%2Fasset\\_publisher%2Fview\\_content&\\_101\\_returnToFullPageURL=%2F&\\_101\\_assetEntryId=1295201&\\_101\\_type=content&\\_101\\_urlTitle=farmacovi](http://www.infarmed.pt/web/infarmed/infarmed?p_p_id=101&p_p_lifecycle=0&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&_101_struts_action=%2Fasset_publisher%2Fview_content&_101_returnToFullPageURL=%2F&_101_assetEntryId=1295201&_101_type=content&_101_urlTitle=farmacovi). [Acesso: 16-Jul-2017].
- [118] “Decreto-Lei n.º 242/2002 de 5 de Novembro,” 2002.
- [119] “Decreto Regulamentar nº3/88 de 22 de Janeiro,” *Diário da República - 1ª série, nº18*, 1988.
- [120] “Regulamento Interno ULSNE E.P.E.,” 2015.
- [121] “Despacho n.º 2325/2017 de 2 de Março de 2017,” *Diário da República, 2.ª série – N.º 55*, no. 1973, pp. 666-675, 2004.
- [122] “Despacho n.º 15423/2013,” *Diário da República, 2.ª série – N.º 229 – 26 novembro 2013*, vol. 0, pp. 1-2, 2013.

## Anexos

### Anexo I

#### Consumo de medicamentos numa população idosa com Diabetes *Mellitus*, Hipertensão Arterial e Acidente Vascular Cerebral

DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_

1. Idade: \_\_\_\_\_ anos                      2. Género: Feminino  Masculino

3. Peso e altura: \_\_\_\_\_

4. Estado civil:

- Solteiro(a)  
 Casado(a)  
 Viúvo(a)  
 Divorciado(a)  
 Outro: \_\_\_\_\_

5. Instituição: \_\_\_\_\_

6. Localidade onde morava, antes de vir para a Instituição? \_\_\_\_\_

7. Qual a profissão que exercia anteriormente? \_\_\_\_\_

8. Quantos medicamentos diferentes toma diariamente? \_\_\_\_\_

8.1. Qual o nome desses medicamentos?

Medicamento	Posologia

9. Quantas refeições faz por dia? \_\_\_\_\_

10. Faz algum tipo de dieta    SIM     NÃO   
ou exercício físico?    SIM     NÃO

10.1. Se respondeu sim, que tipo de dieta ou exercício físico faz?

Dieta \_\_\_\_\_

Exercício Físico \_\_\_\_\_

11. Apresenta Diabetes *Mellitus* tipo 1 ou tipo 2? \_\_\_\_\_

Se respondeu não à pergunta anterior, por favor passar para a pergunta nº 20.

12. Se respondeu sim à pergunta anterior, apresenta alguma das doenças a seguir apresentadas?

- Doença renal crónica  
 Insuficiência renal  
 Proteinúria (1g/dia)

13. Tem antecedentes familiares com esta doença?

SIM  NÃO  NÃO SEI

14. Com que idade lhe foi diagnosticada a doença? \_\_\_\_\_

15. Qual a terapia antidiabética (antidiabético oral e/ou insulina) que faz atualmente? Há quanto tempo?

Antidiabético	Tempo

16. Em média, quantas vezes por dia costuma medir a glicemia capilar? \_\_\_\_\_

16.1. Qual foi o último valor obtido de glicemia capilar em jejum? \_\_\_\_\_

17. Qual o último valor apresentado de hemoglobina glicada (HbA1C)? \_\_\_\_\_

18. Desde que começou a tomar a medicação para a Diabetes *Mellitus*, já alguma vez sentiu algum/alguns dos seguintes sinais ou sintomas?

- |                          |                    |                          |                                     |
|--------------------------|--------------------|--------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Boca seca          | <input type="checkbox"/> | Confusão                            |
| <input type="checkbox"/> | Sede               | <input type="checkbox"/> | Tonturas                            |
| <input type="checkbox"/> | Poliúria           | <input type="checkbox"/> | Cólica abdominal                    |
| <input type="checkbox"/> | Distúrbios visuais | <input type="checkbox"/> | Gosto metálico ou desagradável      |
| <input type="checkbox"/> | Taquicardia        | <input type="checkbox"/> | Aumento de peso                     |
| <input type="checkbox"/> | Sudorese           | <input type="checkbox"/> | Diminuição de peso                  |
| <input type="checkbox"/> | Tremores           | <input type="checkbox"/> | Feridas mais difíceis de cicatrizar |

19. Ultimamente desenvolveu alguma crise de hipo- ou hiperglicemia?

SIM  NÃO  NÃO SEI

19.1. Caso tenha respondido sim, como procedeu para que os valores de glicemia normalizassem?

\_\_\_\_\_

20. Apresenta ou já apresentou alguma/algumas das seguintes complicações relacionadas com a doença?

- Retinopatia ou maculopatia diabética (causa de cegueira)
- Nefropatia diabética (com micro- ou macroalbuminúria)
- Úlceras do pé diabético
- Infecção que evoluiu para gangrena ou amputação
- Neuropatia diabética (alteração da sensibilidade, parestesias, hiperestésias, etc.)
- Coma por cetoacidose diabética
- Coma hiperosmolar

21. Apresenta Hipertensão Arterial (HTA)?

SIM  NÃO  NÃO SEI

Se respondeu não ou não sei, por favor passar para a pergunta nº24.

22. Se sim, está a usar algum medicamento para a tratar?

Anti-Hipertensor

23. Com que idade lhe foi diagnosticada a HTA? \_\_\_\_\_

24. Alguma vez desenvolveu uma crise de Hipotensão (sintomas como dor de cabeça, visão turva, confusão, tonturas, síncope, sensação de desmaio, sonolência ou fraqueza)? \_\_\_\_\_

25. Efetua controlo regular da Hipertensão Arterial? \_\_\_\_\_

25.1. Em que local efetua habitualmente esse controlo? \_\_\_\_\_

25.2. Quanto tempo aguarda habitualmente antes de a efetuar? \_\_\_\_\_

25.3. Costuma fumar ou tomar café antes de efetuar a medição da hipertensão arterial? \_\_\_\_\_

25.4. Em que membro superior efetua a medição? \_\_\_\_\_

26. Quais têm sido os valores obtidos de HTA nas últimas duas medições que efetuou?

\_\_\_\_\_

27. Apresenta algum fator de risco cardiovascular, como por exemplo:

<input type="checkbox"/> Gota	<input type="checkbox"/> Edema angioneurótico
<input type="checkbox"/> Hipercalemia	<input type="checkbox"/> Estenose bilateral da artéria renal
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Doença arterial periférica
<input type="checkbox"/> Bloqueio auriculoventricular	<input type="checkbox"/> Doença pulmonar crónica
<input type="checkbox"/> Insuficiência cardíaca	<input type="checkbox"/> Taquiarritmias
<input type="checkbox"/> Síndrome metabólico (obesidade abdominal; anomalia da glicemia em jejum; PA≥130/85 mmHg; C-HDL<40 mg/dL (homem) e 46 mg/dL (mulher); TG≥150 mg/dL)	

28. Já alguma vez lhe foi efetuada a determinação do Risco Cardiovascular Global (RCG) e do SCORE?

\_\_\_\_\_

29. Já sofreu algum Acidente Vascular Cerebral (AVC)?

SIM  NÃO  NÃO SEI

Se respondeu sim, por favor passar para a pergunta nº31.

Se respondeu não ou não sei, por favor passar para a pergunta nº30.

30. Está a fazer alguma medicação de prevenção?

\_\_\_\_\_

31. Qual o tipo de AVC que lhe foi diagnosticado (Acidente Isquémico Transitório, AVC Isquémico e AVC Hemorrágico)? \_\_\_\_\_

31.1. Qual a medicação que lhe foi prescrita? \_\_\_\_\_

31.2. Após sofrer o AVC, sofreu alguma alteração a nível da:

<input type="checkbox"/>	Autonomia	<input type="checkbox"/>	Controlo intestinal
<input type="checkbox"/>	Mobilidade	<input type="checkbox"/>	Controlo urinário
<input type="checkbox"/>	Comunicação	<input type="checkbox"/>	Consciência do mundo exterior
<input type="checkbox"/>	Auto cuidados (ir à casa de banho, higiene pessoal, banho, vestir);		

Para termos uma informação mais completa sobre o seu estado de saúde, agradecemos que respondesse às perguntas que se seguem:

---



---

**Estado geral**

---

1 Em geral, a sua saúde é:

- |           |                          |
|-----------|--------------------------|
| Ótima     | <input type="checkbox"/> |
| Muito boa | <input type="checkbox"/> |
| Boa       | <input type="checkbox"/> |
| Razoável  | <input type="checkbox"/> |
| Má        | <input type="checkbox"/> |

2 Comparando com o que acontecia há um ano, como descreve o seu presente estado geral:

- |                       |                          |
|-----------------------|--------------------------|
| Muito Melhor          | <input type="checkbox"/> |
| Com algumas Melhoras  | <input type="checkbox"/> |
| Aproximadamente igual | <input type="checkbox"/> |
| Um pouco pior         | <input type="checkbox"/> |
| Muito pior            | <input type="checkbox"/> |

---



---

**Saúde e actividades diárias**

---

3 - As perguntas que se seguem são relativas às actividades do seu dia-a-dia. Será que a sua saúde a limita nestas actividades?

		Sim, muito limitada	Sim, um pouco limitada	Não, nada limitada
<b>A</b>	Atividades violentas, tais como correr, levantar pesos, participar em desportos violentos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>B</b>	Atividades moderadas, tais como deslocar uma mesa ou aspirar a casa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>C</b>	Levantar e carregar as compras da mercearia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>D</b>	Subir vários lanços de escadas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>E</b>	Subir um lanço de escadas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>F</b>	Inclinar-se, ajoelhar-se ou baixar-se	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>G</b>	Andar mais de 1 Km	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>H</b>	Andar vários quarteirões	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>I</b>	Andar um quarteirão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>J</b>	Tomar banho ou vestir-se sozinha	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Estudo da Qualidade de Vida e do consumo do Medicamento numa população idosa com Hipertensão Arterial e Acidente Vascular Cerebral

4 - Durante as últimas 4 semanas teve, no seu trabalho ou actividades diárias, algum dos problemas apresentados a seguir em consequência do seu estado de saúde?

	Sim	Não
<b>A</b> Diminuiu o tempo gasto a trabalhar, ou noutras actividades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>B</b> Fez menos do que queria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>C</b> Sentiu-se limitada no tipo de trabalho ou de actividades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>D</b> Teve dificuldade em executar o seu trabalho ou outras actividades (por exemplo, foi preciso mais esforço)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5 - Durante as últimas 4 semanas, teve com o seu trabalho ou com as suas actividades diárias, algum dos problemas apresentados seguidamente por causa de qualquer problema emocional (tal como sentir-se deprimida ou ansiosa).

	Sim	Não
<b>A</b> Diminuiu o tempo gasto a trabalhar, ou noutras actividades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>B</b> Fez menos do que queria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>C</b> Não executou o trabalho ou actividades tão cuidadosamente como de costume	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6 - Durante as últimas, 4 semanas, em que medida é que a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com o seu relacionamento normal com a família, amigos, vizinhos ou outras pessoas?

Absolutamente nada	<input type="checkbox"/>
Pouco	<input type="checkbox"/>
Moderadamente	<input type="checkbox"/>
Bastante	<input type="checkbox"/>
Imenso	<input type="checkbox"/>

7 - Durante as últimas 4 semanas teve dores?

Nenhumas	<input type="checkbox"/>
Muito fracas	<input type="checkbox"/>
Ligeiras	<input type="checkbox"/>
Moderadas	<input type="checkbox"/>
Fortes	<input type="checkbox"/>
Muito fortes	<input type="checkbox"/>

8 - Durante as últimas, 4 semanas, de que forma é que a dor interferiu com o seu trabalho normal (tanto o trabalho fora de casa como o trabalho doméstico)?

Absolutamente nada	<input type="checkbox"/>
Pouco	<input type="checkbox"/>
Moderadamente	<input type="checkbox"/>
Bastante	<input type="checkbox"/>
Imenso	<input type="checkbox"/>

**Os seus Sentimentos**

9 - As perguntas que se seguem pretendem avaliar a forma como se sentiu durante o último mês. Escolha a forma que melhor descreve a forma como se sentiu?

Quanto tempo, nas últimas 4 semanas	Sempre	A maior parte do tempo	Bastante tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nenhum tempo
<b>A</b> Se sentiu cheia de vitalidade?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>B</b> Se sentiu muito nervosa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>C</b> Se sentiu tão deprimida que nada a animava?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>D</b> Se sentiu calma e tranquila?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>E</b> Se sentiu com muita energia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>F</b> Se sentiu triste?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>G</b> Se sentiu estafada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>H</b> Se sentiu feliz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>I</b> Se sentiu cansada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10 - Durante as últimas, 4 semanas, até que ponto é que a sua saúde física ou problemas emocionais limitaram a sua actividade social (tal como visitar amigos ou familiares próximo)? trabalho normal (tanto o trabalho fora de casa como o trabalho doméstico)?

Sempre	<input type="checkbox"/>
A maior parte do tempo	<input type="checkbox"/>
Algum tempo	<input type="checkbox"/>
Pouco tempo	<input type="checkbox"/>
Nunca	<input type="checkbox"/>

**Saúde em Geral**

11 - Diga em que medida são verdadeiras ou falsas as seguintes afirmações.

	Absolutamente	Verdade	Não sei	Falso	Absolutamente falso
<b>A</b> Parece que adoço mais facilmente do que os outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>B</b> Sou tão saudável como qualquer outra pessoa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>C</b> Estou convencida que a minha vida vai piorar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>D</b> A minha saúde é excelente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Anexo II



### Consentimento Livre, Informado e Esclarecido (CLIE)

Ana Luísa Pinheiro Tomás e Ana Rita Almeida Pires, estudantes do 5º ano do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas, da Universidade da Beira Interior, e sob orientação científica dos professores Anabela Almeida e Samuel Silvestre, solicitam a sua participação no estudo "Consumo do Medicamento numa população Idosa". O intuito deste projeto de investigação é avaliar o consumo do medicamento nesta população associado às seguintes patologias: Diabetes Mellitus, Hipertensão Arterial e Acidente Vascular Cerebral, em lares de idosos. Nesse sentido necessitamos da sua colaboração para o preenchimento de um questionário.

A sua participação neste estudo é inteiramente voluntária, pelo que, a qualquer momento, pode recusar-se a colaborar neste estudo, sem que essa recusa implique qualquer prejuízo direto ou indireto. Toda a informação obtida neste estudo será estritamente confidencial garantindo que a sua identidade jamais será revelada em qualquer relatório ou publicação, ou a qualquer pessoa não relacionada com este estudo. Para tal, os questionários devem fazer-se acompanhar do presente documento - Consentimento Livre, Informado e Esclarecido (CLIE).

Agradecemos desde já toda a atenção dispensada face ao assunto exposto. Se aceitar participar na investigação assine a declaração que se segue.

Com os melhores cumprimentos, os investigadores,

Ana Tomás, Ana Pires

**Telemóvel:** 938677615/

**E-mail:** anatomas\_99@hotmail.com / anarita1\_almeida@hotmail.com / aalmeida@ubi.pt / samuel@fcsaude.ubi.pt

### Protocolo de Consentimento Informado

Eu \_\_\_\_\_, declaro que li atentamente o Protocolo de Consentimento Informado para participação no estudo "Consumo do medicamento numa população Idosa" e estou disponível para o preenchimento do questionário.

\_\_\_\_\_  
(Assinatura)

Covilhã, de 2017

### Anexo III

**PERÍODO DE FUNCIONAMENTO**

RAMO DE ACTIVIDADE: FARMÁCIA

NOME (DO ESTABELECIMENTO): " FARMÁCIA MARIANO "

LOCALIZAÇÃO: PRAÇA DA SÉ. N.ºS 17/19 - BRAGANÇA

Segunda a Sexta-feira			Sábados			Domingos		
Abertura:	08.30	Horas	Abertura:	08.30	Horas	Abertura:		Horas
Encerramento:	20.00	Horas	Encerramento:	13.00	Horas	Encerramento:		Horas

Descanso semanal:

Este estabelecimento:

Não encerra para almoço	<input checked="" type="checkbox"/>
Encerra para almoço às:	---
Reabre às:	---

Nome do gerente e carimbo da firma

DRA MARIA CAROLINA DE SOUZA VALHO B VICENTE

O Presidente da Câmara


Eng.º António Jorge Nunes

Data 31 / 05 / 2007

**CÂMARA MUNICIPAL DE BRAGANÇA**




Anexo IV



**OCP PORTUGAL**

Soquifa | Castilho | J. C. Crespo | Diprafar | C. F. R.

Sede Social:  
 Rua do Barreiro, 235 • 4470-573 Maia  
 Tlf.: 229 409 400 / Fax: 229 409 490 / Email: ocp.portugal@ocp.pt  
 OCP PORTUGAL PRODUTOS FARMACÉUTICOS S.A. • Capital Social 35.786.055 Euros  
 Contribuinte Nº 500 364 877 • Matr. Cons. Reg. Com. Maia sob o Nº 56.176



**Armazém :** RÉGUA  
 RUA DA ALEGRIA  
 5050-256 PESO DA RÉGUA

**V/Encomenda :**

**Telefone :** 808220230 **Fax :** 229409467

**Aviamento :** R.GUI1706270051

**Volta :** RG207 4 MACEDO / BRAGANÇA

**Local Carga :** NI Armazém **Data :** 2017-06-27 **Hora :** 12:10:40

**Local Descarga :** PRAÇA DA SE, 18  
 BRAGANÇA  
 5300-265 BRAGANÇA

**Página** 1 / 2

**Nº Referência:** R.FAC17058941

**FACTURA** FAC R.FAC17/058941

MARIA CAROLINA C. BARRADAS VICENTE

FARMACIA

1872 - MARIANO

PRAÇA DA SE, 18

BRAGANÇA


5300-265 BRAGANÇA

**Contribuinte Nº :** 134028716

Código	Designação	Qt.Ped.	Qt.Avi.	P.V.P. Esc	P.V.F.	Total Linha	TxC	IVA	Sit.	Grp	Cx	Lote
# 2150886	ADVANTAN 1 MG/GR 30 GR CREME X 1	2	2	5.16 A		8.06	.02	6				1 YY01H99
# 8586719	BEPANTHENE PLUS 50 MG/GR 5 MG/GR 30 GR CREME X1	2	2	0.00		7.16		6 X				1 GP01C51
# 9901710	BUSCOPAN 10 MG COMP.REV X40	2	2	0.00		8.84		6 X				2 161558
PVFSD (4.84) TFOADV Preco Fixo												
# 9627307	CANESPOR 10 MG/GR 15 GR CREME X1	3	3	0.00		10.74		6 X				2 BXPJNSU
# 9373449	DÆFLOM 500 MG COMP.REV X60	3	3	0.00		42.81		6 X				1 35485
# 8354845	DUSPATAL RETARD 200 MG CAP.LP.X30	1	1	4.82 A		3.23	.02	6				1 645852
PVFSD (3.73) TFOADV VDU Preco Fixo												
# 6656967	ELUGEL GEL DENTARIO CLORHEXIDINA 40ML	1	1	0.00		3.80		23 X				2
PVFSD (4.45) TFOADV Preco Fixo												
# 3744588	EUTIROX 100 MCG COMP. X60	1	1	3.27 A		2.34	.01	6				1 228733
# 3745486	EUTIROX 125 MCG COMP. X60	1	1	4.79 A		3.71	.02	6				1 227507
# 3742780	EUTIROX 50 MCG COMP. X60	1	1	4.21 A		3.18	.02	6				2 228732
# 3743689	EUTIROX 75 MCG COMP. X60	3	3	3.39 A		7.35	.01	6				1 228303
# 8438341	FLUDEX LP 1.5 MG COMP. LP X30	3	3	5.00 A		11.67	.02	6				1 240264
# 9689513	FOLIFER 1 MG 90 MG COMP.REV P X60	2	2	12.88 C		19.76	.05	6				1 170197
# 6191064	FREESTYLE LITE TIRAS GLICEMIA PVSNS X 50 UN. R*70816-70	1	1	18.29		14.74		6 X				2
PVFSD (16.56) TFOADV Preco Fixo												
# 6190801	GLUCOCARD G SENSOR TIRAS GLICEMIA PVSNS X 50 UN. R*34140	1	1	18.29		16.56		6 X				1
# 5903380	INDERAL 10 MG COMP.REV X60	2	2	2.09 A		2.56	.01	6				1 72207
# 5198882	KESTINE 10 MG COMP.L.O. X20	4	4	5.00 A		15.56	.02	6				1 1M
# 9977710	LARGACTIL 25 MG COMP.REV X60	1	1	2.48 A		1.63	.01	6				2 3039
# 5829890	LASIX RETARD 60 MG CAP.LP.X60	1	1	8.56 B		6.45	.03	6				2 7A001
# 9507343	LEPICORTINOL 20 MG COMP. X20	1	1	3.90 A		2.90	.01	6				1 A1486C7
# 8747915	LIPANOR 100 MG CAP. X60	1	1	8.23 B		6.15	.03	6				2 7A004
# 9987602	MEOCIL POM.OFT 5 MG/GR+5MG/GR+100MG/GR 3.5 GR X 1	4	4	6.20 A PN		16.04	.02	6				1 170204
PVFSD (4.88) TFOADV Preco Fixo												
# 9599258	NIMED 100MG COMP. REV X20	2	2	4.82 A		7.46	.02	6				1 6CN110B
# 4027983	OGASTO 30 MG COMP. OROD X56	1	1	25.38 D		20.21	.10	6				1 2222184A
# 9527200	POLYDEXA GOTAS 10.5 ML X1	1	1	3.51 A PN		2.51	.01	6				1 70356
# 3092384	PRIADEL 400 MG COMP.LM X100	2	2	4.41 A		6.72	.02	6				2 CY049
# 8414409	RIVOTRIL 0.5 MG COMP. X50	1	1	3.09 A		2.17	.01	6			K	1 17DQ107
# 8414425	RIVOTRIL 2 MG COMP. X30	1	1	4.29 A		3.26	.02	6			K	1 17DQ105
# 8657015	ROSILAN 30 MG COMP. X10	3	3	8.92 B		20.28	.03	6				1 3072
# 8659219	SCHERIPROCT 1.9 MG/GR 5 MG/GR 30 GR POM.RECTAL X1	1	1	4.76 A PN		3.61	.02	6				1 YY01F97
# 6656983	SENSIGEL GEL DENTARIOIDENT.SENS.50ML	1	1	0.00		3.92		23 X				2
PVFSD (4.60) TFOADV Preco Fixo												
# 8372532	SINEMET 25 MG 100 MG COMP. X 60	3	3	6.10 A		14.61	.02	6				1 W170254
# 2639789	SINGULAIR 10 MG COMP.REV P .X28	2	2	17.45 D		17.70	.07	6				1 N002749
PVFSD (13.08) TFOADV Preco Fixo												
# 9672808	SOCIAN 50 MG/10ML 10 ML SOL.ORAL X20	2	2	5.23 A		8.18	.02	6				1 126

**Valor a Transportar:**

rCpl-DocumentoProcessado por Programa Certificado Nº 2303/AT  
 Página: 1/2, Impresso por: 4048, Data: 2017/06/27, Hora: 12:11, Processo: ARJM1085



\* R L F A C 1 7 0 5 8 9 4 1 \*

Estudo da Qualidade de Vida e do consumo do Medicamento numa população idosa com Hipertensão Arterial e Acidente Vascular Cerebral



Sede Social:  
Rua do Barreiro, 235 • 4470-573 Maia  
Tlf.: 229 409 400 / Fax: 229 409 490 / Email: ocp.portugal@ocp.pt  
OCP PORTUGAL PRODUTOS FARMACÉUTICOS S.A. • Capital Social 35.786.055 Euros  
Contribuinte Nº 500 364 877 • Matr. Cons. Reg. Com. Maia sob o Nº 56.176



Armazém : RÉGUA  
RUA DA ALEGRIA  
5050-256 PESO DA RÉGUA  
V/Encomenda :  
Telefone : 808220230 Fax : 229409467  
Aviamento : R.GUI1706270051  
Volta : RG207 4 MACEDO / BRAGANÇA  
Local Carga : N/ Armazém Data : 2017-06-27 Hora : 12:10:40  
Local Descarga : PRAÇA DA SE, 18  
BRAGANÇA  
5300-265 BRAGANÇA

Original

Página 2 / 2  
N/ Referência: R.FAC17058941  
FAC R.FAC17/058941

FACTURA  
MARIA CAROLINA C. BARRADAS VICENTE  
FARMACIA  
1872 - MARIANO  
PRAÇA DA SE, 18  
BRAGANÇA  
5300-265 BRAGANÇA  
Contribuinte Nº : 134028716

Código	Designação	Qt.Ped.	Qt.Avi.	P.V.P. Esc	P.V.F.	Total Linha	TxC IVA	Sit.	Grp	Cx	Lote
<b>Valor Transportado:</b>											325.87
# 5412986	SUPRALIP 145 MG COMP.REV P X50	1	1	11.49 C		7.38	.04	6			1 645532
	PVFSO (8.63) TFOADV VDU Preço Fixo										
# 9144006	TEGRETOL CR 400 MG COMP.LP X60	1	1	9.09 B		6.92	.03	6			1 TJ136
# 9705814	TRAUSAN 100 MG/ML 50 ML SOL.ORAL X1	3	3	7.93 B		17.37	.03	6			1 3042
# 2734887	TRIAPIN 5 MG 5 MG COMP.LP X50	1	1	23.17 D		18.62	.09	6			2 7V006
# 8883637	VALDISPERT 45 MG COMP.REV X60	1	1	0.00		6.80		6	X		1 170074
	PVFSO (7.53) TFOADV VDU Preço Fixo										
# 5012992	VASTAREL LM 35 MG COMP.LM X60	1	1	9.07 B		6.89	.03	6			1 241021
# 9622712	VENEX FORTE 450 MG COMP.REV X60	1	1	18.20 D		13.75	.07	6			1 A1392F6
# 9877522	VIABOM 50 MG COMP. X10	3	3	0.00		6.03		6	X		1 70081
	PVFSO (3.07) TFOADV VDU Preço Fixo										
# 5475090	VICTAN 2 MG COMP.REV X60	4	4	5.30 A		16.64	.02	6		K	1 7A003
# 3732088	XYZAL 5 MG COMP.REV P X21	1	1	4.82 A		3.73	.02	6			1 213278
# 2871184	ZANICOR 10 MG COMP.REV X56	1	1	16.09 D		10.32	.06	6			1 ZA6K26
	PVFSO (11.85) TFOADV VDU Preço Fixo										
# 5926688	ZOLPIDEM AUROVITAS 10 MG COMP.REV P X20 MG	4	4	3.19 A		7.48	.01	6		K	1 1603475A
	PVFSO (2.26) Desc.Ad. sl PVA (1.96) :			20.00%							
# 9717900	ZYRTEC 10 MG COMP.REV P X20	1	1	5.29 A		4.14	.02	6			1 208519
Código	Designação	Qt.Ped.	Sit.	Código	Designação	Qt.Ped.	Sit.				
# 8162735	FERRO GRADUMET 329.7 MG COMP.LP X60	1	E								

Valor Sujeito IVA	IVA	Valor IVA
444.22	6.00 %	26.65
7.72	23.00 %	1.78

A: 138.77 D: 52.32  
B: 63.76  
C: 19.66

Sem Desconto :  
Valor Mercadoria :  
Desconto :  
Imposto :  
Arredondamento :  
Total :  
Total Embalagens : 84


Situação : C -> Sem Volta/ Frio E -> Esgotado F -> Falta FF -> Falta Forçada N -> Não Comercializado P -> Frio não Permitido Q -> Qtd.Limitada R -> Retirado T -> Falta Plataforma V -> Segue Próxima Volta X -> Net # -> Pedido não Modem  
K -> Benzodiazepinas E -> Estupefacientes P -> Psicotropicos PN -> Preço Notificado  
Esc.Com. A:PVA<5,01 B:5,00<PVA<7,01 C:7,00<PVA<10,01 D:10,00<PVA<20,01 E:20,00<PVA<50,01 F:PVA>50,00

Salvo reclamação no prazo de 5 dias, consideramos confirmado o valor da factura.

Movimento de banheiras no mês actual  
Recebidas na OCP : 121  
Enviadas p/ o Cliente : 123  
Saldo : 2



Estudo da Qualidade de Vida e do consumo do Medicamento numa população idosa com Hipertensão Arterial e Acidente Vascular Cerebral



**COOPROFAR, CRL**  
 Rua Pedro José Ferreira, 200/210  
 4420 612 GONDOMAR  
 Capital Social: VARIÁVEL  
 EMAIL: cooprofar@cooprofar.pt  
 URL: www.cooprofar.pt  
 IBAN: PT50 0010 0000 37745770001 59


**FACTURA F F/16913133**

**AM** PÁGINA: 1 / 1  
 DATA: 2017-06-27  
 GUIA N.º: 22751897  
 IMPRESSÃO: 2017-06-27 17:41  
 NORMAL 20%  
 V/REF:

Carga: MACEDO CAVALEIROS  
 Zona Industrial Amendoeira, N.º 41  
 5340-218 MACEDO CAVALEIROS

**21714 FARM.MARIANO**  
 DRA.MARIA CAROLINA DE CARVALHO B.VICENTE  
 PRAÇA DA SÉ, 17 - 19  
 5300 265 BRAGANÇA  
 Contrib. PT 134028716

**20021714**



25720852


CÓDIGO	DESIGNAÇÃO	PED.	ENV.	V.UNIT	PVA DESC.	IVA	INFORM.	P.V.F.	VAL.(EUR) CAIXA
B1	4183786 ALPRAZOLAM RATIOPHARM 0,5 MG 60 COMP	2	2	4,02	2,70	6%	PSI.		6,04 450745
	7388603 ANIMATIV 60 CAPSULAS	1	1	14,83	NETT	23%	T	59806	14,83 450745
B3	5605779 EGOSTAR 22400 U.I., 3 COMPRIMIDOS REV PEL	2	2	12,24	8,42	6%	T		18,60 450745
B5	5350178 OLSAR PLUS 40 MG+12,5 MG 56 COMP.	1	1	43,12	31,20	6%		68046	33,97 450745
B4	5257506 RASTLEZ 300 MG 28 COMP.	1	1	25,94	19,21	6%		72182	20,71 450745
B2	3540788 SELEGILINA GENERIS 5 MG 60 COMPRIMIDOS	2	2	8,98	6,17	23%		618035A	10,84 450745
B4	6683102 SERMION - 30 Mg. 60 COMP.	1	1	20,42	14,34	6%		930DE	15,74 450745
B1	8372532 SINEMET 25 MG + 100 MG - 60 COMPRIMIDOS	2	2	6,10	4,52	6%			9,74 450745
	7355566 VITERRA 30. DRAG.	1	1	8,10	NETT	23%			8,10 450745

**Legenda:** RM (Ret Mercado) PF (Prod Falta) RL (Ret Labor)  
 Origem junta: E (equitados exc. anterior), I (portal internet), G (gadgets), T/R (tel), O (outro)  
 PVA: [A][B]1: <= 5 [A][B]2: <= 7 [A][B]3: <= 10 [A][B]4: <= 20 [A][B]5: <= 50 [A][B]6: > 50  
 O PVA inclui a taxa de comercialização (0,4%) calculada sobre o PVP sílva.

B. INCIDENCIA	IVA	VALOR IVA	Eur
0,00	5,00%	0,00	
0,00	12,00%	0,00	TOTAL ÉTICO:
0,00	13,00%	0,00	TOTAL NETT:
22,93	23,00%	5,27	SUBTOTAL:
0,00	20,00%	0,00	TOTAL IMPOSTO:
0,00	0,00%	0,00	
115,64	6,00%	6,94	TOTAL LIQUIDO:


Encomenda: FARM.MARIANO  
 PRAÇA DA SÉ, 17 - 19 5300 265 BRAGANÇA  
 Data entrega: 2017-06-27

N.º Factura



Ref: 9  
 Unid: 13


Anexo V



**OCP PORTUGAL**

Saquiã | Castiã | J. C. Crespo | Diprafar | C. F. R.

Sede Social:  
 Rua do Barreiro, 235 • 4470-573 Maia  
 Tlf.: 229 409 400 / Fax: 229 409 490 / Email: ocp.portugal@ocp.pt  
 OCP PORTUGAL PRODUTOS FARMACÊUTICOS S.A. • Capital Social 35.786.055 Euros  
 Contribuinte N.º 500 364 877 • Matr. Cons. Reg. Com. Maia sob o N.º 56.176



REQUISIÇÃO DE SUBSTÂNCIAS E SUAS PREPARAÇÕES COMPREENDIDAS NAS TABELAS I, II, III E IV, COM EXCEÇÃO DA II-A, ANEXAS AO DECRETO-LEI N.º 15/93, DE 22 DE JANEIRO, COM RECTIFICAÇÃO DE 20 DE FEVEREIRO

Original


Página 1 / 1 Requisição N.º: KR.REPK170627.0017  
 N/ Referência: R.FAC17058941  
 Factura N.º: REPK R.REPK170627/0017

(Nos termos do art. 18.º do Decreto Regulamentar n.º 61/94, de 12 de Outubro.)

Requisita-se a OCP PORTUGAL PRODUTOS FARMACEUTICOS, SA estabelecimento RÉGUA

Código	Designação	Quant. Pedida	Quant. Aviada
5475090	VICTAN 2 MG COMP.REV X60	4	4
5926888	ZOLPIDEM AUROVITAS 10 MG COMP.REV P X20 MG	4	4
8414409	RIVOTRIL 0.5 MG COMP. X50	1	1
8414425	RIVOTRIL 2 MG COMP. X30	1	1



\* R . R E P K 1 7 0 6 2 7 . 0 0 1 7 \*

---

<p><b>Entidade Requisitante</b> (carimbo)</p> <p>MARIA CAROLINA C. BARRADAS VICENTE                  FARMACIA                  1872 MARIANO                  PRAÇA DA SE, 18                  BRAGANÇA                  5300-265 BRAGANÇA</p>	<p><b>Director Técnico ou Farmaceutico Responsável</b></p> <p>N.º de insc. na O. F.: _____                  Data: 2017-06-27                  Assinatura (Legível): _____</p>
<p><b>Entidade Fornecedora</b></p> <p>OCP PORTUGAL PRODUTOS FARMACEUTICOS, SA                  Estabelecimento: RÉGUA                  RUA DA ALEGRIA                  REGUA                  5050-256 PESO DA RÉGUA                  Telefone: 808220230 Fax: 229409467</p>	<p><b>Director Técnico</b></p> <p>FILIPA ROSA LOPES EIRAS                  N.º de insc. na O.F.: P-04265                  Data: 2017-06-27  <i>Filipa Rosa Lopes Eiras</i></p>

aRgI-DocumentoProcessado por Programa Certificado N.º 2303/AT  
 Pagina - 1 / 1 ; Impresso por - 4048 ; Data - 2017/06/27 ; Hora - 12:11 ; Processo - ARM02727 modOCP.351.1.0

**REQUISITÃO DE SUBSTÂNCIAS E SUAS PREPARAÇÕES COMPREENDIDAS NAS TABELAS I, II, III E IV, COM EXCEÇÃO DA II-A, ANEXAS AO DECRETO-LEI N° 15/93, DE 22 DE JANEIRO, COM RECTIFICAÇÃO DE 20 DE FEVEREIRO**

Requisição n° 3752202/P  
AM - 141447/P

Cliente: 21714 FARM.MARIANO  
PRAÇA DA SÉ, 17 - 19  
5300 265 BRAGANÇA

Data: 27-06-2017  
Relativa à factura n° AM - 16912532

(Nos termos do art. 18.º do Decreto Regulamentar n.º 61/94, de 12 de Outubro.)  
Requisita-se a: **Cooperativa dos Proprietários de Farmácia, CRL.**

Requisição n° 3752202/P  
AM - 141447/P

Cliente: 21714 FARM.MARIANO  
PRAÇA DA SÉ, 17 - 19  
5300 265 BRAGANÇA

Data: 27-06-2017  
Relativa à factura n° AM - 16912532

(Nos termos do art. 18.º do Decreto Regulamentar n.º 61/94, de 12 de Outubro.)  
Requisita-se a: **Cooperativa dos Proprietários de Farmácia, CRL.**

Página 1 de 1

Código	Designação, Forma Farmacéutica e Dosagem	Quantidade Pedida	Quantidade Enviada
5816590	ALPRAZOLAM PAZOLAM CLM 0,5 MG 60 COMP	2	2

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

**FARMÁCIA**  
Director Técnico ou Farmacêutico Responsável

COOPROFAR, CRL  
Director Técnico:  
*Natércia Moreira*


(assinatura legível) Natércia Martins Pires Moreira  
N.º de Insc. na O.F.: 11193


Data e Carimbo


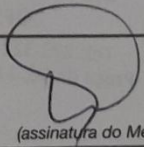
Processado por computador

Anexo VI

Receita Médica N.º

 GOVERNO DE PORTUGAL  
Ministério da Saúde

  
801000002066883205

Utente: <i>[Redacted]</i> N.º de Utente: <i>[Redacted]</i> Telefone: _____ R. C.: _____ Entidade Responsável: <i>SNS</i> N.º de Beneficiário: _____	<b>RECEITA MANUAL</b> Exceção legal: <input type="checkbox"/> a) Falência informática <input type="checkbox"/> b) Inadaptação do prescriptor <input type="checkbox"/> c) Prescrição no domicílio <input checked="" type="checkbox"/> d) Até 40 receitas/mês
 Especialidade: _____ Telefone: _____	Vinheta do Local de Prescrição
R <sub>x</sub> DCI/Nome, dosagem, forma farmacêutica, embalagem <span style="float: right;">N.º    Extenso</span>	
1 <i>Progabalin, 75 mg, caps, emb pap</i> <span style="float: right;">1    <i>Uma</i></span> Posologia <i>1 caps à noite</i>	
2 <i>Venex, 900 mg, comp, emb quad</i> <span style="float: right;">1    <i>Uma</i></span> Posologia <i>1 comp de manhã</i>	
3 _____ Posologia _____	
4 _____ Posologia _____	
Validade: 30 dias Data: <i>2017, 07, 15</i> (aaaa/mm/dd)	 (assinatura do Médico prescriptor)

Modelo n.º 1806 (Exclusivo da INCM, S. A.) INCM

FARMACIA MARIANO - BRAGANÇA  
Dir. Téc.: DRª MARIA CAROLINA CARVALHO B. VICENTE  
Reg. C.R.C. 01062/051288



CAPITAL SOCIAL: 0,00 Euros  
Nº de Contribuinte: 134028716  
DOCUMENTO PARA FACTURAÇÃO  
01 - R/L/S:4/2/115  
Rec.: 1  
Ben.:



ROOLBrjX2zRC - VENDA - 393499 (1) 17/07/17

Prod PUP PRef Qt Comp Utente PU4 Incentivo



1) \*5635800\* - Pregabalina Generis MG, 75 mg x 56 cá  
14,09 7,88 1 7,09 7,00 8,48 0,00

T: 14,09 1 7,09 7,00 0,00

Declaro que: Me foi dispensada 1 embalagem  
de medicamentos constantes na receita e  
prestados os conselhos sobre a sua utilização.

Direito de Opção:

1 Exerci o direito de opção para o medicamento  
com preço superior ao 5.º preço mais barato.

Ass. do Utente

**Farmácia Mariano**

Dra Maria Carolina C.B. Vicente


NIF: 134 028 716


Tel: 273 322 149 - Fax: 273 333 226

Praça da Sé, 17-19 | 5300-265 Bragança

12/07/17







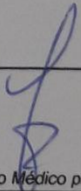
Receita Médica Nº

 **REPÚBLICA PORTUGUESA**  
SAÚDE

  
\*1021000032135237821\*

2ª VIA

RN

Utente: 	R.C.:			
Telefone:				
Entidade responsável: ADSE				
Nº. de Beneficiário:	 *000751227 AP*			
	Especialidade: <b>MEDICINA GERAL E FAMILIAR</b>	LPEUPS NORTE		
	Telefone: 939307590	 *U989891*		
Rx	DCI / Nome, dosagem, forma farmacêutica, embalagem, posologia	Nº	Extenso	Identificação Ótica
1	Perindopril + Indapamida + Amlodipina, Triplixam, Comprimido revestido por película 10 mg + 2.5 mg + 10 mg <b>Posologia: 1 Comprimido, 1 vez por Dia, durante 60 dias</b>	2	Duas	 *5595822*
2				
3				
4				
Validade: 6 meses Data: 2017-02-14		 (assinatura do Médico prescriptor)		

Processado por computador - My MedicineOne, versão 8.x - MedicineOne Life Sciences Computing S.A.

Anexo VII

**FARMACIA MARIANO**  
PRACA DA SE. 17  
5300-285 BRAGAÇA

**FARMACIA MARIANO**  
Dir. Maria Carolina C.R. VICENTE  
NIF: 134 028 716  
Tel: 233 422 240 - 233 233 236  
Fax: 233 422 240 - 233 233 236  
http://www.farmaciamariano.com

NIF: 134028716  
Telefone: 273322149  
Dir. Téc. DRª MARIA CAROLINA  
CARVALHO B. VICENTE

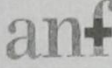
**Balanco de Entradas e Saídas de Estupefacientes e Psicotrópicos**  
Entre 01-06-2017 e 30-06-2017

NOTA: Mapa com os registos [POR IMPRIMIR]

Código	Produto	Exist. Anterior	Nº Entradas	Nº Saídas	Quebras	Exist. final Período
5436118	Buprenorfina Actavis MG, 8 mg x 7 comp sl	2	1	0	0	3
5436258	Buprenorfina Ratiopharm MG, 8 mg x 7 comp sl	0	3	2	0	1
5021522	Fentanilo Sandoz MG, 25 mcg/h x 5 sist transder	1	5	4	0	2
5021530	Fentanilo Sandoz MG, 50 mcg/h x 5 sist transder	-3	0	6	0	-9
5334461	Palexia Retard, 100 mg x 30 comp lib prol	2	4	5	0	1
5334511	Palexia Retard, 150 mg x 30 comp lib prol	0	2	2	0	0
5334420	Palexia Retard, 50 mg x 20 comp lib prol	1	2	1	0	2
5334438	Palexia Retard, 50 mg x 30 comp lib prol	2	8	9	0	1
3224185	Sevredol, 10 mg x 20 comp revest	0	2	2	0	0
3067188	Subutex, 2 mg x 7 comp sl	1	7	4	0	4
3887981	Transtec, 35 mcg/h x 10 sist transder	0	2	1	0	1
3887882	Transtec, 35 mcg/h x 5 sist transder	0	0	2	0	-2
3888187	Transtec, 52,5 mcg/h x 5 sist transder	0	1	0	0	1

FARMACIA MARIANO		PRACA DA SE, 17		NIF: 134028716	
Farr Dra M		5300-265 BRAGANÇA		Telefone: 273322149	
Teh 273 332 265		5300-265 BRAGANÇA		Dir. Téc. DRª MARIA CAROLINA CARVALHO B. VICENTE	
<b>Lista de Entradas de Estupefacientes e Psicotrópicos</b>					
<b>Entre 01-06-2017 e 30-06-2017</b>					
NOTA: Mapa com os registos [POR IMPRIMIR][IMPRESSOS][ANota: Listagem Inválida para envio ao INFARMED!]					
Nº Seq.	Data Entrada	Origem	Nº do Documento	Produto	Qt. Rec.
<b>Fornecedor</b>					
1730	02-06-2017	Guia de Remessa	r.rep170601.00	5021522 Fentanilo Sandoz MG, 25 mcg/h x 5 sist transder	3
		OCP Portugal, S.A. - Armazém Régua	Rua da Alegria	5050-256 Peso da Régua	
1731	02-06-2017	Guia de Remessa	r.rep170601.00	5334420 Palexia Retard, 50 mg x 20 comp lib prol	2
		OCP Portugal, S.A. - Armazém Régua	Rua da Alegria	5050-256 Peso da Régua	
1732	02-06-2017	Guia de Remessa	r.rep170601.00	3067188 Subutex, 2 mg x 7 comp sl	1
		OCP Portugal, S.A. - Armazém Régua	Rua da Alegria	5050-256 Peso da Régua	
1733	06-06-2017	Guia de Remessa	R.REPK170605.00	5334438 Palexia Retard, 50 mg x 30 comp lib prol	4
		OCP Portugal, S.A. - Armazém Régua	Rua da Alegria	5050-256 Peso da Régua	
1734	07-06-2017	Guia de Remessa	r.rep170605.00	5436118 Buprenorfina Actavis MG, 8 mg x 7 comp sl	1
		OCP Portugal, S.A. - Armazém Régua	Rua da Alegria	5050-256 Peso da Régua	
1735	07-06-2017	Guia de Remessa	R.REPK170607.00	5021522 Fentanilo Sandoz MG, 25 mcg/h x 5 sist transder	2
		OCP Portugal, S.A. - Armazém Régua	Rua da Alegria	5050-256 Peso da Régua	
1737	08-06-2017	Guia de Remessa	R.REPK170608.00	5334438 Palexia Retard, 50 mg x 30 comp lib prol	2
		OCP Portugal, S.A. - Armazém Régua	Rua da Alegria	5050-256 Peso da Régua	
1740	16-06-2017	Guia de Remessa	R.REPK170616.00	3887981 Transtec, 35 mcg/h x 10 sist transder	2
		OCP Portugal, S.A. - Armazém Régua	Rua da Alegria	5050-256 Peso da Régua	
1742	21-06-2017	Guia de Remessa	r.rep170621.00	5334461 Palexia Retard, 100 mg x 30 comp lib prol	2
		OCP Portugal, S.A. - Armazém Régua	Rua da Alegria	5050-256 Peso da Régua	
1743	22-06-2017	Guia de Remessa	r.rep170622.00	5334438 Palexia Retard, 50 mg x 30 comp lib prol	2
		OCP Portugal, S.A. - Armazém Régua	Rua da Alegria	5050-256 Peso da Régua	
1744	27-06-2017	Guia de Remessa	v.rep170626.02	5436258 Buprenorfina Ratiopharm MG, 8 mg x 7 comp sl	3
		OCP Portugal, S.A. - Armazém Régua	Rua da Alegria	5050-256 Peso da Régua	

## Anexo VIII

  
Associação Nacional das Farmácias

**Circular n.º 2219-2015**  
Lisboa, 12 de Outubro de 2015

**Assunto:** Registos de psicotrópicos e estupefacientes

Exmo. Associado,

Recentemente, o Infarmed emitiu a Circular Informativa n.º 166/CD, relativa ao registo de medicamentos contendo substâncias estupefacientes ou psicotrópicas.

Nesse sentido, chamamos a atenção para os seguintes procedimentos:

<b>ESTUPEFACIENTES E PSICOTRÓPICOS - REQUISITOS DE ENVIO OBRIGATÓRIO AO INFARMED</b>				
	<b>CÓPIA DE RECEITAS MANUAIS</b>	<b>REGISTO DE SAÍDAS</b>	<b>MAPA DE BALANÇO</b>	<b>REGISTO DE ENTRADAS*</b>
TABELAS I, II-B, II-C	Mensalmente Até ao dia 8 do mês seguinte	Mensalmente Até ao dia 8 do mês seguinte	Anualmente Até 31 de Janeiro do ano seguinte	Não se aplica (fica s/ efeito)
TABELAS III E IV (incluem as benzodiazepinas)	Não se aplica	Não se aplica	Anualmente Até 31 de Janeiro do ano seguinte	Não se aplica (fica s/ efeito)

**MANTER ARQUIVO DE TODOS OS DOCUMENTOS DURANTE 3 ANOS**

\* Realçamos que os procedimentos a adoptar no que respeita à validação do receituário, dispensa e controlo destes medicamentos foram alterados ao nível do registo de entradas, que deixa de ter de ser efectuado.

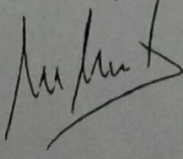
As cópias das receitas manuais e os relatórios (registos de saídas e mapas de balanço) devem ser enviados para o Infarmed.


Esta informação pode ser remetida para o e-mail [mapas\\_subscontroladas@infarmed.pt](mailto:mapas_subscontroladas@infarmed.pt), devendo a farmácia mencionar no assunto o nome e código. Exemplos:

- Farmácia "nome" (código): receitas manuais (mês/ano)
- Farmácia "nome" (código): registo de saídas (mês/ano)
- Farmácia "nome" (código): mapa de balanço (ano)

O Sifarma será actualizado em conformidade com as novas alterações efectuadas nos mapas de envio.

Com os melhores cumprimentos,

A DIRECÇÃO  


 Farmácias Portuguesas


Rua Marechal Saldanha, 1 · 1249-069 Lisboa  
Tel: 21 340 06 00 · Fax: 21 347 29 94  
email: [anf@anf.pt](mailto:anf@anf.pt) | [www.anf.pt](http://www.anf.pt)

## Anexo IX

VERBETE DE IDENTIFICAÇÃO DO LOTE							
Farmácia: FARMACIA MARIANO Código da Farmácia: 01872				MÊS: Julho ANO: 2017			
Carimbo da Farmácia							
Entidade: Administracao Regional de Saude do Norte, I.P.							
Plano Participação: 01 S.N.S.							
Tipo	Nº Lote	Nº Receitas	Nº Etiquetas	PVP	Utente	Comp.	Rem. Esp.
10	1	30	66				
		Nº Ordem	Nº Etiquetas	PVP	Utente	Comp.	Rem. Esp.
		1	4	57,76€	13,01€	44,75€	0,35€
		2	4	119,52€	17,04€	102,48€	0,00€
		3	1	8,17€	5,15€	3,02€	0,00€
		4	4	96,81€	35,25€	61,56€	0,00€
		5	2	4,86€	2,54€	2,32€	0,70€
		6	2	9,68€	4,47€	5,21€	0,70€
		7	1	6,34€	2,68€	3,66€	0,00€
		8	2	16,06€	10,65€	5,41€	0,00€
		9	2	20,67€	8,44€	12,23€	0,00€
		10	4	31,46€	21,93€	9,53€	0,00€
		11	1	3,37€	0,48€	2,89€	0,35€
		12	2	20,61€	11,15€	9,46€	0,35€
		13	2	15,70€	9,90€	5,80€	0,00€
		14	1	5,67€	2,36€	3,31€	0,00€
		15	4	24,47€	15,38€	9,09€	0,00€
		16	2	8,91€	6,67€	2,24€	0,00€
		17	2	32,08€	9,94€	22,14€	0,00€
		18	2	32,08€	9,94€	22,14€	0,00€
		19	2	12,88€	8,12€	4,76€	0,00€
		20	1	5,85€	3,03€	2,82€	0,00€
		21	3	10,97€	6,96€	4,01€	0,00€
		22	1	6,34€	2,68€	3,66€	0,00€
		23	2	13,91€	9,03€	4,88€	0,35€
		24	3	14,25€	1,78€	12,47€	0,70€
		25	2	14,96€	8,53€	6,43€	0,35€
		26	1	23,44€	14,77€	8,67€	0,00€
		27	2	9,45€	7,24€	2,21€	0,00€
		28	4	28,12€	19,38€	8,74€	0,00€
		29	1	19,29€	12,15€	7,14€	0,00€
		30	2	8,74€	6,79€	1,95€	0,00€

Anexo X

Original



registo de entrada na a. n. f.  
FACTURA NUM.: E006 / 1

Faturação das dispensas de medicamentos no mês 01/2017

Data de Emissão: 31-01-2017 20:41:07

FARMACIA MARIANO  
Maria Carolina Carvalho Barradas Vicente  
PRACA DA SE, 17  
BRAGANÇA  
5300-265 BRAGANÇA

núm. inscrição na a. n. f.: 1872

número de contribuinte: 134028716

ENTIDADE: SNQTB/SNS  
MORADA: Rua Pinheiro Chagas, 6  
1050-177 LISBOA  
CONTRIB: 501403736

	Quantidade de		Preço de Venda ao público	Valor a Pagar pelos Utentes	Valor a Pagar pela Entidade
	Lotes	Receitas			
SNQTB-Lote Electrónico RSP	1	5			
<b>TOTAIS</b>	<b>1</b>	<b>5</b>			

Resumo IVA

	P.V.P	Comp. Utente	Comp. Organismo
IVA 6%			

São: Cento e noventa e dois euros, oitenta e sete cêntimos

Correcção a fazer pela entidade.

Nº de Receitas Devolvidas \_\_\_\_\_

Valor Facturado \_\_\_\_\_

Valor Abatido \_\_\_\_\_

Valor a Liquidar \_\_\_\_\_

Conferente \_\_\_\_\_

Carimbo da Farmácia

**Farmácia Mariano**  
Dra Maria Carolina C.B. Vicente  
NIF: 134 028 716  
Tel: 273 322 149 - Fax: 273 333 226  
Praça da Sé, 17-19 | 5300-265 Bragança

31/01/17 Conferente \_\_\_\_\_

G+LM-Processado por programa certificado nº 432/AT

Pag. 1

**RELAÇÃO RESUMO DE LOTES**

---

Farmácia: FARMACIA MARIANO  
Nº Farmácia: 1872

MES: Janeiro  
ANO: 2017

---

Entidade: SNQTB/SNS  
PI Participação: O97 SNQTB-Lote Electrónico RSP

<u>Tipo</u>	<u>Data</u>	<u>Nº Lote</u>	<u>Receitas</u>	<u>Embalagens</u>	<u>PVP</u>	<u>Comp. Utente</u>	<u>Comp. Organ.</u>
97	25-01-2017	1	5	18			
Totais Globais:			5	18			

---

Data: 31-01-2017 Pág. 1

**Anexo XI**

Original

**GUIA DE FATURA**

Faturação das dispensas de medicamentos no mês 01/2017 pela Fatura nº E006 / 4 em 31-01-2017

---

FARMACIA MARIANO  
 PRACA DA SE, 17  
 BRAGANÇA  
 5300-265 BRAGANÇA

Número de contribuinte 134028716  
 Código da Farmácia 1872

---

TIPO DE LOTE	QUANTIDADE LOTES
10 Regime Geral	2
15 Pensionistas (Decreto Lei Nº 118/92)	1
16 Despachos/Portarias (Pensionistas)	1
17 Trabalhadores Migrantes	1
18 Despachos/Portarias (Regime Geral e Trabalhadores)	1
97 Lote Electrónico RSP (Sem erros de validação)	1
99 Lote Electrónico (Sem erros de validação)	4
<b>TOTAIS</b>	<b>11</b>

ctt expresso

UNIBACT EXPRESSO  
707 200 118

RECEBIMOS DE ENTREGA

DESTINO: A receima do doador

DESTINO: A receima do doador

S-MAIL: 5300-265 BRAGANÇA  
 C.P.: 5300-265 BRAGANÇA

S-MAIL: 4475-253 SAUA  
 C.P.: 4475-253 SAUA

19 M 19 M 19 M

## Anexo XII

<b>AUTORIZAÇÃO DE UTILIZAÇÃO EXCEPCIONAL MEDICAMENTOS DE USO HUMANO IMPRESSO DE USO OBRIGATÓRIO PELOS REQUERENTES</b>			
<p>Exm<sup>o</sup>. Senhor Presidente do Conselho Diretivo do INFARMED, I.P. Pretende esta entidade licenciada para a aquisição direta de medicamentos, ao abrigo do disposto na alínea a) do artigo 92.º do Decreto-Lei nº 176/2006, de 30 de Agosto, na sua atual redação, solicitar AUTORIZAÇÃO DE UTILIZAÇÃO EXCEPCIONAL para o medicamento de benefício clínico bem reconhecido abaixo indicado, ao abrigo do despacho:</p>			
<b>Deliberação n.º 1546/2015</b>			
<p>Por se tratar de um medicamento que não possui AUTORIZAÇÃO DE INTRODUÇÃO NO MERCADO (AIM) em Portugal e se destinar a doentes em tratamento neste estabelecimento de saúde, com vista a satisfazer as necessidades para o próximo ano de....., solicito a V. Ex<sup>o</sup>. se digne autorizar a sua utilização especial, nos seguintes termos:</p>			
Requerente:			
Morada:			
Código postal:	TeI S.F.:	Fax S.F.:	
V/ Nº de Pedido:	V/data:		
Nome do medicamento:			
Substância(s) Activa(s):			
Forma farmacéutica:			
Dosagem:	Pertence ao F.H.N.M.:		SIM <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Quantidade unitária:	Apresentação:		
Preço por unidade (c./IVA):	Estimativa/Despesa (c./IVA):		
Titular da A.I.M.:		País da A.I.M.:	
Fabricante:		País/fabricao:	
Liberfador de lote*:		País/lib. de lote*:	
Distribuidor do país de procedência:		País/Procedência:	
Distribuidor em Portugal*:		Alfândega*:	
<input type="checkbox"/> Albumina humana como excipiente <input type="checkbox"/> Alergeno <input type="checkbox"/> Derivado do sangue ou plasma <input type="checkbox"/> Vacina			
<input checked="" type="checkbox"/> INSTRUÇÃO AO ABRIGO DO ARTIGO 12.º DA DELIBERAÇÃO N.º 1546/2015.  Documentação enviada ao INFARMED pelo requerente ou por outra entidade _____ juntamente com a AUE n.º _____ autorizada para o ano _____.*			
<input type="checkbox"/> PEDIDO DE ALTERAÇÃO DA QUANTIDADE inicialmente requerida na AUE nº _____, autorizada em __/__/____ Justificação: _____			
<input type="checkbox"/> Aceito, para efeitos do previsto no artigo 9.º Decreto-Lei n.º 128/2013, de 5 de Setembro, que as comunicações com o INFARMED no âmbito do presente pedido sejam feitas através das seguintes caixas electrónicas: <a href="mailto:ave@infarmed.pt">ave@infarmed.pt</a> do INFARMED e _____ ( e-mail) do requerente;			
<input type="checkbox"/> Igualmente aceito que as comunicações por correio electrónico feitas nos termos do parágrafo anterior, independentemente da indicação dos nomes dos colaboradores de ambas as entidades que, em concreto, as elaboraram, revestem valor probatório e a respectiva autoria é atribuída à parte remetente;			
<input type="checkbox"/> As comunicações feitas nos termos dos parágrafos anteriores, consideram-se recebidas pelo seu destinatário no segundo dia útil posterior ao seu envio, sendo suficiente para prova de envio o "print" retirado do sistema do seu remetente donde conste a data e hora de envio.			
Assinatura do Director Clínico (deverá ser identificada sob a forma de carimbo e/ou vinheta):			

\* se aplicável

### Anexo XIII

**AUTORIZAÇÃO DE UTILIZAÇÃO EXCECIONAL**  
**Alínea a) artigo 92.º (medicamentos de benefício clínico bem reconhecido)**  
**JUSTIFICAÇÃO CLÍNICA**

Estabelecimento de saúde:			
Serviço proponente:			
<b>Deliberação n.º 1546/2015</b>			
Nome do medicamento:			
Substância(s) Activa(s):	Pertence ao F.H.N.M.:	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> D
Dosagem:	Apresentação:		
Quantidade unitária:			
Indicações Terapêuticas para as quais se pretende o medicamento e posologia:			
Estratégia terapêutica para a situação em causa:			
Listagem de terapêuticas alternativas existentes no mercado e motivos da sua inadequação à situação em análise:			
Fundamentação científica da utilização do medicamento:			
<b>Assinatura do Diretor de Serviço (deverá ser identificada sob a forma de carimbo e/ou vinheta):</b>			

**Anexo XIV**

**ANEXO VII**

REQUISIÇÃO DE SUBSTÂNCIAS E SUAS PREPARAÇÕES  
 COMPREENDIDAS NAS TABELAS I, II, III E IV, COM EXCEPÇÃO DA II-A,  
 ANEXAS AO DECRETO-LEI N.º 15/93, DE 22 DE JANEIRO, COM  
 RECTIFICAÇÃO DE 20 DE FEVEREIRO

N.º \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 Nota de encomenda N.º \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

(Nos termos do art.º 18.º do Decreto Regulamentar n.º 61/94, de 12 de outubro)

Requisita-se a \_\_\_\_\_

SUBSTÂNCIAS ACTIVAS E SUAS PREPARAÇÕES				QUANTIDADE	
N.º de Código	Designação	Forma Farmac	Dosagem	Pedida	Fornecida
Carimbo da entidade requisitante			D. T. ou Farmac. Responsável _____		
			N.º de insc na O. F. ____/____/____/____		
			Data ____/____/____		
			Ass. legível _____		
Carimbo da entidade fornecedora			Director Técnico _____		
			N.º de insc na O. F. ____/____/____/____		
			Data ____/____/____		
			Ass. legível _____		

Anexo XV



LISTA DE MEDICAMENTO LOOK-ALIKE SOUND-ALIKE (LASA)

*Handwritten signature and date: 20/11/2015*

Sound alike	
Adrenalina	Noradrelina
Alfentanil	Sufentanil
Alopurinol	Haloperidol
Aminofilina	Amiodadora
Azatioprina	Azitromicina
Bevacizumab	Transtuzumab
Bevacizumab	Rituximab
Carboplatina	Cisplatina
Carboplatina	Cisplatina
Carboplatina	Oxaliplatina
Carvedilol	Calcitriol
Cedazolina	Cefotaxima
Cefazolina	Cefoxitina
Cefotaxima	Cefoxitina
Cefotaxima	Ceftazidima
Ceftazidima	Cefotaxima
Ceftazidima	Cefoxitina
Ceftriaxone	Cefazolina
Cetuximab	Rituximab
Ciclosporina	Ciclofosfamida
Cisplaooram	Escitalopram
Cisplatina	Carboplatina
Cisplatina	Oxaliplatina
Clomipramina	Cloromazina
Clonidina	Clozapina
Cloropromazina	Clomipramina
Clozapina	Clonidina
Dexametasona	Betametasona
Dobutamina	Dopamina
Docetaxel	Paclitaxel
Dopamina	Dobutamina
Doxorrubicina	Epirubicina
Efederina	Etilefrina
Efederina	Felilefrina
Efedrina	Epinefrina
Epinefrina	Efedrina
Epinefrina	Fenilefrina
Epirubicina	Doxorrubicina
Escitalopram	Citalopram
Etilefrina	Efedrina
Etilefrina	Epinefrina
Etilefrina	Fenilefrina
Fenilefrina	Efedrina
Gencitabina	Gentamicina

Sound alike	
Glicazida	Glimepirida
Haloperidol	Alopurinol
Levomepromazina	Levotiroxina
Levopuivacaína	Bupivacaína
Mitomicina	Mitoxantrona
Mitoxantrona	Metotrexato
Norepinefrina	Epinefrina
Norepinefrina	Epinefrina
Olanzapina	Quetiapina
Oxcarbamazepina	Carbamazepina
Paclitaxel	Cabazitaxel
Quetiapina	Olanzapina
Rifapicina	Rifampicina
Sufentanil	Fentanil
Sulfadiazina	Sulfassalazina
Ustecinumab	Adalimumab
Vimblastina	Vincristina



Número de série 1853911

VIA FARMÁCIA



MINISTÉRIO DA SAÚDE

**MEDICAMENTOS HEMODERIVADOS**  
REQUISIÇÃO/DISTRIBUIÇÃO/ADMINISTRAÇÃO  
*(Arquivar pelos Serviços Farmacêuticos\*)*

HOSPITAL \_\_\_\_\_

SERVIÇO \_\_\_\_\_

Médico _____ <i>(Nome legível)</i>  N.º Mec. ou Vinheta _____  Assinatura _____  Data ____/____/____	<b>Identificação do doente</b> <i>(nome, n.º de identificação civil, n.º do processo, n.º de utente do SNS)</i>    <i>Apor etiquetas autocolante, cópiagrafo ou outro. Enviar tantos autocolantes, com identificação do doente, quantas as unidades requisitadas.</i>	<b>QUADRO A</b>
---	--	-----------------

**REQUISIÇÃO/JUSTIFICAÇÃO CLÍNICA** *(a preencher pelo médico)*

Hemoderivado _____ <i>(Nome, forma farmacêutica, via de administração)</i>  Dose/Frequência _____ Duração do tratamento _____  Diagnóstico/Justificação Clínica _____  _____  _____	<b>QUADRO B</b>
--	-----------------

**REGISTO DE DISTRIBUIÇÃO N.º** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ *(a preencher pelos Serviços Farmacêuticos)*

Hemoderivado/dose	Quantidade	Lote	Lab. origem/Fornecedor	N.º Cert. INFARMED

Enviado \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Farmacêutico \_\_\_\_\_ N.º Mec. \_\_\_\_\_

*(\*) Exceionalmente, o plasma fresco congelado inativado poderá ser distribuído e ter registo e arquivo nos Serviços de Imuno-Hemoterapia.*

Recebido \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Serviço requisitante *(Assinatura)* \_\_\_\_\_ 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. Exceionalmente, a distribuição e registo do plasma fresco congelado inativado, bem como o arquivo da via farmácia, poderá ser feito pelos Serviços de Imuno-Hemoterapia.

**II. Instruções relativas ao produto medicamentoso:**

a) Cada unidade medicamentosa fornecida será etiquetada pelos Serviços Farmacêuticos com as respetivas 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 rótulo serão obrigatoriamente devolvidos aos Serviços Farmacêuticos. No Quadro D será lavrada a devolução,

Despacho n.º 1001/2000 (2.ª série), dos Ministérios da Defesa Nacional e da Saúde, publicado no Diário da República, 2.ª série, n.º 251, de 30 de outubro de 2000.



## Anexo XVIII

GOVERNO DE PORTUGAL MINISTÉRIO DA SAÚDE		SISTEMA NACIONAL DE FARMACOVIGILÂNCIA Notificação de Suspeita de Reações Adversas a Medicamentos Profissionais de Saúde			infarmed Autoridade Nacional de Medicamentos e Produtos de Saúde (I.D. 17)	
Notifique sempre que suspeitar de uma reação adversa					CONFIDENCIAL	
<b>A. Reação adversa a medicamento (RAM)</b>						
Descrição	Data início <sup>1</sup>	Data fim	Duração RAM se < 1 dia			
	__/__/__	__/__/__	h	min		
	__/__/__	__/__/__	h	min		
	__/__/__	__/__/__	h	min		
	__/__/__	__/__/__	h	min		
Considera a reação adversa (ou o caso, se mais do que uma reação) <sup>2</sup> grave? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Se sim, porque considera grave? <input type="checkbox"/> Resultou em morte __/__/__ <input type="checkbox"/> Resultou em incapacidade significativa (especifique em F.) <input type="checkbox"/> Colocou a vida em risco <input type="checkbox"/> Causou anomalias congénitas <input type="checkbox"/> Motivou ou prolongou internamento <input type="checkbox"/> Outra <sup>3</sup> (especifique em F.)						
Tratamento da reação adversa:						
<b>B. Medicamento(s) suspeito(s)</b>						
Nome de marca	Lote	Dose diária	Via adm.	Indicação terapêutica	Data início	Data fim
#1						
#2						
O medicamento foi suspenso devido à reação <input type="checkbox"/> A reação melhorou após suspensão <input type="checkbox"/> Ou manteve-se <input type="checkbox"/> Houve redução da posologia (especifique em F.) <input type="checkbox"/> Suspeita de interação <sup>4</sup> entre medicamentos (especificar em F.) <input type="checkbox"/> O mesmo fármaco foi reintroduzido <input type="checkbox"/> Ocorreu reação adversa idêntica quando da reintrodução <input type="checkbox"/> São conhecidas reações anteriores ao mesmo fármaco <input type="checkbox"/> São conhecidas reações anteriores a outros fármacos <input type="checkbox"/>						
Considera a relação casual: <input type="checkbox"/> Definitiva (certa) <input type="checkbox"/> Provável <input type="checkbox"/> Possível <input type="checkbox"/> Improvável						
<b>C. Medicamentos concomitantes, incluindo automedicação (e outro tipo de produtos)</b>						
Nome de marca	Dose diária	Via adm.	Indicação terapêutica	Data início	Data fim	
#3						
#4						
#5						
#6						
#7						
<b>D. Doente</b>						
Iniciais do nome	<input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino	Peso	Kg	Altura	cm	
Data de nascimento	__/__/__	Ou idade à data da ocorrência da(s) RAM(s) _____				
Como evoluiu o doente em relação à(s) RAM(s)? <input type="checkbox"/> Cura <input type="checkbox"/> Em recuperação <input type="checkbox"/> Persiste sem recuperação <input type="checkbox"/> Morte sem relação com a reação <input type="checkbox"/> Cura com sequelas <input type="checkbox"/> Desconhecida <input type="checkbox"/> Morte com possível relação com a reação						
<b>E. Profissional de saúde</b>						
Nome _____						
Profissão _____ Especialidade _____						
Local de trabalho _____						
Contactos <sup>5</sup> <input type="checkbox"/> Telefone/Telemóvel _____ <input type="checkbox"/> e-mail _____						
Data __/__/__ Assinatura _____						