



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR
Ciências da Saúde

Avaliação do Impacto do Ensino da Técnica Inalatória no Controlo da Asma

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

Tânia Andreia Pereira Timóteo

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

Orientador: Prof. Doutora Olga Lourenço
Coorientador: Prof. Doutora Anabela Madeira

Covilhã, Junho de 2012

Ao meu avô, António Joaquim Timóteo,
Que embora já não esteja presente nas nossas vidas,
Estará sempre presente nos nossos corações.

A ele, um muito obrigado
Por todos os valores que me transmitiu,
Ao longo da sua vida.

Agradecimentos

Este trabalho não ficaria completo sem uma grata referência a todas as pessoas que de forma mais ou menos direta me ajudaram a realizar este trabalho.

À minha orientadora, Professora Doutora Olga Lourenço, pela disponibilidade, estímulo e orientação. Sem o seu rigor e seriedade não seria possível a construção deste trabalho.

À minha coorientadora, Professora Doutora Anabela Madeira, pelo seu entusiasmo, atenção e apoio. Obrigado por ter acreditado neste projeto, sem si nada disto seria possível.

A todos os Farmacêuticos que aceitaram participar no estudo, pelo empenho e dedicação no projeto.

A todos os doentes que se disponibilizaram a participar no estudo e ir novamente à farmácia.

À Diretora dos Serviços Farmacêuticos do CHTMAD, Dr.^a Almerinda Alves, e a todos os colaboradores, por me terem recebido de braços abertos e disponibilizado tempo na minha formação.

Ao Diretor Técnico da Farmácia da Alameda, Dr. Jacinto Campos, e a todos os colaboradores da farmácia, pela excelente integração na equipa de trabalho e por fazerem deste período de estágio uma experiência inesquecível.

Agradeço aos meus pais, Rodrigo e Alzira, por me formarem muito antes de qualquer universidade, e ao meu irmão, Paulo, por todo o apoio e motivação. Ao meu avô Amândio e avó Edite pela preocupação e pelos legumes que me obrigam a trazer para a Covilhã, e à minha avó Olinda, por me dar a oportunidade de conviver com a mulher corajosa, forte e terna que ela é. À minha prima Tila por todas as velinhas acesas em dias de frequência e aos meus amigos, quase família, José e Edite, por todo o carinho. A todos os meus tios e primos, por me mostrarem o que uma família.

Ao meu namorado, Carlos Costa, por me ter aturado ao logo destes seis anos, principalmente por nunca me deixar desistir dos meus sonhos e por ter partilhado comigo alguns dos melhores momentos da minha vida. Obrigado pelos jantares, pelas noitadas a corrigir este trabalho e também pela paciência.

Aos meus amigos, que me acompanharam nesta caminhada que é a vida e a tornaram mais colorida. Agradeço aos meus colegas de curso por todos momentos inesquecíveis e por todas as conquistas alcançadas.

Finalmente, mas não menos importante, quero agradecer às minhas colegas, Rita e Aura, pela preciosa ajuda que me deram, e por todos os momentos fantásticos que me proporcionaram.

Resumo

Este relatório está dividido em três capítulos: o Capítulo I refere-se à Investigação (Avaliação do Impacto do Ensino da Técnica Inalatória no Controlo da Asma), o Capítulo II fala sobre o Estágio em Farmácia Hospitalar e por fim o Capítulo III descreve o Estágio realizado em Farmácia Comunitária.

A asma tanto a nível nacional como a nível mundial é um problema de saúde pública. Grande parte dos doentes asmáticos têm a asma não controlada. São vários os estudos que mostram que a técnica inalatória dos doentes asmáticos é incorreta. Este estudo teve como principal objetivo avaliar o impacto do ensino da técnica inalatória no controlo da asma. Doentes com diagnóstico (reportado pelo doente) de asma, com idade entre os 18-65 anos e com terapêutica instituída para a asma, foram convidados pelas farmácias a realizarem educação para a doença. A intervenção farmacêutica incluiu, ensino da técnica inalatória, aumento da adesão à terapêutica, evicção alérgica e explicação da função do tratamento de alívio. Os doentes realizaram um questionário da técnica inalatória e um Teste ACT antes e após a intervenção farmacêutica. Foram avaliados 22 doentes asmáticos, sendo que 63.6% são do sexo feminino, com média de 50.2 anos. O número de técnicas inalatórias inferiores a 90% diminuiu de 73.1% para 11.5%. Inicialmente eram 36.4% os doentes que tinham a asma não controlada e após a intervenção este número diminuiu para 18.2%. De acordo com este estudo, a pontuação do ACT é independente da pontuação da avaliação da técnica de inalação, tanto antes da intervenção ($p=.447$) como após a intervenção ($p=.254$). Este estudo mostrou que a maioria dos doentes não utiliza corretamente o seu inalador e que não tem a asma totalmente controlada. Uma breve intervenção sobre a doença e a técnica inalatória correta pode melhorar a adesão à terapia farmacológica bem como a efetividade da terapêutica.

O estágio em Farmácia Hospitalar, realizado nos SF do CHTMAD, permitiu-me passar por todas as diferentes áreas da farmácia hospitalar e realizar algumas tarefas com a ajuda dos TDT ou FH. Preparação da distribuição clássica, preparação e reposição do *stock* do Pyxis®, preparação da DIDDU da pediatria, dispensa personalizada de hemoderivados e psicotrópicos, dispensa de medicamentos a doentes em ambulatório, preparação de citotóxicos, validação farmacoterpêutica.

Foi na Farmácia da Alameda, Covilhã, que eu iniciei o meu primeiro grande contato com a realidade da farmácia comunitária. Tive a possibilidade de integrar uma equipa direcionada para o utente e participar na realização de tarefas do âmbito da profissão farmacêutica. Realização e receção de encomendas, armazenamento, conferência de receituário, faturação, contabilidade e gestão, atendimento, aconselhamento, validação farmacêutica da prescrição médica, medição e avaliação dos parâmetros biológicos, preparação de manipulados, foram muitas das competências adquiridas no estágio.

Palavras-chave

Asma, ACT, Técnica Inalatória, Farmácia Comunitária, Farmácia Hospitalar

Abstract

This work is presented in three chapters: Chapter I refers to Investigation, Chapter II to traineeship in Hospital Pharmacy and the last, Chapter III, describes my traineeship done in Community Pharmacy.

Asthma is a worldwide and national public health concern. A great number of asthmatic patients has uncontrolled asthma. There are several studies that show that inhalation technique of asthmatic patients is incorrect. This study aimed to evaluate the impact of instruction of inhalation technique in asthma control. Patients diagnosed with asthma, with ages between 18-65 years and with instituted asthma therapeutic, were invited by pharmacies to participate in carrying education for this disease. Pharmaceutical intervention includes the training of inhalation technique, the increase of therapeutic accession, allergic eviction, and an explanation of the role of relief treatment. Patients realized a questionnaire about inhalation technique and an ACT test before and after pharmaceutical intervention. 22 asthmatic patients were analyzed, 63,6% being females, with average of ages of 50.3 years. The score of inhalation techniques under to 90% decreased from 73,1% to 11,5%. Initially, about 36,4% of the patients showed uncontrolled asthma, and after intervention this number decreased to 18.2%. According to this study, ATC's scoring is independent from scoring resulted from evaluation of the inhalation technique, both before ($p=.447$) and after ($p=.254$) the intervention. In this study most patients do not use the inhaler correctly and have not asthma under control. A brief intervention about the disease and correct inhalation technique can improve pharmacological therapy compliance, as well as effectiveness of therapeutic.

Traineeship in Hospital Pharmacy, performed in SF of CHTMAD, allowed me to pass for all the several areas of hospital pharmacy and to perform some tasks with the help of TDT or FH. Classical distribution preparation, Pyxis[®] stock preparation and reposition, pediatric DDDU preparation, personalized hemo-derivates and psychotropic exemption, dispensation of medicines to ambulatory patients, cytotoxic preparation, pharmacotherapeutical validation.

It was in Alameda's Pharmacy, Covilhã, that I've began my first great contact with the reality of Community Pharmacy. I had the possibility to integrate a team directed to the patients and to participate in the execution of many tasks regarding the pharmaceutical career. Orders realization and reception, storage, prescription checking, billing, accounting and management, health treatment and counseling, pharmaceutical validation of medical prescription, measurement and evaluation of biological parameters, manipulated preparation, were most of the many abilities acquired in my community pharmacy traineeship.

Keywords

Asthma, ACT, Inhalation Technique, Community Pharmacy, Hospital Pharmacy.

Índice

Capítulo I - Investigação: Avaliação do Impacto do Ensino da Técnica Inalatória no Controlo da Asma	1
1. Introdução.....	1
1.1 A asma	1
1.2 O impacto da doença	3
1.3 O caminho para a prevenção e controlo da asma.....	4
2. Objetivos	7
3. Materiais/Métodos	8
3.1 Desenho do Estudo	8
3.2 Participantes	8
3.3 Tamanho da Amostra	10
3.4 Aspetos Éticos	10
3.5 Instrumentos Usados ou Metodologia	10
3.6 Validação dos dados e Análise estatística	11
4. Resultados e Discussão	12
4.1 Caracterização da amostra de farmácias participantes	12
4.2 Caracterização dos doentes recrutados	13
4.4 Resposta ao Teste de Controlo - ACT™	19
4.5 Avaliação da Técnica vs Teste ACT	24
5. Conclusões	25
6. Referências bibliográficas	26

Capítulo II - Estágio em Farmácia Hospitalar: Unidade Vila Real.....	29
1. Introdução.....	29
2. Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro	29
2.1 História e Caracterização	29
2.2 Missão.....	30
3. Serviços Farmacêuticos Hospitalares	30
4. Planificação dos Serviços Farmacêuticos de Vila Real	31
4.1 Localização dos SF	31
4.2 Espaço Físico	32
4.3 Horário de Funcionamento.....	32
4.4 Recursos Humanos.....	33
4.5 Sistema Informático.....	33
5. Organização e Gestão de Medicamentos, Produtos Farmacêuticos e Dispositivos Médicos	33
5.1 Seleção e Aquisição de Medicamentos, Produtos Farmacêuticos e Dispositivos Médicos	33
5.2 Receção de Medicamentos, Produtos Farmacêuticos e Dispositivos Médicos	34
5.3 Armazenamento de Medicamentos, Produtos Farmacêuticos e Dispositivos Médicos	35
5.4 Farmacotecnia	37
5.5 Distribuição de Medicamentos	41
5.6 Informação de Medicamentos	47
5.7 Farmacovigilância e Farmacocinética	48
5.8 Ensaio Clínicos	49
5.9 Nutrição assistida.....	49
5.10 Formação Contínua	50
5.11 Comissões Técnicas	50
5.12 Qualidade	52
6. Considerações Finais.....	53
7. Bibliografia	54

CAPÍTULO III - Estágio em Farmácia Comunitária: Farmácia da Alameda	55
1. Introdução.....	55
2. Farmácia da Alameda	55
3. Organização da Farmácia	56
3.1 Localização e Horário de Funcionamento da Farmácia da Alameda.....	56
3.2 Espaço Físico da Farmácia	56
3.3 Sistema Informático.....	58
3.4 Recursos Humanos e suas funções	59
4. Informação e Documentação Científica.....	61
5. Medicamentos e outros produtos de saúde	62
6. Aprovisionamento e Armazenamento.....	64
6.1 Fornecedores e Critérios de Aquisição.....	64
6.2 Encomendas	65
6.3 Receção e Conferência de Encomendas	65
6.4 Armazenamento	66
6.5 Controlo de Prazos de Validade.....	67
6.6 Devoluções.....	67
7. Interação Farmacêutico-Utente-Medicamento.....	68
7.1 Farmacovigilância	69
7.2 ValorMed	70
8. Dispensa de Medicamentos	70
8.1 Medicamentos Sujeitos a Receita Médica (MSRM)	71
8.2 Venda Suspensa	73
8.3 Medicamentos Sujeitos a Receita Médica Especial	74
9. Automedicação.....	75
10. Aconselhamento e dispensa de outros produtos de saúde	76
10.1 Produtos de Cosmética e Higiene Corporal	76
10.2 Produtos dietéticos para alimentação especial	77
10.3 Produtos dietéticos infantis	79
10.4 Fitoterapia e suplementos nutricionais (nutracêuticos).....	81
10.5 Medicamentos de Uso Veterinário	81

10.6	Dispositivos Médicos	82
11.	Outros cuidados de Saúde prestados na Farmácia	83
11.1	Medição da Pressão Arterial	83
11.2	Determinação de Parâmetros Bioquímicos.....	84
11.3	Administração de Vacinas não incluídas no Plano Nacional de Vacinação	88
11.4	Acompanhamento de doentes.....	88
12.	Preparação de medicamentos	88
13.	Contabilidade e Gestão.....	91
13.1	Legislação Laboral.....	91
13.2	Receituário e Faturação.....	92
13.3	Documentos Contabilísticos	94
13.4	Incidência Fiscal	95
14.	Conclusões	96
15.	Bibliografia	97
ANEXO 1		99
ANEXO 2		100
ANEXO 3		102
ANEXO 4		103
ANEXO 5		104
ANEXO 6		105
ANEXO 7		107
ANEXO 8		109
ANEXO 9		111
ANEXO 10.....		112
ANEXO 11.....		118
ANEXO 12.....		122
ANEXO 13.....		123
ANEXO 14.....		124
ANEXO 15.....		125
ANEXO 16.....		127

ANEXO 17	128
ANEXO 18	129
ANEXO 19	131
ANEXO 20	132
ANEXO 21	134
ANEXO 22	136

Lista de Figuras

Capítulo I

Figura 1 - Abordagem terapêutica baseada no controlo (para crianças com idade > 5 anos, adolescentes e adultos)	3
Figura 2 - Distribuição dos doentes por escalões etários	13
Figura 3 - Distribuição dos tipos de inaladores	14
Figura 4 - Resultados da pontuação da avaliação da técnica de inalação antes e após a intervenção	14
Figura 5 - Comparação entre as pontuações da técnica de inalação antes e depois da intervenção, por inalador	17
Figura 6 - Classificação do nível do controlo da asma antes e após a intervenção	19

Capítulo II

Figura 1 - Identificação dos produtos nos lineares na Farmácia da Alameda	63
--	----

Lista de Tabelas

Capítulo I

Tabela 1 - Estudos realizados no âmbito da asma, a nível mundial	5
Tabela 2 - Motivos para um baixo número de doentes recrutados por farmácia	12
Tabela 3 - Comparação entre as pontuações da avaliação da técnica de inalação antes e depois da intervenção	15
Tabela 4 - Comparação entre as pontuações da avaliação da técnica de inalação antes e depois da intervenção, por sexo. Comparação por sexo.	15
Tabela 5 - Comparação entre as pontuações da avaliação da técnica de inalação antes e depois da intervenção, por habilitações académicas. Comparação por habilitações académicas.	16
Tabela 6 - Comparação entre as pontuações da avaliação da técnica de inalação antes e depois da intervenção, por hábitos tabágicos. Comparação por hábitos tabágicos.	16
Tabela 7 - Comparação entre as pontuações da avaliação da técnica de inalação antes e depois da intervenção, por inalador. Comparação por inaladores.	17
Tabela 8 - Correlação entre a idade e a pontuação da avaliação da técnica de inalação antes e após a intervenção	18
Tabela 9 - Comparação entre as pontuações do ACT antes e depois da intervenção	20
Tabela 10 - Classificação do nível do controlo da asma antes e após a intervenção dos doentes que responderam “Completamente controlada” na pergunta 5	20
Tabela 11 - Comparação entre as pontuações do ACT antes e depois da intervenção por habilitações académicas. Comparação por habilitações académicas.	21
Tabela 12 - Comparação entre as pontuações do ACT antes e depois da intervenção por sexo. Comparação por sexo.	21
Tabela 13 - Comparação entre as pontuações do ACT antes e depois da intervenção por hábitos tabágicos. Comparação por hábitos tabágicos.	22
Tabela 14 - Comparação entre as pontuações do ACT antes e depois da intervenção por inalador. Comparação por inaladores.	23
Tabela 15 - Correlação entre a idade e a pontuação do ACT antes e após a intervenção	23

Tabela 16 - Comparação entre as pontuações do ACT antes da intervenção, por classificação da avaliação da técnica de inalação	24
--	----

Tabela 17 - Comparação entre as pontuações do ACT após a intervenção, por classificação da avaliação da técnica de inalação	24
--	----

Capítulo III

Tabela 1 - Definição de medicamento, medicamento genérico, fórmula magistral, preparado oficial, psicotrópico e estupefaciente	62
---	----

Tabela 2 - Requisitos obrigatórios de entrega no INFARMED	75
--	----

Tabela 3 - Esquema habitual de alimentação infantil	79
--	----

Tabela 4 - Leites de uso geral usados em algumas situações	80
---	----

Tabela 5 - Tipos de formulações especiais para lactentes	80
---	----

Tabela 6 - Exemplos de Dispositivos Médicos	83
--	----

Tabela 7 - Classificação da pressão arterial no adulto	84
---	----

Tabela 8 - Classificação da Glicémia em jejum e pós prandial no adulto	86
---	----

Tabela 9 - Valores de Referência para o Colesterol	86
---	----

Tabela 10 - Valores de Referência Hemoglobina	87
--	----

Tabela 11 - Valores de Referência Ácido Úrico	87
--	----

Tabela 12 - Valores de Referência Transaminases e G-GT	87
---	----

Tabela 13 - Valores de Referência Creatinina e Ureia	88
---	----

Tabela 14 - Protocolo de Conferência de receitas médicas na Farmácia da Alameda	93
--	----

Tabela 15 - Documentos a entregar ao SNS, ANF e outras Entidades	93
---	----

Tabela 16 - Definições e aplicações dos diferentes documentos contabilísticos	94
--	----

Lista de Acrónimos

Capítulo I

ACT	Asthma Control Test
ANF	Associação Nacional de Farmácias
ANTDR	Associação Nacional de Tuberculose e Doenças Respiratórias
APA	Associação Portuguesa de Doentes Asmáticos
BAC	Broncodilatadores Ação Curta
BAL	Broncodilatadores Ação Longa
CTI	Corticosteróide
DGS	Direção Geral de Saúde
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica
GINA	Global Initiative for Asthma
IgE	Imunoglobulina E
SPAIC	Sociedade Portuguesa de alergologia e Imunologia Clínica

Capítulo II

AO	Assistente Operacional
ARS	Área Regional de Saúde
AT	Assistente Técnico
AUE	Autorização de Utilização Especial
CFLV	Câmara de Fluxo Laminar Vertical
CFT	Comissão de Farmácia e Terapêutica
CHTMAD	Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro
CIM	Centro de Informação de Medicamentos
DIDDU	Distribuição Individual Diária em Dose Unitária
FH	Farmacêutico Hospitalar

FHNM	Formulário Hospitalar Nacional de Medicamentos
Ghaf	Gestão Hospitalar de Armazém e Farmácia
HVR	Hospital de Vila Real
IGIF	Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde
INFARMED	Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde
MFH	Manual de Farmácia Hospitalar
MQ	Manual da Qualidade
NE	Nota de encomenda
SDA	Sistemas de Dispensa Automática
SF	Serviços Farmacêuticos
SFH	Serviços de Farmácia Hospitalar
SGQ	Sistema de Gestão da Qualidade
SIM	Serviço de Informação de Medicamentos
SNF	Sistema Nacional de Farmacovigilância
SNS	Sistema Nacional de Saúde
TDT	Técnico de Diagnóstico e Terapêutica
UCPC	Unidade Centralizada de Preparação de Citostáticos

Capítulo III

AIM	Autorização de Introdução no Mercado
ANF	Associação Nacional de Farmácias
ARS	Administração Regional de Saúde
BPF	Boas Práticas Farmacêuticas para farmácia comunitária
CCT	Contrato Coletivo de Trabalho
CHCB	Centro Hospitalar da Cova da Beira
CIM	Centro de Informação de Medicamentos
DCI	Denominação Comum Internacional

DGS	Direção Geral de Saúde
DGV	Direção Geral de Veterinária
FCS	Faculdade de Ciências da Saúde
GOT	Transaminase Glutâmica Oxaloacética
G-GT	Gama Glutaminatransferase
GPT	Transaminase Glutâmica Pirúvica
HDL	Lipoproteína de Alta Densidade
INFARMED	Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde
IRS	Imposto de Rendimento de pessoas Singulares
IRC	Imposto de Rendimento de pessoas Coletivas
IVA	Imposto sobre o Valor Acrescentado
LDL	Lipoproteína de Baixa Densidade
MSRM	Medicamento Sujeito a Receita Médica
MNSRM	Medicamento Não Sujeito a Receita Médica
PRM	Problema Relacionado com o Medicamento
PSA	Antigénio Específico da Próstata
PT	Prontuário Terapêutico
PVF	Preço de Venda Farmácia
PVP	Preço de Venda ao Público
RCM	Resumo das Características do Medicamento
SIGREM	Sistema Integrado de Gestão de Resíduos de Embalagens e Medicamentos
SNS	Sistema Nacional de Saúde
UBI	Universidade da Beira Interior

Capítulo I - Investigação: Avaliação do Impacto do Ensino da Técnica Inalatória no Controlo da Asma

1. Introdução

1.1 A asma

Asma é uma doença inflamatória crónica das vias aéreas, na qual intervêm muitas células, particularmente mastócitos, eosinófilos, e células T. Nos indivíduos suscetíveis, esta inflamação provoca episódios recorrentes de pieira, dispneia, opressão torácica e tosse particularmente à noite e ao início da manhã. Estes sintomas estão normalmente associados a uma generalizada, mas variável, obstrução do fluxo aéreo, que pode ser parcialmente reversível, espontaneamente ou com tratamento.[1-3]

A inflamação tem um papel central na patofisiologia da asma, contribuindo para a hiperreactividade das vias aéreas, limitação do fluxo de ar, sintomas respiratórios e cronicidade da doença.[4]

São muitos os fatores de risco já identificados, que tornam o indivíduo mais suscetível ao desenvolvimento e expressão da asma.[5, 6] A atopia, predisposição genética para a produção de Imunoglobulina E (IgE) em resposta a alérgenos, é o fator mais forte de predisposição para o desenvolvimento da asma. As infeções respiratórias também são uma importante causa de exacerbação. As exacerbações podem ser prevenidas evitando a exposição aos alérgenos e com terapêutica iniciada antes da exposição ao alérgeno conhecido.[7] O crescente impacto da asma tem sido associado a aumentos na prevalência e morbidade de outras doenças alérgicas, como rinite e eczema, não podendo ser explicado apenas por fatores genéticos, o que reforça o papel do ambiente, nas suas componentes do interior e do exterior dos edifícios, e do estilo de vida da sociedade Ocidental. Assim, a asma é uma doença multifatorial, dependendo da interação entre complexos fatores genéticos e ambientais.[5, 6]

Os sintomas da asma variam de intermitentes a persistentes, com exacerbações e remissões recorrentes. Os intervalos entre as crises podem ser de semanas, meses ou anos, podendo o indivíduo não ter quaisquer sinais ou sintomas no momento da consulta. A asma sem controlo pode progredir para um quadro agudo, onde a inflamação, edema das vias respiratórias, produção de muco e espasmo intenso causam um acentuado estreitamento das vias respiratórias, que responde mal aos broncodilatadores comuns. Consoante a intensidade e frequência dos sintomas (os quais podem ser diurnos ou noturnos), a necessidade de

medicação de alívio e a Avaliação da Função Respiratória, a asma pode ter vários níveis de gravidade.[8, 9]

O Global Initiative for Asthma (GINA) classifica a asma como controlada, parcialmente controlada e não controlada, de acordo com os sintomas diurnos e noturnos, limitações físicas, necessidade de medicação para as crises e função pulmonar. O nível de controlo determina a seleção do tratamento farmacológico, organizado em degraus, como podemos observar no Figura 1. [1, 10]

O objetivo da abordagem terapêutica da asma é a manutenção do controlo da doença, permitindo que o asmático, de qualquer grupo etário, não tenha sintomas diurnos e noturnos, nem crises, possua uma atividade física normal, incluindo o exercício, mantenha uma função respiratória normal, com ausência ou reduzindo ao mínimo os efeitos indesejáveis dos fármacos utilizados.[10]

O tratamento da asma integra o tratamento farmacológico e as medidas não farmacológicas. Os fármacos podem ser administrados por via inalatória, por via oral ou parentérica, sendo a via inalatória a 1º escolha para a administração da terapêutica. As principais vantagens da via inalatória são a elevada concentração de fármaco que atinge diretamente as vias respiratórias, o início de ação mais rápido e a minimização de efeitos secundários.[11-13]

Os agonistas β_2 de ação rápida são usados para reduzir rapidamente a broncoconstrição e os sintomas associadas às exacerbações agudas, podem também ser usados para prevenir a crise desencadeada pelo exercício físico. Contudo, a administração regular ou frequente dessas substâncias não permite, por si só, controlar a asma de forma adequada. A administração regular pode indicar exacerbação da asma ou/e mau controlo da doença e necessidade de ajustar a terapêutica.[10, 11]

Os corticosteróides inalados, são a terapia fundamental e de 1º escolha para a asma. Medicação adicional com agonistas β_2 de ação longa, teofilina ou modificadores de leucotrienos, bem como corticosteróides sistémicos são importantes opções de tratamento em asma mais grave.[10, 11]

O tratamento não farmacológico tem também elevada importância no controlo da doença. A educação do doente e da família deve ser parte integrante na interação entre profissionais de saúde e doentes. Através de uma boa comunicação e de disponibilização de informação sobre a doença e a terapêutica, o doente pode aprender a evitar os fatores de risco, tomar corretamente a medicação, compreender a diferença entre medicação de controlo e de alívio, reconhecer os sinais de agravamento da asma e procurar ajuda médica quando necessário. A educação deve ser um processo contínuo, permitindo assim uma boa adesão ao tratamento (*compliance*).[1, 8, 11]

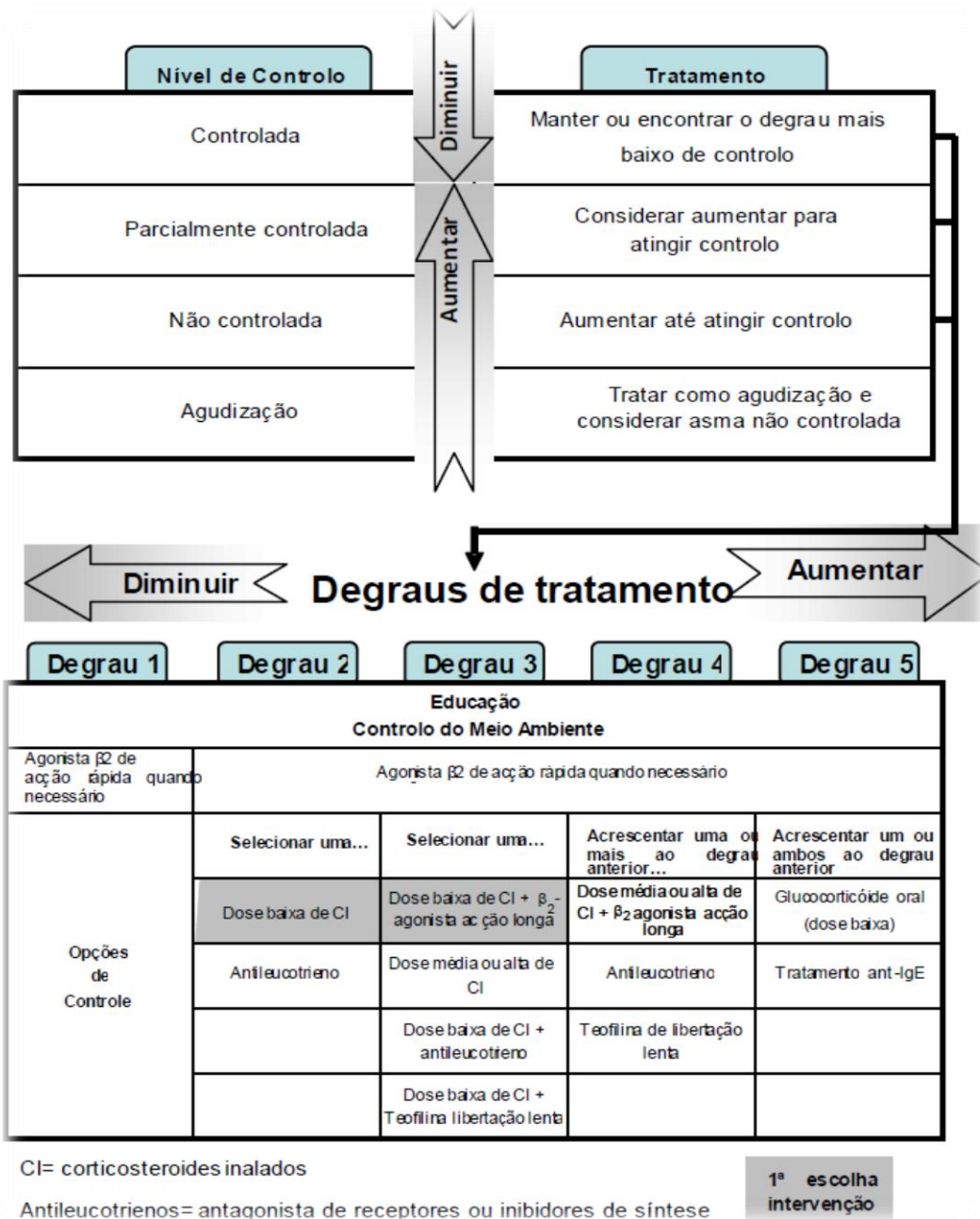


Figura 1 - Abordagem terapêutica baseada no controlo (para crianças com idade > 5 anos, adolescentes e adultos).[10]

1.2 O impacto da doença

A asma é atualmente considerada a nível mundial um problema de saúde pública, afetando pessoas de todas as faixas etárias, podendo em alguns casos ser potencialmente fatal, com um enorme impacto na qualidade de vida do doente e da família e com custos económicos importantes.[5, 14-16] São afetados em todo o mundo cerca de 300 milhões de indivíduos, e a sua incidência e prevalência têm aumentado nos países desenvolvidos.[1, 5] É uma das doenças crónicas mais frequentes na criança e no adulto jovem.[1, 6]

Em Portugal, segundo os dados do Inquérito Nacional de Prevalência da Asma e segundo os dados do Relatório do Observatório Nacional das Doenças Respiratórias 2011, a asma afeta cerca de um milhão de portugueses.[10, 17, 18]

Ao longo da última década, tem-se observado um decréscimo no número anual de internamentos por asma, mas a sua redução deveria ter sido muito superior.[10]

Dada a crescente tendência para o aumento da incidência da asma e o seu impacto na qualidade de vida dos doentes, no ano de 2000, foi criado o Programa Nacional de Controlo da Asma, que tem como objetivo reduzir a prevalência da morbilidade e da mortalidade por asma e melhorar a qualidade de vida e o bem-estar do doente asmático, em Portugal. As estratégias inseridas no programa incluem a informação e formação dos doentes para o autocontrolo da asma, a intervenção em grupos de risco, a melhoria da acessibilidade aos cuidados e meios de autocontrolo da asma, a promoção de boas práticas profissionais, a intervenção no meio ambiente, a vigilância epidemiológica da asma e a gestão integrada da doença.[19]

Apesar de todos os esforços feitos, sabe-se que apenas 57% dos doentes asmáticos têm a sua doença controlada. De acordo com o Inquérito Nacional de Prevalência da Asma, 94% dos asmáticos tem uma perceção deficiente do estado de controlo da sua doença e 88% dos asmáticos não controlados acha que a sua asma está controlada. Perante estes dados é importante que os profissionais de saúde intervenham junto dos doentes e das famílias no sentido de melhorar o controlo da asma.[18]

1.3 O caminho para a prevenção e controlo da asma

A baixa *compliance* para com a terapêutica e técnica inalatória incorreta são dois exemplos de fatores que podem contribuir para um insuficiente controlo da doença.[16] Vários estudos referem que uma grande proporção de doentes com asma não usa os seus inaladores corretamente.[20-22] Como os farmacêuticos são os últimos profissionais de saúde a contactar com o doente antes da utilização do fármaco, têm um papel fundamental para tentar reduzir estes fatores. Contudo, as intervenções farmacêuticas não são tão comuns no acompanhamento de doentes asmáticos como no início do tratamento e parecem estar limitadas pela falta de tempo destes profissionais de saúde.[23]

Neste sentido, em 2001 a Associação Nacional de Farmácias (ANF) desenvolveu um serviço diferenciado para as farmácias, o “Programa de Cuidados Farmacêuticos na Asma e DPOC”, que visa contribuir para um melhor controlo dos doentes asmáticos, com o objetivo de promover o uso correto da terapêutica, em particular a inalatória, e a adesão à terapêutica.[24]

Em 2006, no âmbito da Campanha do Dia Mundial da Asma, as farmácias desenvolveram um trabalho sobre o grau de controlo da asma a nível nacional. Esta campanha foi realizada ao abrigo de uma parceria entre a ANF, a SPAIC (Sociedade Portuguesa de Alergologia e Imunologia Clínica), a SPP (Sociedade Portuguesa de Pneumologia), a APA (Associação Portuguesa de Asmáticos) e a ANTDR (Associação Nacional de Tuberculose e Doenças Respiratórias). Os resultados obtidos nesta campanha mostram que 62,5% dos doentes do sexo feminino e 59,7% dos doentes do sexo masculino não estão controlados. Outros estudos realizados por estas entidades vêm reforçar a importância da intervenção farmacêutica junto dos doentes asmáticos, aconselhando e reforçando a informação sobre a doença, a terapêutica e medidas de evicção, contribuindo para a melhoria dos conhecimentos dos doentes sobre a doença. Além disso, o ensino da técnica de utilização dos inaladores contribuiu para uma melhor utilização dos dispositivos, uma maior efetividade da terapêutica e uma redução do desperdício.[25-27]

A seguinte tabela resume vários estudos realizados no âmbito da asma, a nível mundial:

Tabela 1 - Estudos realizados no âmbito da asma, a nível mundial

	Título	Objetivo	Conclusão	Local do Estudo / Ano
Estudo A	“Manuseio de dispositivos inalatórios e controlo da asma em asmáticos graves em um centro de referência em Salvador”[16]	Avaliar a manipulação dos dispositivos inalatórios pelos doentes admitidos no ambulatório central de referência do ProAR e a sua relação com o controlo da Asma.	A maioria dos doentes da amostra utilizava adequadamente os dispositivos. A técnica inalatória adequada está associada ao controlo dos sintomas.	Salvador-Brasil 2008/2009
Estudo B	“Estudio multicêntrico y prospectivo de “educación y enseñanza” del procedimiento de inhalación en pacientes respiratorios (estudio EDEN)” [28]	Avaliar os conhecimentos dos doentes sobre os dispositivos de inalação que utilizam. Valorizar o efeito, sobre estes conhecimentos, de uma sessão de instrução no uso destes dispositivos de inalação.	Este estudo mostra que os conhecimentos dos doentes da amostra sobre os dispositivos de inalação, embora aceitáveis, podem melhorar com um programa adequado de ensino. Através de um esquema de aprendizagem é conseguida uma utilização muito mais precisa de todos os dispositivos testados. Intervenções farmacêuticas em doentes asmáticos ocorrem mais frequentemente no início do tratamento e as intervenções durante o acompanhamento do doente não são tão comuns. As intervenções parecem estar limitadas principalmente pela falta de tempo.	Espanha 2008
Estudo C	“Community Pharmacists’ in Asthma Care: A Descriptive Study”[23]	Descrever o tipo e a frequência das intervenções farmacêuticas nos doentes asmáticos. Identificar os fatores que influenciam a intervenção.	Intervenções farmacêuticas em doentes asmáticos ocorrem mais frequentemente no início do tratamento e as intervenções durante o acompanhamento do doente não são tão comuns. As intervenções parecem estar limitadas principalmente pela falta de tempo.	Québec- Canadá 2006/2007
Estudo D	“Pharmacist-led intervention study to improve inhalation technique in asthma and COPD patients”[22]	Verificar a qualidade da técnica inalatória em doentes com asma ou DPOC e determinar o efeito de uma única intervenção na técnica inalatória por meios de procedimentos standard.	A técnica inalatória dos doentes é fraca. A avaliação da técnica de inalação deve ser feita regularmente com instruções ajustadas à necessidade do doente.	Alemanha 2007

Estudo E	“Evaluation of a novel educational strategy, including inhaler-based reminder labels, to improve asthma inhaler technique”[12]	Avaliar a viabilidade, aceitabilidade e eficácia de uma breve intervenção farmacêutica sobre a técnica inalatória em doentes asmáticos.	Este estudo demonstrou que uma breve intervenção educativa sobre a técnica inalatória, feita por farmacêuticos comunitários, era viável na rotina diária da dispensa e foi eficaz para melhorar tanto a técnica inalatória como a diminuição de sintomas da asma. Contudo, para evitar a perda de competências foram necessárias repetidas intervenções.	Austrália	2003/2004
Estudo F	“Effects of instruction by practice assistants on inhaler technique and respiratory symptoms of patients. A controlled randomized videotaped intervention study”[20]	Perceber se a técnica inalatória e os sintomas respiratórios dos doentes podem ser melhorados após instrução por médicos.	A técnica inalatória dos doentes pode ser significativamente melhorada através da instrução dos pacientes por médicos treinados, possivelmente resultando na diminuição da dispneia.	Holanda	1996
Estudo G	“Predictors of Inhalation Technique in Patients with Asthma or COPD: A Study Using a Validated Videotaped Scoring Method”[21]	Determinar o efeito das características dos doentes e do tipo de inalador na técnica de inalação em doentes com asma ou DPOC.	Técnica inalatória incorreta é comum em doentes com asma ou DPOC. Menor número de erros são cometidos quando se utiliza inaladores de pó seco pré-cheios. É desencorajado o uso de diferentes tipos de inaladores pelo mesmo doente.	Amesterdão- Holanda	2009
Estudo H	“Inhaler mishandling remains common in real life and is associated with reduced disease control”[29]	Avaliar a técnica inalatória de uma grande amostra de doentes de ambulatório. Investigar a prevalência e os fatores associados ao uso incorreto dos inaladores. Avaliar a relação entre a técnica inalatória e alguns resultados clínicos.	A técnica incorreta de inalação continua a ser comum tanto para MDIs como para DPIs e está associada com um fraco controlo da doença, aumentando os cuidados de saúde não programados em doentes com asma e DPOC.	Itália	2007
Estudo I	“Effectiveness of pharmacist intervention for asthma control improvement”[30]	Avaliar o impacto da intervenção farmacêutica e promover o uso ideal da medicação para o controlo da asma.	A intervenção melhorou a técnica inalatória e a adesão à medicação. Também diminuiu o uso de medicação de alívio e frequência de despertares noturnos.	Bélgica	2006

Apesar dos estudos descritos noutros países, a nível nacional ainda não existe um estudo que avalie a influência da intervenção farmacêutica, especialmente ao nível do ensino da técnica inalatória, no controlo da asma. Neste ponto surge a necessidade de compreender se a intervenção farmacêutica é importante, útil e relevante no controlo da asma. Para alcançar tal objetivo utilizou-se o teste ACT™- *Asthma Control Test*, que é uma ferramenta de autoavaliação quantitativa, simples e rápida que permite avaliar o controlo da asma nas últimas 4 semanas.

2. Objetivos

Este estudo teve como principal objetivo avaliar o impacto do ensino da técnica inalatória, no controlo da asma. Para tal, foi comparado:

- Grau de controlo da asma (antes da intervenção) com a técnica inalatória (antes da intervenção)
- Grau de controlo da asma (depois da intervenção) com a técnica inalatória (depois da intervenção)

Foi também pretendido:

- Analisar o grau de controlo da asma na população em estudo antes e após a intervenção farmacêutica
- Relacionar a intervenção farmacêutica com o grau de controlo da asma
- Analisar as pontuações do teste ACT dos doentes que responderam “Completamente Controlada” na questão 5: “Como avaliaria o seu controlo da asma nas últimas 4 semanas?”
- Descrever a associação entre o controlo da asma e idade, sexo, habilitações literárias, hábitos tabágicos e tipo de inalador
- Comparar o grau de controlo da asma antes e após a intervenção quanto ao sexo, habilitações académicas e tipo de inalador
- Analisar a utilização dos inaladores, pela população em estudo, antes e após a intervenção farmacêutica
- Relacionar a intervenção farmacêutica com a utilização dos inaladores
- Descrever a associação entre técnica inalatória e idade, sexo, habilitações literárias e hábitos tabágico
- Comparar a técnica inalatória antes e após a intervenção quanto ao sexo, habilitações académicas e tipo de inalador

3. Materiais/Métodos

3.1 Desenho do Estudo

Este estudo foi um estudo experimental, que envolveu apenas um grupo de doentes que funcionou também como grupo controlo, tendo os dados sido recolhidos antes e após a intervenção.

O estudo realizou-se em duas fases:

Fase 1

- ☉ Apresentação do projeto pelo farmacêutico e convite ao doente para participar
- ☉ Preenchimento pelo doente da declaração de consentimento informado
- ☉ Preenchimento do questionário do doente
- ☉ Registo da terapêutica que estava a fazer no momento para a Asma (Cartão os “Meus Medicamentos”)
- ☉ Avaliação da técnica de inalação e registo da pontuação
- ☉ Correção dos passos mal executados e entrega de instruções ilustradas da técnica (Anexo 10)
- ☉ Preenchimento do teste ACT
- ☉ Esclarecimento de dúvidas e reforço da adesão à terapêutica

Fase 2 (Um mês ou mais após a 1ª intervenção)

- ☉ Registo de eventuais alterações à terapêutica para a Asma, em relação à fase 1
- ☉ Avaliação da técnica de inalação e registo da pontuação
- ☉ Correção dos passos mal executados
- ☉ Preenchimento do teste ACT
- ☉ Esclarecimento de dúvidas e reforço da adesão à terapêutica

3.2 Participantes

◆ Farmácias

Critérios de Inclusão

- ☉ Farmácias que possuam farmacêuticos que tenham realizado a formação em Cuidados Farmacêuticos na Asma e Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC)
- ☉ Possuir um gabinete ou área reservada que garanta a confidencialidade do serviço

Foi cedida pela ANF uma lista de 37 farmacêuticos que realizaram a formação em Cuidados Farmacêuticos na Asma e DPOC, e a farmácia onde trabalhavam durante a formação.

Grande parte das farmácias foram contactadas e convidadas a participar no estudo, por telefone, visto pertencerem a conselhos distantes da cidade da Covilhã. A maioria das farmácias pertencentes ao Distrito de Castelo Branco foram contactadas pessoalmente. Todas as farmácias foram contactadas durante o mês de janeiro e fevereiro de 2012.

As farmácias que aceitaram participar no estudo fizeram o recrutamento de doentes e a intervenção farmacêutica durante os meses de fevereiro e abril. Em abril todas as farmácias enviaram os resultados por correio para a Faculdade de Ciências da Saúde.

Foi registada a causa de não participação das farmácias que recusaram participar no estudo. (Anexo 3)

◆ Doentes

Critérios de Inclusão

- ☉ Idade compreendida entre 18- 65 anos
- ☉ Diagnóstico de asma auto reportado pelo doente
- ☉ Prescrição de fármacos para a asma
- ☉ Usar medicação inalatória para o tratamento da asma [Corticosteróides (CTI), broncodilatadores ação longa (BAL) e curta (BAC), anticolinérgicos e associações CT+BAL]
- ☉ Estar em tratamento para a asma há mais de 6 meses
- ☉ Ser utente regular da farmácia

Critérios de exclusão

- ☉ Ser utente esporádico da farmácia
- ☉ Ser portador de alguma deficiência que seja impedimento para perceção e participação do estudo (ex. deficiência cognitiva)
- ☉ Possuir um grau de escolaridade inferior ao 1º ciclo

A recusa ao convite de participação foi registada, bem como a sua causa. Todas as pessoas que iniciaram o estudo e que ao longo do tempo tenham desistido por alguma razão também foram registadas. (Anexo 5)

3.3 Tamanho da Amostra

Existem diversos métodos de amostragem, e a utilização de cada um deles depende do parâmetro estatístico que afete o tamanho da amostra. Neste estudo, o parâmetro estatístico utilizado para o cálculo da amostra foi a proporção de doentes asmáticos que existem na população portuguesa. [31]

A fórmula para o cálculo do tamanho da amostra para uma estimativa confiável da proporção populacional (p) é dada por:[32]

$$n = \frac{Z_{\alpha/2}^2 \cdot p \cdot q}{E^2} \quad (1)$$

Segundo os dados da DGS, a asma afeta cerca de um milhão dos residentes em Portugal, ou seja, aproximadamente 10% da população.[10]

Para uma margem de erro de 2% são necessários 865 doentes com asma, e para uma margem de erro de 5% são necessários 139 doentes com asma.

3.4 Aspetos Éticos

O estudo foi aprovado pela Comissão de Ética da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior.

Todos os participantes assinaram uma Declaração de Consentimento Informado após lhes terem sido explicados os objetivos e métodos utilizados no estudo. Todos os doentes foram informados que poderiam abandonar o estudo a qualquer momento, sem qualquer implicação para os seus cuidados de saúde. (Anexo 6)

Os dados são confidenciais, sendo o acesso restrito aos farmacêuticos, autor, orientador e coorientador do estudo.

3.5 Instrumentos Usados ou Metodologia

Para cada doente foi preenchido um questionário com os dados pessoais e histórico da doença do doente e registada a terapêutica (folha de Registo da Terapêutica e cartão “Os Meus Medicamentos”) que estava a fazer no momento para a Asma. (Anexo 7, 8 e 9)

Para medir o grau de controlo da asma foi usado o teste ACT™ que permite avaliar o controlo da asma nas últimas 4 semanas. Este questionário encontra-se validado internacionalmente e, em Portugal, com o suporte logístico da GSK, foi traduzido com o apoio da APA, SPAIC e SPP, sendo de autopreenchimento ou no caso de necessidade preenchido com ajuda do farmacêutico.[33-35] O questionário é composto por cinco questões. Cada questão tem cinco

opções de resposta possível (pontuadas de 1 a 5). A pontuação global pode variar entre 5 e 25 e corresponde à soma das pontuações de cada pergunta. Para esta pontuação global foram definidos 3 níveis de controlo da asma nas últimas 4 semanas. (Anexo 12)

- ACT <20: “asma não controlada”
- ACT 20-24: “asma bem controlada”
- ACT = 25: “asma totalmente controlada”

Foi também usado um questionário de avaliação da técnica de inalação do doente. Existem vários questionários que correspondem aos diferentes inaladores disponíveis no mercado português. Nesses questionários são avaliados todos os passos para uma correta utilização do inalador, sendo atribuído 1 ponto quando o passo é bem executado e 0 ponto quando o passo é mal executado ou não executado. No final somam-se os pontos obtidos e calcula-se a percentagem final, que deverá ser igual ou superior a 90%. (Anexo 11)

3.6 Validação dos dados e Análise estatística

Todos os dados recebidos foram validados quanto à qualidade do registo.

A análise e o tratamento dos dados recolhidos foi efetuada com recurso aos programas IBM SPSS® - versão 19 e Microsoft Excel 2010, ambos para Windows®.

Os resultados são apresentados através de tabelas de frequências absolutas e relativas e/ou gráficos, omitindo-se a sua fonte, pelo facto de estes serem originais e se referirem sempre a este estudo, antecidos de um breve comentário. Para descrever as variáveis foram também utilizadas a média, a mediana e o desvio padrão.

Os resultados do ACT e da avaliação da técnica de inalação, antes e após a intervenção, foram avaliados em função do sexo, das habilitações académicas, dos hábitos tabágicos e do tipo de inalador, utilizando os testes de Wilcoxon para amostras emparelhadas, de Mann-Whitney U e de Kruskal-Wallis para amostras independentes. Foi utilizado o coeficiente de correlação de Spearman para estudar a relação entre a idade dos doentes e as pontuações do ACT e da avaliação da técnica de inalação.

Em todos os testes de hipóteses foi considerado um nível de significância de 5%.

4. Resultados e Discussão

4.1 Caracterização da amostra de farmácias participantes

Das 37 farmácias contatadas, apenas 12 (32.4%) aceitaram participar no estudo. As principais causas para a não participação das farmácias no estudo foram: falta de disponibilidade; farmácia não possui gabinete de atendimento ao doente; farmacêutico que fez a formação já não trabalha na farmácia; diminuição dos recursos humanos da farmácia; farmacêutico que fez a formação está de baixa médica.

Apenas 8 (21.6%) farmácias recrutaram doentes para participar no estudo, num total de 22 doentes, terminando todos o estudo. O número médio de doentes recrutados por cada farmácia foi de 2.75.

As farmácias não registaram os doentes que não aceitaram participar no estudo nem qual a razão.

Na tabela seguinte estão registados os motivos, enunciados pelos farmacêuticos, para o pequeno número de doentes que cada farmácia conseguiu recrutar para o estudo.

Tabela 2- Motivos para um baixo número de doentes recrutados por farmácia

Falta de tempo dos doentes.
Curto prazo de tempo para recrutar doentes.
Muitas vezes são os familiares dos doentes que vão à farmácia comprar os medicamentos.
Doentes não estão dispostos a ter que voltar à farmácia passado um mês.
Doentes consideram a sua asma bem controlada.
Doentes consideram utilizar corretamente os seus inaladores.
Doentes referem esclarecer dúvidas em relação à terapêutica ou à técnica inalatória com o médico.
Muitos doentes quando vão à farmácia aviam todas as vias da receita.
Muitas farmácias, devido à sua localização, não possuem muitos doentes regulares.

Devido ao pouco tempo em que o estudo decorreu (fevereiro a abril) foi difícil por parte das farmácias recrutarem doentes. Regra geral, a terapêutica da asma é prescrita em receita renovável com validade de 6 meses. Deste modo, a visita dos utentes à farmácia não é previsível e pode até ser muito espaçada no tempo. Além disso, muitas vezes são os familiares que se dirigem à farmácia para aviar as receitas, não permitindo ao farmacêutico o contato direto com o doente. A população ainda está reticente quanto aos cuidados farmacêuticos, mostrando ter uma maior confiança no aconselhamento médico.

Este estudo não é representativo da população geral de doentes asmáticos, pois não foi possível recrutar doentes suficientes para completar a amostra necessária para a extrapolação. Assim, todos os resultados obtidos neste estudo apenas podem ser relacionados com a amostra. Esta amostra pode gerar um viés de seleção positivo, porque possivelmente só entraram no estudo doentes interessados na autogestão da doença.

4.2 Caracterização dos doentes recrutados

A amostra inclui 22 doentes com idades compreendidas entre os 18 e os 65 anos com média de 50.2 anos e desvio padrão igual a 14.5 anos. Para melhor se observar a distribuição das idades, consideraram-se 5 escalões etários que permitem verificar que predominam doentes com idades compreendidas entre os 59 e os 65 anos (45.5%).

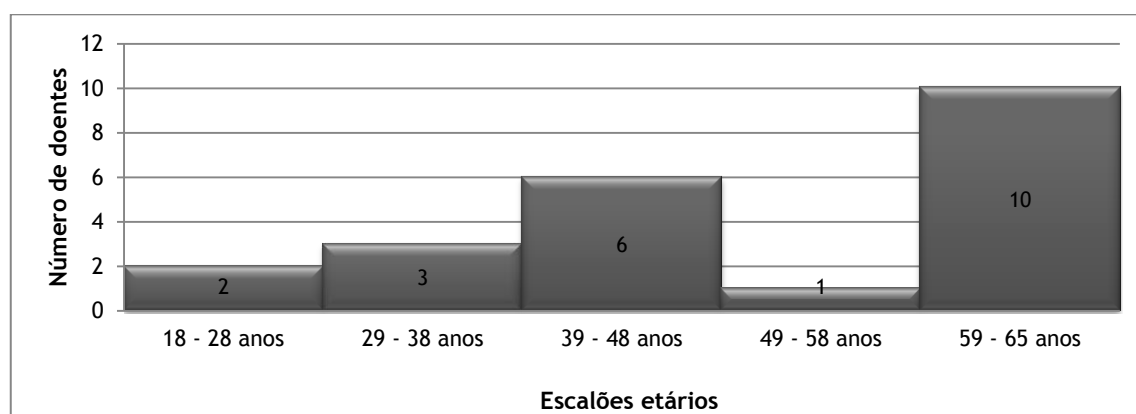


Figura 2- Distribuição dos doentes por escalões etários

Dos 22 doentes que participaram no estudo, 14 (63.6%) são do sexo feminino e 8 (36.4%) do sexo masculino.

Quanto às habilitações académicas, predominam doentes com o 1º Ciclo do ensino básico (40.9%), seguidos de licenciados (31.8%) e de doentes que concluíram o ensino secundário (27.3%).

A maior parte dos doentes (68.2%) não fumam nem nunca fumaram, 5 (22.7%) são ex-fumadores e apenas 2 (9.1%) são fumadores.

Todos os doentes referiram ter asma há mais de dois anos.

Relativamente aos tipos de inaladores utilizados, verificou-se que quatro doentes utilizam dois inaladores diferentes, pelo que foram estudados 26 questionários da técnica inalatória. O inalador mais frequente utilizado é o Turbohaler, usado por 12 (46.2%) doentes.

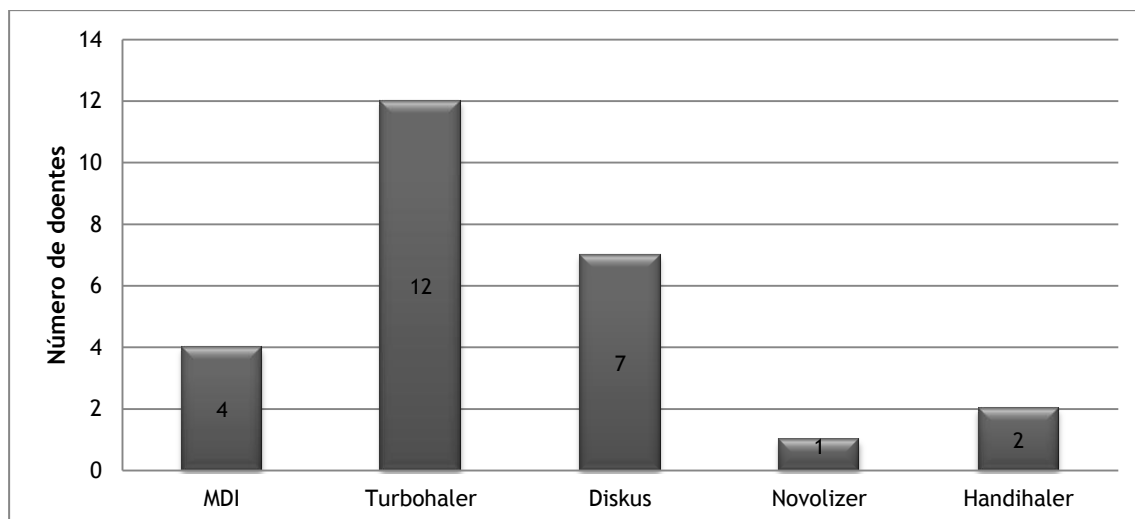


Figura 3- Distribuição dos tipos de inaladores

4.3 Resultados da Avaliação da Técnica Inalatória

Os resultados da avaliação da técnica de inalação antes e após a intervenção mostraram uma melhoria na utilização dos inaladores. O número de técnicas inalatórias com pontuação inferior a 90% diminuiu de 19 (73.1%) para 3 (11.5%) e o número de doentes cuja pontuação da avaliação da técnica de inalação foi maior ou igual a 90% aumentou de 7 (26.9%) para 23 (88.5%).

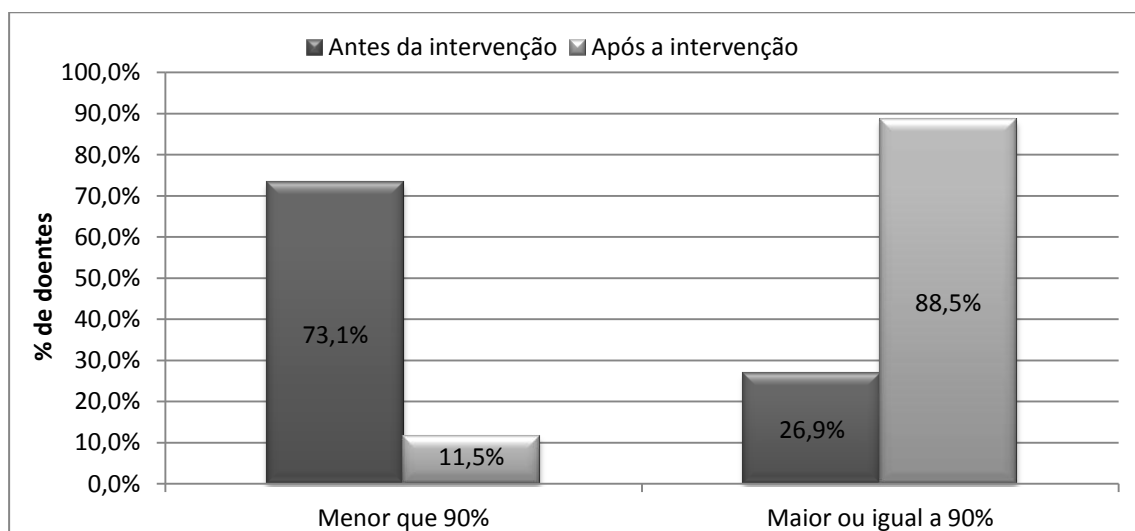


Figura 4 - Resultados da pontuação da avaliação da técnica de inalação antes e após a intervenção

O resultado do Teste de Wilcoxon para amostras emparelhadas indica que existiram melhorias significativas entre as pontuações da avaliação da técnica de inalação antes e após a intervenção ($p < .001$).

Tabela 3 - Comparação entre as pontuações da avaliação da técnica de inalação antes e depois da intervenção

	Antes da intervenção	Após a intervenção	Z (a)	p (b)
Pontuação da avaliação da técnica de inalação	Md = 85.70 M = 83.45 DP = 13.65	Md = 100.00 M = 98.596 DP = 4.00	-3.626	0.000

(a) Z - valor da estatística do Teste de Wilcoxon para amostras emparelhadas; (b) p - valor de significância do Teste de Wilcoxon; Md - mediana; M - média; DP - desvio padrão.

Quanto ao sexo, as diferenças das pontuações da avaliação da técnica de inalação antes e após a intervenção são significativas tanto nos doentes do sexo feminino ($p=.002$) como nos do sexo masculino ($p=.004$).

O Teste de Mann-Whitney U permite verificar que existem diferenças estatisticamente significativas na pontuação da avaliação da técnica de inalação, entre os doentes do sexo feminino e os do masculino, apenas antes da intervenção ($p=.014$). O que demonstra que apesar de o sexo feminino antes da intervenção ter melhor técnica inalatória, a diferença após a intervenção já não é significativa, passando os dois sexos a exercer uma boa técnica inalatória.[21, 22]

Este resultado vai ao encontro do resultado obtido no Estudo G (referido anteriormente). O objetivo desse estudo, realizado em Amesterdão num total de 156 doentes, foi determinar o efeito das características dos doentes e o tipo de dispositivo inalador, na técnica de inalação. Os resultados do Estudo G mostraram que as características do doente, tais como sexo, nível de escolaridade, grau de obstrução e diagnóstico, não estavam associadas à técnica inalatória dos doentes asmáticos.[21]

Tabela 4 - Comparação entre as pontuações da avaliação da técnica de inalação antes e depois da intervenção, por sexo. Comparação por sexo.

Sexo	Antes da intervenção	Após a intervenção	Z (a)	p (b)
Feminino (n = 16)	Md = 87.30 M = 87.99 DP = 12.27	Md = 100.00 M = 99.31 DP = 2.78	-2.677	.002
Masculino (n = 10)	Md = 77.80 M = 76.18 DP = 13.07	Md = 100.00 M = 97.46 DP = 5.41	-2.524	.004
Z (c)	-2.189	-1.093		
p (d)	.014	.231		

(a) Z - valor da estatística do Teste de Wilcoxon para amostras emparelhadas; (b) p - valor exato de significância do Teste de Wilcoxon; (c) Z - valor da estatística do Teste de Mann-Whitney para amostras independentes; (d) p - valor exato de significância do Teste de Mann-Whitney U; Md - mediana; M - média; DP - desvio padrão.

Relativamente às habilitações académicas, verificaram-se melhorias estatisticamente significativas após a intervenção nos doentes com o 1º Ciclo do Ensino Básico ($p=.008$) e nos

doentes com o ensino superior ($p=.008$). O teste de Kruskal-Wallis mostra que não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre as pontuações dos diferentes níveis de ensino nem antes ($p=.092$) nem após ($p=.295$) a intervenção.[21]

Tabela 5 - Comparação entre as pontuações da avaliação da técnica de inalação antes e depois da intervenção, por habilitações académicas. Comparação por habilitações académicas.

Habilitações académicas	Antes da intervenção	Após a intervenção	Z (a)	p (b)
1º Ciclo do Ensino Básico (n = 13)	Md = 85.70 M = 85,17 DP = 13.43	Md = 100.00 M = 97.192 DP = 5.39	-2.366	.008
Ensino Secundário (n = 6)	Md = 92.85 M = 91.13 DP = 10.05	Md = 100.00 M = 100.00 DP = 0.00	-1.604	.125
Ensino Superior (n = 7)	Md = 71.400 M = 73.657 DP = 12.40	Md = 100.00 M = 100.00 DP = 0.00	-2.366	.008
χ^2 (c)	4.712	3.250		
p (d)	.092	.295		

(a) Z - valor da estatística do Teste de Wilcoxon para amostras emparelhadas; (b) p - valor exato de significância do Teste de Wilcoxon; (c) χ^2 - valor da estatística do Teste de Kruskal-Wallis para amostras independentes; (d) p - valor exato de significância do Teste de Kruskal-Wallis; Md - mediana; M - média; DP - desvio padrão.

Quanto aos hábitos tabágicos, verificam-se melhorias nas pontuações da avaliação da técnica de inalação antes e após a intervenção nos não fumadores ($p=.002$) e nos ex-fumadores ($p=.016$). O teste de Kruskal-Wallis permite concluir que existem diferenças estatisticamente significativas ($p=.026$) entre os fumadores e os outros dois grupos nas pontuações após a intervenção. No entanto, é necessário ter em conta que o grupo dos fumadores apenas incluía 3 indivíduos e o dos ex-fumadores 6, o que pode enviesar os resultados.

Tabela 6- Comparação entre as pontuações da avaliação da técnica de inalação antes e depois da intervenção, por hábitos tabágicos. Comparação por hábitos tabágicos.

Hábitos tabágicos	Antes da intervenção	Após a intervenção	Z (a)	p (b)
Fumador (n = 3)	Md = 83.30 M = 82.27 DP = 4.05	Md = 88.90 M = 91.53 DP = 7.51	-1.342	.250
Não Fumador (n = 17)	Md = 88.90 M = 86.88 DP = 14.78	Md = 100.00 M = 99.347 DP = 2.69	-2.677	.002
Ex- Fumador (n = 6)	Md = 74.60 M = 74.32 DP = 9.21	Md = 100.00 M = 100.00 DP = 0.00	-2.201	.016
χ^2 (c)	4.903	10.265		
p (d)	.082	.026		

(a) Z - valor da estatística do Teste de Wilcoxon para amostras emparelhadas; (b) p - valor exato de significância do Teste de Wilcoxon; (c) χ^2 - valor da estatística do Teste de Kruskal-Wallis para amostras independentes; (d) p - valor exato de significância do Teste de Kruskal-Wallis; Md - mediana; M - média; DP - desvio padrão.

Relativamente ao tipo de inalador, como podemos observar no gráfico seguinte, a mediana das pontuações da avaliação da técnica aumentou para todos os inaladores.

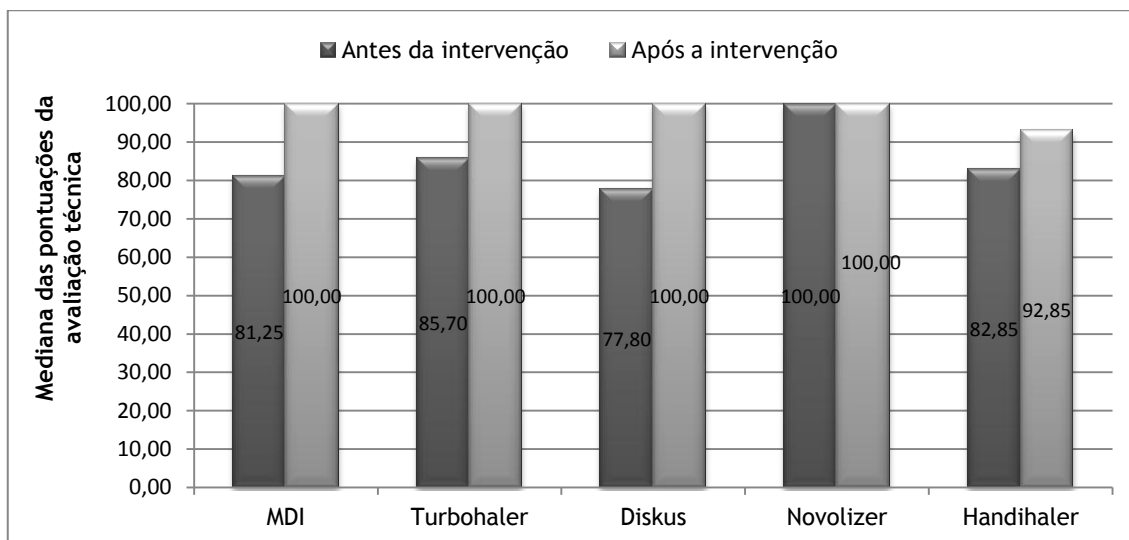


Figura 5 - Comparação entre as pontuações da técnica de inalação antes e depois da intervenção, por inalador

Verificaram-se melhorias significativas após a intervenção nos inaladores Turbohaler ($p=.002$) e Diskus ($p=.031$). O teste de Kruskal-Wallis permite concluir que o tipo de inalador não influenciou a pontuação da avaliação da técnica de inalação nem antes ($p=.846$) nem após ($p=.178$) a intervenção.

Tabela 7 - Comparação entre as pontuações da avaliação da técnica de inalação antes e depois da intervenção, por inalador. Comparação por inaladores.

Inaladores	Antes da intervenção	Após a intervenção	Z (a)	p (b)
MDI (n = 4)	Md = 81.25 M = 79.90 DP = 23.31	Md = 100.00 M = 100.00 DP = 0.00	-1.342	.250
Turbohaler (n = 12)	Md = 85.70 M = 83.87 DP = 13.39	Md = 100.00 M = 100.00 DP = 0.00	-2.677	.002
Diskus (n = 7)	Md = 77.80 M = 82.56 DP = 10.83	Md = 100.00 M = 96.83 DP = 5.42	-2.041	.031
Novolizer (n = 1)	Md = 100.00 M = 100.00 DP = 0.00	Md = 100.00 M = 100.00 DP = 0.00	-	-
Handihaler (n = 2)	Md = 82.85 M = 82.85 DP = 4.03	Md = 92.85 M = 92.85 DP = 10.11	-1.000	.500
χ^2 (c)	1.791	7.155		
p (d)	.846	.178		

(a) Z - valor da estatística do Teste de Wilcoxon para amostras emparelhadas; (b) p - valor exato de significância do Teste de Wilcoxon; (c) χ^2 - valor da estatística do Teste de Kruskal-Wallis para amostras independentes; (d) p - valor exato de significância do Teste de Kruskal-Wallis; Md - mediana; M - média; DP - desvio padrão.

Um estudo na Alemanha, Estudo D (mencionado anteriormente), realizado num total de 757 doentes com asma ou DPOC em 55 farmácias comunitárias, teve como objetivo fazer o levantamento da qualidade da técnica inalatória nesses doentes e determinar o efeito de uma única intervenção farmacêutica. Este estudo mostrou que a qualidade da técnica inalatória é independente do inalador e do número de medicamentos inalatórios utilizados. Também concluiu que a idade, sexo, características socioeconómicas e educação não estão relacionados com a técnica inalatória.[22]

O coeficiente de correlação de Spearman indicou uma correlação negativa ($\rho = -.485$; $p = .012$) entre a idade e a pontuação da avaliação da técnica de inalação após a intervenção, o que indica pior utilização dos inaladores à medida que a idade aumenta. Muitas evidências têm mostrado que a técnica inalatória incorreta é comum nos idosos. Tal pode dever-se à maior dificuldade de coordenação e de aprendizagem dos idosos.[36]

Tabela 8 - Correlação entre a idade e a pontuação da avaliação da técnica de inalação antes e após a intervenção

		Avaliação da Técnica antes da intervenção	Avaliação da Técnica após a intervenção
Idade	<i>rho</i>	-.055	-.485
	<i>p</i>	.789	.012

rho - coeficiente de correlação de Spearman; *p* - valor de significância.

Independentemente do sexo, habilitações académicas, hábitos tabágicos e idade todos os doentes beneficiaram do ensino da técnica inalatória.

Uma técnica inalatória incorreta compromete a efetividade e impede os doentes com asma de receber os benefícios máximos dos seus medicamentos. O uso incorreto dos inaladores está associado ao mau controlo da asma. [20, 36, 37] São vários os estudos que referem que a maior parte dos doentes tem uma técnica inalatória incorreta ou que cometem pelo menos um erro essencial quando usam a medicação inalatória.[16, 22, 36]

Apesar da importância da técnica, muitos doentes nunca receberam qualquer educação, quer instruções verbais quer demonstração física da técnica inalatória.[20, 29, 36] Assim, os farmacêuticos podem desempenhar um papel importante nesta área, pois estão bem colocados no sistema de saúde, tendo como vantagem o acesso fácil e regular aos doentes.[30, 36]

4.4 Resposta ao Teste de Controlo - ACT™

A intervenção farmacêutica, além do objetivo de avaliar a técnica inalatória e corrigir os passos mal executados, tinha também como objetivo avaliar o grau de controlo da asma no período de intervenção. Neste trabalho, o grau de controlo da asma foi avaliado através do Teste ACT™, que é uma ferramenta rápida e de fácil utilização.[30, 33, 34, 38]

Os resultados do ACT antes e após a intervenção mostraram uma evolução positiva no nível do controlo da asma. O número de doentes com asma não controlada desceu para metade, de 8 (36.4%) para 4 (18.2%), tendo-se verificado subidas tanto na percentagem de doentes com asma bem controlada (de 50.0% para 63.6%) como de doentes com asma totalmente controlada (de 13.6% para 18.2%).

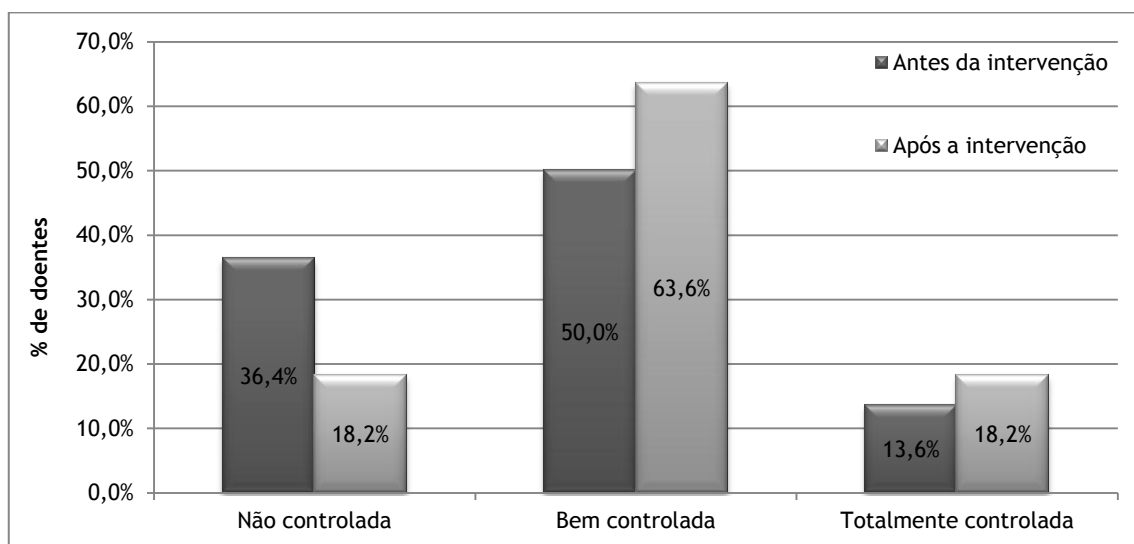


Figura 6 - Classificação do nível do controlo da asma antes e após a intervenção

Como podemos observar 36,4% dos doentes tinham a asma não controlada, antes da intervenção farmacêutica. São vários os estudos que mostram que uma grande percentagem de doentes não controlados.[39] Um estudo realizado em Portugal no Hospital Dona Estefânia, mostrou que 28% dos doentes estudados tinham a asma não controlada, contudo este menor valor pode não ser significativo visto a faixa etária abrangida pelo estudo ser de 12-37 anos, muito inferior à faixa etária abrangida por este estudo, 18-65 anos.[40] Por outro lado, outro estudo realizado em Portugal apresenta valores para a média da pontuação global do ACT de 17.2, que é inferior à média obtida neste estudo, 19.09. Contudo, mais uma vez é necessário ter em conta a faixa etária abrangida pelo estudo, 12-94 anos.[41]

O resultado do Teste de Wilcoxon para amostras emparelhadas indica que as diferenças entre as pontuações do ACT antes e após a intervenção são estatisticamente significativas ($p=.001$), verificando-se uma melhoria.

Tabela 9 - Comparação entre as pontuações do ACT antes e depois da intervenção

	Antes da intervenção	Após a intervenção	Z (a)	p (b)
Pontuação ACT	Md = 20.00 M = 19.09 DP = 5.24	Md = 22.00 M = 20.95 DP = 4.12	-3.231	.001

(a) Z - valor da estatística do Teste de Wilcoxon para amostras emparelhadas; (b) p - valor de significância do Teste de Wilcoxon; Md - mediana; M - média; DP - desvio padrão.

Embora após a intervenção os resultados sejam melhores, estes continuam longe dos objetivos desejados. Assim, é necessário reforçar a importância da intervenção farmacêutica, no controlo da asma.[30] É necessário envolver o doente na autogestão da doença, para que ele perceba qual a importância da adesão à terapêutica, qual a importância da terapêutica de alívio e mudanças de estilo de vida. Estas mudanças englobam cessação tabágica, evicção alérgica ou profilaxia anti-histamínica.

Com o objetivo de avaliar se os doentes conseguem perceber o seu grau de controlo, analisaram-se as pontuações do ACT dos doentes que responderam “Completamente controlada” na pergunta 5: “Como avaliaria o seu controlo da asma nas últimas 4 semanas?”. Verificou-se que antes da intervenção foram 4 (18.1%) os doentes que afirmaram ter a asma completamente controlada nas últimas 4 semanas, destes, 3 (75.0%) tiveram pontuação máxima no ACT e apenas 1 (25.0%) teve como resultado “Bem controlada”. Após a intervenção, o número de doentes que afirmaram ter a asma completamente controlada nas últimas 4 semanas subiu para 7 (31.8%). Em 4 (57.1%) desses doentes o ACT confirmou o controlo total da asma e em 3 (42.9%) o ACT indicou asma bem controlada.

Tabela 10 - Classificação do nível do controlo da asma antes e após a intervenção dos doentes que responderam “Completamente controlada” na pergunta 5

Classificação	Antes da intervenção	Após a intervenção
Não controlada	0 (0.0%)	0 (0.0%)
Bem controlada	1 (25.0%)	3 (42.9%)
Totalmente controlada	3 (75.0%)	4 (57.1%)
Total	4 (100%)	7 (100%)

Outros estudos mostram uma fraca perceção do doente acerca do controlo da sua doença. [39, 41, 42] Segundo o Inquérito Nacional de Controlo da Asma, 88% dos asmáticos não controlados consideram ter a sua asma controlada.[18] Assim, é necessário melhorar o conhecimento e compreensão dos doentes sobre a doença, diminuindo a distância entre perceção e controlo real da doença.

Relativamente às habilitações académicas, verificaram-se melhorias significativas, após a intervenção, nos doentes com o ensino secundário (p=.031) e nos doentes com o ensino superior (p=.031).

Tabela 11 - Comparação entre as pontuações do ACT antes e depois da intervenção por habilitações académicas. Comparação por habilitações académicas.

Habilitações académicas	Antes da intervenção	Após a intervenção	Z (a)	p (b)
1º Ciclo do Ensino Básico (n = 9)	Md = 20.00 M = 18.56 DP = 6.43	Md = 21.00 M = 19.33 DP = 5.34	-1.552	.086
Ensino Secundário (n = 6)	Md = 20.00 M = 19.83 DP = 4.96	Md = 24.50 M = 23.17 DP = 2.48	-2.032	.031
Ensino Superior (n = 7)	Md = 20.00 M = 19.14 DP = 4.41	Md = 22.00 M = 21.14 DP = 2.73	-2.014	.031
χ^2 (c)	0.074	2.985		
p (d)	.964	.225		

(a) Z - valor da estatística do Teste de Wilcoxon para amostras emparelhadas; (b) p - valor exato de significância do Teste de Wilcoxon; (c) χ^2 - valor da estatística do Teste de Kruskal-Wallis para amostras independentes; (d) p - valor exato de significância do Teste de Kruskal-Wallis; Md - mediana; M - média; DP - desvio padrão.

O teste de Kruskal-Wallis mostra que não se verificaram diferenças significativas entre as pontuações do ACT nos diferentes níveis de ensino nem antes (p=.964) nem após (p=.225) a intervenção.

Quanto ao sexo, as diferenças antes e após a intervenção apenas são significativas nos doentes do sexo feminino (p < .001). O Teste de Mann-Whitney U permite concluir que o sexo não tem influência na pontuação do ACT, nem antes da intervenção (p=.214) nem após a intervenção (p=.931).

Tabela 12 - Comparação entre as pontuações do ACT antes e depois da intervenção por sexo. Comparação por sexo.

Sexo	Antes da intervenção	Após a intervenção	Z (a)	p (b)
Feminino (n = 14)	Md = 19.50 M = 18.07 DP = 5.89	Md = 21.50 M = 20.64 DP = 4.70	-2.946	.000
Masculino (n = 8)	Md = 20.50 M = 20.88 DP = 3.48	Md = 22.00 M = 21.50 DP = 3.07	-1.121	.141
Z (c)	-1.274	-0.104		
p (d)	0.214	.931		

(a) Z - valor da estatística do Teste de Wilcoxon para amostras emparelhadas; (b) p - valor exato de significância do Teste de Wilcoxon; (c) Z - valor da estatística do Teste de Mann-Whitney para amostras independentes; (d) p - valor exato de significância do Teste de Mann-Whitney U; Md - mediana; M - média; DP - desvio padrão.

Ao analisarmos as medianas, médias e desvio padrão, antes da intervenção, no sexo feminino e no sexo masculino, verificamos que estes valores são relativamente superiores no sexo masculino. Estes valores inferiores apresentados pelo sexo feminino confirmam os resultados

obtidos noutros estudos, que dizem que as mulheres estão mais dispostas a ter a asma mal controlada.[41, 43]

Apenas se verificaram melhorias significativas na pontuação ACT, após a intervenção, nos doentes não fumadores ($p=.001$). Este resultado pode dever-se ao pequeno número de doentes que compõe a amostra dos fumadores e dos ex-fumadores. O teste de Kruskal-Wallis indicou que os hábitos tabágicos não influenciaram a pontuação ACT nem antes ($p=.880$) nem após ($p=.910$) a intervenção.

Tabela 13- Comparação entre as pontuações do ACT antes e depois da intervenção por hábitos tabágicos. Comparação por hábitos tabágicos.

Hábitos tabágicos	Antes da intervenção	Após a intervenção	Z (a)	p (b)
Fumador (n = 2)	Md = 19.00 M = 19.00 DP = 1.41	Md = 21.00 M = 21.00 DP = 1.41	-1.414	.250
Não Fumador (n = 15)	Md = 20.00 M = 18.60 DP = 5.94	Md = 23.00 M = 21.00 DP = 4.61	-2.877	.001
Ex- Fumador (n = 5)	Md = 21.00 M = 20.60 DP = 4.04	Md = 21.00 M = 20.80 DP = 3.79	-0.378	.500
χ^2 (c)	0.354	0.363		
p (d)	.880	.910		

(a) Z - valor da estatística do Teste de Wilcoxon para amostras emparelhadas; (b) p - valor exato de significância do Teste de Wilcoxon; (c) χ^2 - valor da estatística do Teste de Kruskal-Wallis para amostras independentes; (d) p - valor exato de significância do Teste de Kruskal-Wallis; Md - mediana; M - média; DP - desvio padrão.

O estudo realizado por Laforest, em farmácias comunitárias de França entre 2003 e 2004, teve como objetivo identificar quais os determinantes para o controlo da asma entre as variáveis relacionadas com as características do doente. Uma das características determinantes para o controlo inadequado da asma era ser fumador. O papel do tabaco no controlo da doença está bem esclarecido. Os resultados do estudo são consistentes com outros que mostram que a qualidade de vida dos fumadores é inferior à dos não fumadores.[43]

Relativamente ao tipo de inalador, o teste de Wilcoxon realizado indica que apenas se verificaram melhorias significativas nos doentes que utilizam o inalador Turbohaler. O teste de Kruskal-Wallis permite concluir que o tipo de inalador não influenciou a pontuação ACT dos doentes nem antes ($p=.748$) nem após ($p=.838$) a intervenção.

Tabela 14 - Comparação entre as pontuações do ACT antes e depois da intervenção por inalador. Comparação por inaladores.

Inaladores	Antes da intervenção	Após a intervenção	Z (a)	p (b)
MDI (n = 4)	Md = 22.50 M = 20.25 DP = 6.40	Md = 22.00 M = 22.25 DP = 2.63	-0.447	.500
Turbohaler (n = 12)	Md = 20.00 M = 18.67 DP = 5.21	Md = 22.50 M = 20.67 DP = 4.48	-2.739	.002
Diskus (n = 7)	Md = 22.00 M = 20.57 DP = 5.62	Md = 22.00 M = 21.29 DP = 4.54	-1.289	.188
Novolizer (n = 1)	Md = 20 M = 20 DP = 0.00	Md = 24 M = 24 DP = 0.000	-	-
Handihaler (n = 2)	Md = 17.00 M = 10.77 DP = 4.24	Md = 18.50 M = 18.50 DP = 4.95	-1.342	.250
χ^2 (c)	2.320	1.770		
p (d)	.748	.838		

(a) Z - valor da estatística do Teste de Wilcoxon para amostras emparelhadas; (b) p - valor exato de significância do Teste de Wilcoxon; (c) χ^2 - valor da estatística do Teste de Kruskal-Wallis para amostras independentes; (d) p - valor exato de significância do Teste de Kruskal-Wallis; Md - mediana; M - média; DP - desvio padrão.

Como vimos anteriormente na avaliação da técnica de inalação, o tipo de inalador não influencia a qualidade da técnica, não influenciando desta forma o controlo da asma.[22]

O coeficiente de correlação de Spearman indicou uma correlação negativa ($\rho = -.364$; $p = .046$) entre a idade e a pontuação do ACT após a intervenção, o que indica menor grau do controlo da doença com o aumento da idade.

Tabela 15 - Correlação entre a idade e a pontuação do ACT antes e após a intervenção

		Pontuação ACT antes da intervenção	Pontuação ACT após a intervenção
Idade	ρ	-.032	-.364
	p	.887	.046

ρ - coeficiente de correlação de Spearman; p - valor de significância.

Este resultado está em concordância com o obtido noutra estudo.[41] É nesta população que há maior necessidade de intervenção, pois como normalmente são doentes com outras patologias e estão polimedicados, há a necessidade de reforçar a educação quanto à adesão à terapêutica.

4.5 Avaliação da Técnica vs Teste ACT

Os métodos mais adequados para verificar se existe relação entre a pontuação do ACT e da técnica de avaliação são a correlação de Spearman e o teste do Qui-quadrado. No entanto, uma vez que a amostra era de pequena dimensão não foi possível aplicar o teste de qui-quadrado e não se obteve qualquer correlação com o teste de Spearman.

O teste de Mann-Whitney U permitiu comparar as pontuações de ACT entre os doentes com uma pontuação na avaliação da técnica de inalação inferior a 90% e os que tiveram pontuação maior ou igual a 90%. O resultado leva a concluir que a pontuação do ACT é independente da pontuação da avaliação da técnica de inalação, tanto antes da intervenção ($p=.447$) como após a intervenção ($p=.254$).

Tabela 16 - Comparação entre as pontuações do ACT antes da intervenção, por classificação da avaliação da técnica de inalação

	Menor que 90% (n = 19)	Maior ou igual a 90% (n = 7)	Z (a)	p (b)
Pontuações do ACT	Md = 20.00 M = 19.53 DP = 4.75	Md = 20.00 M = 18.86 DP = 6.47	-0.146	.447

(a) Z - valor da estatística do Teste de Mann-Whitney para amostras independentes; (b) p - valor exato de significância do Teste de Mann-Whitney U; Md - mediana; M - média; DP - desvio padrão.

Tabela 17 - Comparação entre as pontuações do ACT após a intervenção, por classificação da avaliação da técnica de inalação

	Menor que 90% (n = 3)	Maior ou igual a 90% (n = 23)	Z (a)	p (b)
Pontuações do ACT	Md = 22.00 M = 23.00 DP = 1.73	Md = 22.00 M = 20.78 DP = 4.26	-0.771	.254

(a) Z - valor da estatística do Teste de Mann-Whitney para amostras independentes; (b) p - valor exato de significância do Teste de Mann-Whitney U; Md - mediana; M - média; DP - desvio padrão.

Com estes resultados não pode ser associada a deficiente técnica inalatória ao pobre controlo da asma. Contudo, este estudo deveria ser repetido de forma a conseguir uma maior amostra da população. Como podemos observar apenas 3 técnicas inalatórias tiveram uma avaliação inferior a 90%, número muito pequeno para tirar uma conclusão tão importante.

5. Conclusões

Os farmacêuticos são os profissionais de saúde melhor enquadrados no sistema de saúde, no que respeita ao acesso fácil e regular ao doente, podendo contribuir para uma melhoria do controlo da doença e educação do doente e famílias.

Para melhorar a prestação de cuidados de saúde aos doentes asmáticos é necessário uma maior interligação entre o farmacêutico da comunidade e os restantes profissionais de saúde.

Este estudo mostrou que a maioria dos doentes não utiliza corretamente o seu inalador e que não tem a asma totalmente controlada. Uma breve intervenção sobre a doença e a técnica inalatória correta pode melhorar a adesão à terapia farmacológica bem como a efetividade da terapêutica.

Apesar de este estudo não ter conseguido atingir o objetivo principal que era relacionar a deficiente técnica inalatória com o fraco controlo da asma, conseguiu mostrar que a intervenção farmacêutica é um importante caminho a seguir para a melhorar o controlo da doença e a correta utilização do inalador.

A intervenção farmacêutica junto do doente asmático deverá estar incluída na rotina diária da farmácia aquando da dispensa dos medicamentos para a asma e é um método efetivo, embora seja necessário reforçar a informação e o aconselhamento ao longo do tempo, de acordo com as características e necessidades do doente.

6. Referências bibliográficas¹

1. *Global Initiative for Asthma*, in *Global strategy for asthma management and prevention*. 2011.
2. Johansson, et al., *A revised nomenclature for allergy: An EAACI position statement from the EAACI nomenclature task force*. *Allergy*, 2001(56): p. 813-824.
3. *World Allergy Organization*. [cited 3 October 2011]; Available from: http://www.worldallergy.org/professional/allergic_diseases_center/nomenclature/english.php.
4. Prosser, S.G.B.a.T.R., *Handbook of nonprescription drugs, an interactive approach to self-care*. 16 ed, ed. A.P. Association. 2009. 213-228.
5. Gaspar, A., M. Almeida, and C. Nunes, *Epidemiologia da asma grave*. *Rev Port Imunoalergologia*, 2006. 14(2): p. 27-41.
6. Pegas PN, e.a., *Factores de risco e prevalência de asma e rinite em crianças em idade escolar em Lisboa*. *Rev Port Pneumol*, 2011. 6.
7. Program, N.A.E.a.P., *Expert Panel Report 3: Guidelines for the Diagnosis and Management of Asthm*. 2007, National Heart, Lung, and Blood Institute
8. Barbara G. Wells, et al., *Pharmacotherapy Handbook*. 7 ed, ed. M.-H. Medical. 2008. 906-920.
9. Sorkness, H.W.K.a.C.A., *Pharmacotherapy A Pathophysiologic Approach*. 7 ed, ed. T.M.-H. Medical. 2008. 463-493.
10. George, F., *Abordagem e controlo da asma*, in *Norma n.º 016/2011de 27 de Setembro*, D.G.d. Saúde, Editor. 2011: Ministério da Saúde.
11. *ADMIT*. [cited 2012 12 de Maio]; Available from: <http://www.admit-online.info/en/>.
12. Basheti, I.A., et al., *Evaluation of a novel educational strategy, including inhaler-based reminder labels, to improve asthma inhaler technique*. *Patient Educ Couns*, 2008. 72(1): p. 26-33.
13. Toumas, M., I.A. Basheti, and S.Z. Bosnic-Anticevich, *Comparison of small-group training with self-directed internet-based training in inhaler techniques*. *Am J Pharm Educ*, 2009. 73(5): p. 85.
14. Plácido, J.L., *A asma a nível nacional e mundial: perspectivas actuais e tendências de evolução*. *Rev Port Clin Geral* 2004(20): p. 583-587.

¹ O estilo de referências bibliográficas adotado foi o Vancouver

15. Ferreira, J., P. Silveira, and J.A. Marques, *National study of asthma quality of life-- application of the Asthma Quality of Life Questionnaire (AQLQ-M) by Marks in the Portuguese population*. Rev Port Pneumol, 2008. **14**(4): p. 459-86.
16. Ana Coelho, et al., *Manuseio de dispositivos inalatórios e controlo da asma em asmáticos graves em um centro de referência em Salvador*. J Bras Pneumol, 2011. **37**(6): p. 720-728.
17. Araújo, A.T.d., *Relatório do Observatório Nacional das Doenças Respiratórias 2011*.
18. Saúde, D.G.d., *Sumário do Inquérito Nacional de Controlo da Asma*. 2010.
19. Direcção Geral da Saúde, C.d.C.d.P.d.A., *Programa Nacional de Controlo da Asma*. 2000.
20. Verver, S., et al., *Effects of instruction by practice assistants on inhaler technique and respiratory symptoms of patients. A controlled randomized videotaped intervention study*. Fam Pract, 1996. **13**(1): p. 35-40.
21. Rootmensen, G.N., et al., *Predictors of incorrect inhalation technique in patients with asthma or COPD: a study using a validated videotaped scoring method*. J Aerosol Med Pulm Drug Deliv. **23**(5): p. 323-8.
22. Hammerlein, A., U. Muller, and M. Schulz, *Pharmacist-led intervention study to improve inhalation technique in asthma and COPD patients*. J Eval Clin Pract. **17**(1): p. 61-70.
23. Rene-Henri, N., et al., *Community pharmacists' interventions in asthma care: a descriptive study*. Ann Pharmacother, 2009. **43**(1): p. 104-11.
24. Farmácias, A.N.d., *O Papel dos Farmacêuticos nas Farmácias Comunitárias*, in *II Fórum Internacional Sobre Doentes Crónicos*. 2012.
25. Anabela Madeira, S.C., Ana Patrícia Ferreira, Zilda Mendes, Marianela Vaz, *Programa de Cuidados Farmacêuticos na Asma (PCFA): Avaliação do grau de conhecimentos dos doentes asmáticos*. 2001, Associação Nacional de Farmácias.
26. Anabela Madeira, S.C., Ana Patrícia Ferreira, Zilda Mendes, Marianela Vaz, *Programa de Cuidados Farmacêuticos na Asma (PCFA): Avaliação da utilização dos inaladores pelos doentes asmáticos no ensaio piloto*. 2001, Associação Nacional de Farmácias.
27. Anabela Madeira, et al., *Campanha do Dia Mundial da Asma nas Farmácias Portuguesas "Controle a Asma - Respire Melhor"*. 2006, Associação Nacional de Farmácias.
28. Giner J., Macián V. y Hernández C., and y.g. EDEN, *Estudio multicéntrico y prospectivo de "deucación y enseñanza" del procedimiento de inhalación en pacientes respiratorios (estudio EDEN)*. Arch Bronconeumol, 2002. **38**(7): p. 300-3005.
29. Melani, A.S., et al., *Inhaler mishandling remains common in real life and is associated with reduced disease control*. Respir Med. **105**(6): p. 930-8.

30. Mehuys, E., et al., *Effectiveness of pharmacist intervention for asthma control improvement*. Eur Respir J, 2008. **31**(4): p. 790-9.
31. R. Bonita, R. Beaglehole, and T. Kjellström, *Epidemiologia Básica*. 2 ed, ed. S. Editora. 2010.
32. *Determinação do Tamanho de uma amostra*. [cited 3 October 2011]; Available from: http://www.fesppr.br/~centropesq/Calculo_do_tamanho_da_amostra/Tamanho%20da%20Amostra%20-%201.pdf.
33. Thomas, M., et al., *The Asthma Control Test (ACT) as a predictor of GINA guideline-defined asthma control: analysis of a multinational cross-sectional survey*. Prim Care Respir J, 2009. **18**(1): p. 41-9.
34. Nathan, R.A., et al., *Development of the asthma control test: a survey for assessing asthma control*. J Allergy Clin Immunol, 2004. **113**(1): p. 59-65.
35. Roxo, J.P., et al., [*Portuguese-language version of the Asthma Control Test*]. J Bras Pneumol. **36**(2): p. 159-66.
36. Australia, N.A.C., *Inhaler Technique in adults with asthma or COPD*. 2008.
37. E. Nadi and F. Zeraati, *Evaluation of the Metered-dose Inhaler Technique Among Healthcare Providers*. Acta Medica Iranica, 2005. **43**(4): p. 268-272.
38. Schatz, M., et al., *Asthma Control Test: reliability, validity, and responsiveness in patients not previously followed by asthma specialists*. J Allergy Clin Immunol, 2006. **117**(3): p. 549-56.
39. Laforest, L., et al., *Quality of asthma care: results from a community pharmacy based survey*. Allergy, 2005. **60**(12): p. 1505-10.
40. Miguel Paiva, et al., *Avaliação do controlo da asma: Utilização de diferentes métodos*. Rev Port Imunoalergologia, 2010. **138**(3): p. 227-241.
41. Zilda Mendes, et al., *Avaliação do controlo da asma através do Asthma Control TestTM aplicado em farmácias portuguesas*. Rev Port Imunoalergologia, 2010. **18**(4): p. 313-330.
42. LM Pinto Pereira, et al., *1Evaluation of Asthma Control using Patient Based Measures and Peak Expiratory Flow Rate*. West Indian Med J, 2009. **58**(3): p. 214.
43. Laforest, L., et al., *Influence of patients' characteristics and disease management on asthma control*. J Allergy Clin Immunol, 2006. **117**(6): p. 1404-10.

Capítulo II - Estágio em Farmácia Hospitalar: Unidade Vila Real

1. Introdução

A Farmácia Hospitalar pode ser definida, segundo o Decreto-lei n.º 44202, de 22 de fevereiro de 1962, como *“o conjunto das actividades Farmacêuticas exercidas em organismos hospitalares, com vista à colaboração nas funções de assistência que pertencem a esses organismos e serviços, bem como à promoção de acções de investigação científica e de ensino que lhes couber”*. Todas estas actividades são exercidas num departamento tecnicamente autónomo, que constitui os Serviços Farmacêuticos (SF).

O protagonismo da Farmácia Hospitalar estende-se ao nível terapêutico, com a validação da prescrição médica e distribuição da medicação pelos utentes do hospital. Ao farmacêutico hospitalar (FH) cabe também a distribuição de informação, a farmacotecnia, o controlo de qualidade, a farmacovigilância, controlo/monitorização de ensaios clínicos, farmacocinética, a farmácia clínica e cuidados farmacêuticos e participação em comissões técnicas, nomeadamente Comissão de Farmácia e Terapêutica.

O principal objetivo dos Hospitais é o de prestar à população assistência médica, curativa e de reabilitação, compete-lhes também colaborar na prevenção da doença, investigação científica e no ensino, razão pela qual existe a possibilidade de realização de um estágio numa unidade hospitalar. A Farmácia Hospitalar como parte integrante do estágio permite demonstrar uma vertente da farmácia que passa desconhecida perante a população. Esta tem vindo a assumir um papel cada vez mais relevante no bom funcionamento hospitalar.

Este relatório pretende resumir o trabalho realizado ao longo dos meses de fevereiro, março e abril nos SF do Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro (CHTMAD) - Unidade de Vila Real.

2. Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro

2.1 História e Caracterização

O Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE é uma entidade Público Privada Empresarial, tendo sido criada no ano de 2007. O CHTMAD está integrado na Área Regional de Saúde do Norte e apresenta-se constituído por quatro unidades hospitalares: o Hospital de S. Pedro, em Vila Real, onde está localizada a sede social, o Hospital D. Luiz I, em Peso da

Régua, a Unidade Hospitalar de Chaves, em Chaves e a Unidade Hospitalar de Lamego, em Lamego. Apresenta ainda a Unidade de Cuidados Continuados e Convalescença de Vila Pouca de Aguiar.

A Unidade Hospitalar de Vila Real está inserida numa área de 120.000 m² e compreende um edifício hospitalar monobloco de 9 Pisos, com cerca de 15 anos e uma área conjunta total de 30.000m², com 8 pavilhões de construção antiga.

A sua área de influência direta abrange cerca de 300.000 habitantes. Abarca a população de: Tarouca, Tabuaço, S. João da Pesqueira, Montalegre, Lamego, Chaves, Boticas, Armamar, Vila Real, Vila Pouca de Aguiar, Santa Marta de Penaguião, Sabrosa, Ribeira de Pena, Peso da Régua, Murça, Mondim de Basto, Mesão Frio e Alijó.

2.2 Missão

A missão do CHTMAD é prestar serviços e cuidados de Saúde diferenciados, de elevada qualidade e profissionalismo, para a satisfação dos utentes, promovendo a realização profissional e pessoal dos seus colaboradores, valorizando, permanentemente, a importância do seu papel para o sucesso dos objetivos da instituição.

Tem ainda como missão o ensino pós-graduado e o desenvolvimento das funções de formação consideradas necessárias ao desenvolvimento de todos os colaboradores, e a investigação e o desenvolvimento científico em todas as áreas das ciências da saúde.

3. Serviços Farmacêuticos Hospitalares

Os SF constituem uma unidade funcional do CHTMAD, com autonomia técnica e científica no que diz respeito às atividades diretamente relacionadas com a prestação de uma assistência medicamentosa de qualidade aos doentes.

Tem como principais objetivos:

- ☉ Garantir o acesso ao medicamento baseado nos parâmetros de qualidade farmacoterapêutica (custo/efetividade/segurança)
- ☉ Promover a utilização eficiente de recursos no âmbito de projetos de melhoria contínua da qualidade
- ☉ Promover ganhos de eficiência e eficácia no sistema de gestão integrado do circuito do medicamento

São funções dos Serviços Farmacêuticos Hospitalares (SFH), entre outras:

- ☉ 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, Infecção Hospitalar, Higiene e outras)
- ☉ A Farmácia Clínica, Farmacocinética, Farmacovigilância e a prestação de Cuidados Farmacêuticos
- ☉ A colaboração na elaboração de protocolos terapêuticos
- ☉ A participação nos Ensaio Clínicos
- ☉ A colaboração na prescrição de Nutrição Parentérica e sua preparação
- ☉ A Informação de Medicamentos
- ☉ O desenvolvimento de ações de formação

4. Planificação dos Serviços Farmacêuticos de Vila Real

4.1 Localização dos SF

Os SF localizam-se no piso 1 do edifício central das instalações do CHTMAD, e cumprem parte das normas do Manual de Farmácia Hospitalar relativas à localização dos SFH, incluindo as seguintes:

- ☉ Facilidade de acesso externo e interno
- ☉ Implantação de todas as áreas, incluindo os armazéns, no mesmo piso
- ☉ Proximidade com os sistemas de circulação vertical (elevadores)

Relativamente ao ponto 2 existe uma exceção, pois existe uma área que não se encontra no mesmo piso, a área de preparação de citotóxicos, que se encontra no piso 0 do Centro Oncológico.

4.2 Espaço Físico

Os SF estão organizados de forma a rentabilizar os recursos humanos e materiais.

O espaço físico dos SF do Hospital de Vila Real (HVR) encontra-se dividido nas seguintes áreas:

- Gabinete da Diretora dos Serviços Farmacêuticos
- Gabinetes dos Farmacêuticos
- Gabinete dos Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica
- Gabinete dos Serviços Administrativos
- Sala de Reuniões
- Área de ambulatório
- Vestiários e W.C
- Sala do Serviço de Informação de Medicamentos (SIM) e destinada ao armazenamento dos Ensaio Clínicos, de Hemoderivados, Psicotrópicos e Estupefacientes
- Área de receção e conferência de encomendas
- Armazéns de injetáveis
- Área de distribuição clássica
- Armazém geral
- Áreas descentralizadas: armazenamento de colírios, material de penso e contrastes, produtos de nutrição, antissépticos e desinfetantes
- Área destinada à distribuição individual diária em dose unitária (DIDDU)
- Laboratório
- Sala de Reembalagem
- Área de frios
- Armazém de inflamáveis
- Extensão da Farmácia no Centro Oncológico

A planta dos SFH encontra-se no Anexo 13.

4.3 Horário de Funcionamento

Os SF estão abertos de segunda a sexta das 9h às 18h, estando um FH de prevenção das 18h às 24h e aos fins-de-semana e feriados das 9h às 24h.

O sistema de prevenção não obriga a permanência física do FH no serviço, mas este deve estar disponível para se deslocar a qualquer uma das Unidades Hospitalares do CHTMAD.

4.4 Recursos Humanos

Os SF são dirigidos pela Dr.^a Almerinda Alves que na sua ausência é substituída pela Dr.^a Florbela Oliveira. Trabalham 24 funcionários distribuídos pelas seguintes classes profissionais:

- ☉ 9 Farmacêuticos
- ☉ 7 Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica (TDT)
- ☉ 5 Assistentes Operacionais (AO)
- ☉ 3 Assistentes Técnicos (AT)

4.5 Sistema Informático

Dispõe de um sistema de informação de gestão (meios informáticos) necessários para uma organização correta de forma integrada relacionada com gestão de doentes e materiais.

Possui um programa informático próprio designado por “GHAF” - Gestão Hospitalar de Armazém e Farmácia, que está interligado com o programa de gestão de doentes - “SONHO”.

5. Organização e Gestão de Medicamentos, Produtos Farmacêuticos e Dispositivos Médicos

5.1 Seleção e Aquisição de Medicamentos, Produtos Farmacêuticos e Dispositivos Médicos

Os SF estão sujeitos à orientação geral dos órgãos de administração, apesar da sua autonomia técnica. A aquisição dos medicamentos, produtos farmacêuticos e dispositivos médicos, é da responsabilidade do FH, devendo ser efetuada pelos SF em articulação com o Serviço de Aprovisionamento.

A seleção de medicamentos para o hospital deve ter por base o Formulário Hospitalar Nacional de Medicamentos (FHNM) e as necessidades terapêuticas dos doentes do hospital. Quando outros medicamentos, que não se encontram no FHNM, são necessários é feita uma adenda ao FHNM, cabendo à Comissão de Farmácia e Terapêutica a sua seleção, de acordo com necessidades dos doentes, com a melhoria da qualidade de vida e com critérios fármaco económicos.

O controlo e a gestão dos *stocks* existentes de medicamentos nos SF são tarefas fundamentais para um funcionamento adequado do sistema de encomendas e mesmo de distribuição de medicamentos. As existências devem ser rigorosamente controladas de modo a que não haja

nem excesso de *stock* (que corresponde a um empate de investimento e espaço) nem rutura (que corresponde uma insatisfação dos serviços clínicos) e tudo isto, sempre que possível, com o menor custo.

Inicialmente são analisados os consumos dos medicamentos e outros produtos farmacêuticos, utilizando *stocks* de alerta, pontos de encomenda e faltas detetadas pelos colaboradores. É então elaborada uma lista comum, no GHAF, em cada Unidade Hospitalar, e em Vila Real é analisada. Em função do volume da encomenda, *stock* existente e da urgência do pedido será realizada uma transferência interna de armazém para outras unidades ou uma Nota de Encomenda (NE).

No caso de transferência interna, esta é registada, aviada, conferida e enviada através do motorista do Centro Hospitalar.

No caso de NE, o AT entra na lista comum e elabora-a automaticamente. A maior parte dos medicamentos e produtos farmacêuticos encontram-se no Catálogo do Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde (IGIF). Quando se trata de encomendas de estupefacientes, psicotrópicos e benzodiazepinas, o original da NE segue via correio, juntamente com o Anexo VII (da Portaria nº 981/98).

Em casos excepcionais, pode surgir a necessidade de adquirir produtos que não são comercializados em Portugal, isto é, que não possuem Autorização de Introdução no Mercado (AIM). Neste caso, faz-se um pedido de Autorização de Utilização Especial (AUE), que só pode ser concedida a instituições de saúde com autorização de aquisição direta de medicamentos. O pedido de AUE é apresentado à Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde (INFARMED) que, posteriormente emite uma decisão. Para estes medicamentos, é enviado o original da autorização aquando da primeira aquisição. O suporte documental de todas as aquisições deve ser devidamente arquivado, durante o período exigido pela legislação.

Apesar dos esforços realizados pelos SF, ocasionalmente poderão ocorrer ruturas de *stock*, pelo que, em situações pontuais de emergência, o CHTMAD poderá fazer um pedido de empréstimo a outras instituições hospitalares, ou recorrer a um armazenista ou Farmácia Comunitária.

5.2 Receção de Medicamentos, Produtos Farmacêuticos e Dispositivos Médicos

A receção dos produtos é feita numa zona específica dos SF (Zona de Receção de Encomendas) por um AO e/ou TDT. Aqui conferem-se os produtos recebidos, acompanhados da guia de remessa. As informações constantes na guia de remessa/fatura são comparadas com a nota da encomenda e com o produto rececionado. Confirma-se se o produto recebido

corresponde ao encomendado, se a quantidade do produto está conforme a encomenda e se o produto se encontra nas condições adequadas, nomeadamente o prazo de validade e o estado de conservação das embalagens. Verificam-se também algumas características do produto como dosagem, lote, forma farmacêutica e preço. No caso de se tratar de produtos que exigem uma conservação a 2-8°C, é necessário verificar se estes foram transportados à temperatura adequada.

A receção de citostáticos é efetuada de forma semelhante aos restantes medicamentos, mas estes devem ser transportados em embalagens separadas dos restantes medicamentos e a embalagem/cartonagem deve estar rotulada de Citotóxico e “Biohazard”. Para o transporte dos citotóxicos à Unidade Centralizada de Preparação de Citotóxicos (UCPC), a entrega deve ser feita em malas de plástico com fechos laterais, devidamente identificadas com o rótulo Citotóxico e “Biohazard”.

No caso de a encomenda ser entregue numa embalagem lacrada (estupefacientes, psicotrópicos, benzodiazepinas, ensaios clínicos e hemoderivados) esta será rececionada pelo FH. A conferência de hemoderivados exige ainda a conferência dos boletins de análise e dos certificados de aprovação emitidos pelo INFARMED.

No caso de ser detetada uma não conformidade, esta deverá ser registada e deve ser contactado o fornecedor e notifica-lo da não conformidade existente.

Posteriormente os AT, com as faturas ou guias de remessa, introduzem a informação do produto no programa informático GHAF e depois estas são arquivadas.

5.3 Armazenamento de Medicamentos, Produtos Farmacêuticos e Dispositivos Médicos

O armazenamento de medicamentos, produtos farmacêuticos e dispositivos médicos deve ser feito de modo a garantir as condições necessárias de espaço, luz, temperatura, humidade e segurança dos medicamentos, produtos farmacêuticos e dispositivos médicos.

Os SF dispõem de sistema de climatização. Existe um programa informático “Sirius Stockage Monoposte” que regista ao longo do dia as temperaturas e humidade.

Uma vez ultrapassados estes limites, o alarme do sistema dispara, emitindo um sinal sonoro, para que se proceda à tomada de conhecimento da anomalia e respetiva correção. Quando os SF se encontram encerrados, o alarme dispara na central telefónica, sendo contactado o farmacêutico de prevenção.

O armazenamento dos medicamentos é feito por ordem alfabética do seu princípio ativo, de acordo com as áreas de armazenamento correspondentes.

Os prazos de validade são cuidadosamente analisados, para que o armazenamento cumpra a regra “first expire, first out”. Mensalmente é emitida uma listagem com os produtos cuja validade termina num período de 3 meses. Quando há medicamentos cuja validade está a expirar, são rotulados com uma etiqueta “atenção à validade” e tenta escoar-se para outras Unidades Hospitalares, onde esteja a ser utilizado. Caso o medicamento não seja consumido, deve ser retirado da prateleira e guardado em local reservado para eventual recolha do fornecedor ou incineração.

Armazenamento Geral

O armazenamento é feito em estantes, quer no armazém geral, quer na sala de distribuição. As estantes permitem uma fácil circulação de ar e eficaz limpeza. Existem ainda nas Unidades armários diferenciados, os Kardex[®], que funcionam simultaneamente como armários de armazenamento e de distribuição de medicamentos, fazendo estes a gestão do lote e validade.

São armazenados:

- ☉ Medicamentos injetáveis
- ☉ Formulações orais e tópicas
- ☉ Material de penso
- ☉ Nutrição entérica e parentérica
- ☉ Soluções desinfetantes não inflamáveis

Armazenamento Especial

Os medicamentos que, por força da legislação, têm condições especiais de segurança, são armazenados em salas próprias.

- ☉ Injetáveis de grande volume: estão guardados em armazém próprio
- ☉ Produtos inflamáveis: estão guardados num local individualizado do restante armazém, devidamente identificado com sinalética apropriada e ventilado
- ☉ Gases medicinais: estão separados do restante armazém
- ☉ Estupefacientes e Psicotrópicos: estão guardados à parte, em armários com fechadura de segurança ou em cofre, sendo o acesso limitado aos farmacêuticos
- ☉ Citotóxicos: estão armazenados em local seguro, devidamente sinalizados como “citotóxicos” e acompanhados de um “Kit” de derrame. Os citotóxicos que necessitam de refrigeração encontram-se num frigorífico exclusivo
- ☉ Medicamentos e reagentes que necessitem de refrigeração: estão guardados por ordem alfabética em frigoríficos que se encontram acoplados ao programa informático referido anteriormente “Sirius Stockage”, que faz o controlo e registo da

temperatura. Quando as temperaturas saem do intervalo entre 2°C e 8°C, é acionado o alarme.

- ☉ Medicamentos usados em ambulatório: estão guardados em prateleiras à parte também no Autodrugs[®], para permitir uma fácil dispensa ao utente
- ☉ Medicamentos para ensaios clínicos: encontram-se guardados num armário distinto, juntamente com a documentação necessária à sua dispensa
- ☉ Matérias-primas e recipientes de acondicionamento: encontram-se no laboratório, numa área específica de armazenamento, separada da zona de preparação
- ☉ Concentrados de eletrólitos: estão guardados num local de acesso restrito, separados da restante medicação

5.4 Farmacotecnia

A produção de medicamentos a nível hospitalar é reduzida, visto o grosso da medicação ser adquirida diretamente aos fabricantes. Hoje em dia as manipulações/preparações que ainda se fazem são destinadas a doentes individualizados e específicos (formulações pediátricas), reembalagem de doses unitárias sólidas, preparações assépticas (soluções e diluições de desinfetantes), preparações estéreis individualizadas (citotóxicos).

Apesar da preparação de medicamentos se ter alterado, mantêm-se a exigência de produzir preparações farmacêuticas seguras e eficazes.

Preparações Extemporâneas não Estéreis

As Preparações extemporâneas não estéreis são realizadas num espaço destinado exclusivamente para esse fim, o laboratório. É uma área bem iluminada e ventilada, com temperatura e humidade controlada, com superfícies facilmente laváveis e desinfetáveis, e onde se encontra o material necessário.

No CHTMAD as preparações extemporâneas são efetuadas pelos TDT, no laboratório dos SF, com supervisão dos FH.

Antes de se efetuarem as preparações assépticas, o TDT deve retirar a sua bata de trabalho e todos os acessórios que possam interferir com a realização destes manipulados, lavar e desinfetar as mãos, colocar uma touca, uma máscara cirúrgica, uma bata limpa unicamente usada para a manipulação deste tipo de preparações e umas luvas. Posteriormente, deve certificar-se que a área de trabalho está corretamente limpa e que nela existe apenas o necessário à elaboração desta preparação, colocando sobre a bancada de trabalho todo o material necessário e as devidas matérias-primas com prazos de validade ainda em vigor.

As preparações aqui realizadas incluem: suspensão de IPO, soluções orais para pediatria, papéis farmacêuticos para pediatria, etc.

Todas as preparações efetuadas têm de ser registadas e conter, em cada registo, os seguintes itens:

- ☉ Data de preparação
- ☉ Nome do técnico preparador e a sua assinatura
- ☉ Números dos lotes dos componentes das fórmulas
- ☉ Quantidades dos componentes usados
- ☉ Cálculos considerados importantes
- ☉ Assinatura do técnico que mediu ou pesou cada componente e, neste caso, também a do farmacêutico que verificou a operação
- ☉ Quantidade total preparada
- ☉ Confirmação da embalagem usada
- ☉ Um exemplo do rótulo a usar
- ☉ O número do lote ou outro número de identificação

Os registos ficam arquivados no serviço durante o tempo previsto por lei.

No rótulo consta obrigatoriamente o nome da instituição, o nome e dosagem do princípio ativo, o número do lote dado pelo hospital, data de preparação, prazo de validade e alguns cuidados a ter (“Proteger da luz”; “Uso externo”).

Produtos Estéreis - Citotóxicos

O CHTMAD possui uma UCPC no edifício de oncologia. Esta unidade tem uma zona de preparação de citostáticos (zona limpa), antecedida de uma antecâmara, um armazém para guardar os citotóxicos que necessitam de manipulação prévia e alguma pré-medicação (tomada pelos doentes imediatamente antes de iniciar quimioterapia).

Na zona limpa existe uma câmara de fluxo laminar vertical (CFLV) com pressão negativa (cuja função é evitar a contaminação do utilizador e das preparações), onde se executa a manipulação de citotóxicos, e todo o material de apoio que não é poroso e fácil de limpar para manter as condições de esterilidade. Existe também uma janela de vidro para que se possa manter contato visual com o FH, comunicando quase exclusivamente apenas por gestos com o exterior e, um *transfer* por onde ocorrem as transferências com o exterior.

A manipulação dos citostáticos, que são preparados diariamente, está a cargo da equipa dos TDT. Semanalmente, dois TDT são destacados para esta função, sendo o gestor do processo um FH.

Atualmente verifica-se uma grande preocupação em relação à preparação deste tipo de medicamentos, devido aos riscos operacionais que podem resultar da exposição a que os profissionais de saúde envolvidos estão sujeitos. De forma a minimizá-los é fundamental a existência de condições de trabalho adequadas e regras de conduta que possibilitem uma maior segurança para o operador e minimizem o risco de contaminação da preparação.

O pessoal que prepara os citotóxicos deverá estar equipado com vestuário apropriado. Depois de lavar e secar as mãos, entra para a antecâmara e coloca a proteção nos sapatos. Em seguida veste a bata esterilizada, põe a touca, coloca a máscara e o primeiro par de luvas. Depois de devidamente equipado, o TDT entra na zona limpa e coloca o segundo par de luvas, que é estéril.

Antes de se iniciar qualquer processo, procede-se à limpeza da câmara e de todas as bancadas e superfícies de apoio com gazes embebidas em álcool. A área de trabalho tem por base um pano descartável, impermeável e esterilizado, chamado “Campo”, e é em cima deste que se efetuam as manipulações, sendo mudado diariamente.

Dentro da zona limpa, para além do Técnico que manipula na câmara, encontra-se ainda um outro que tem a função de apoiar o “Técnico Manipulador” propriamente dito.

A preparação de citotóxicos é sempre precedida por uma prescrição médica e validada por um FH. A prescrição é efetuada num modelo próprio que indica a dose de cada citostático, tempo previsto para a perfusão, solvente de diluição a utilizar e respetivo volume, ritmo e via de administração bem como os dados do doente: nome, idade, altura e peso corporal. A entrega das prescrições é efetuada pela equipa de enfermagem na véspera dos tratamentos ou no próprio dia até às 14h. Com estes dados o farmacêutico responsável pela UCPC calcula os volumes necessários de citostáticos e elabora o rótulo de identificação. (Anexo 13)

Após elaboração do rótulo, o FH prepara o tabuleiro com o citostático e todo o material necessário para a sua preparação, e através do *transfer* passa-o para os TDT iniciarem a manipulação. Antes de iniciar a manipulação propriamente dita, o Técnico de apoio faz a verificação dos cálculos efetuados e adiciona outros dispositivos necessários (Ex: seringas, *spikes* e agulhas). Todo o material necessário à manipulação é borrifado com álcool pelo Técnico de apoio, e só depois pode ser inserido na CFLV. (Anexo 14)

O rótulo é “colado” no vidro da câmara e o Técnico responsável pela manipulação procede à preparação, consoante o que indica este rótulo. Após preparação, o Técnico de apoio mostra a preparação através do vidro ao FH, e este verifica se o que está escrito na preparação corresponde ao rótulo. Depois o citotóxico é acondicionado em sacos opacos que o protegem da luz, e identificado com o rótulo que foi utilizado durante a sua manipulação e um outro amarelo a dizer “Citotóxico”. Depois o Técnico envia a preparação para fora através *transfer*.

Quando a preparação se encontra não conforme sem possibilidade de reutilização, é encaminhada para o circuito de resíduos. É preenchida a folha de registo de inutilizações de citostáticos de modo a evidenciar o citostático e o volume a ser inutilizado. Quando os citotóxicos não são utilizados até ao fim são reaproveitados ou incinerados, consoante a oportunidade e condições do seu reaproveitamento. Quando ocorre a interrupção da administração, estes serão sempre incinerados. (Anexo 16)

Quando todas as manipulações estão efetuadas, procede-se à limpeza da câmara e restante espaço da zona limpa, com álcool. Retira-se um par de luvas e coloca-se no contentor Grupo IV. Este é posteriormente fechado de modo a ser conduzido ao circuito de incineração. Os TDT saem da sala limpa e já na antecâmara retiram a máscara, a touca, o segundo par de luvas, a bata e as proteções dos sapatos, e colocam o material noutra contentor Grupo IV. Finalmente saem da antecâmara e procedem à lavagem das mãos.

Em caso de derrame/quebra/contato acidental, devem ser cumpridos os procedimentos protocolados. Se acidentalmente surgir o derrame de citostáticos no solo, é necessário proceder-se à inativação e limpeza. Para isso são necessários cuidados especiais, nomeadamente, roupa protetora e técnicas específicas para agir nesses casos. Em todos os locais onde se manipulam citostáticos, existem *kits* de inativação, contendo todo o material necessário para assinalar, inativar e limpar o derrame. A extravasão de um citostático, durante a perfusão intravenosa pode desencadear, nos tecidos circundantes, fenómenos inflamatórios que podem ir da irritação à necrose tecidular. Em caso de acidente e derrame no manipulador, este deve lavar a zona afetada abundantemente com água, e proceder conforme protocolo (folha de registo). (Anexo 15)

Resta ainda salientar que todos estes procedimentos estão descritos no Manual de Procedimentos de Citostáticos (realizado pelos SF com base em várias bibliografias) presente nos SFH e são rigorosamente seguidos por todos os intervenientes na preparação de Citostáticos.

Reembalagem do Medicamento

A reembalagem e rotulagem de medicamentos sólidos orais é o procedimento que permite aos SF distribuir os medicamentos na dose prescrita, de forma individualizada (na dose em que não necessita de mais manipulações para ser administrada ao doente), permitindo reduzir o tempo da enfermagem dedicado à preparação de medicamentos a administrar, reduzir os riscos de contaminação, os erros de administração e contribuir para uma maior racionalização.

É fundamental que a reembalagem e rotulagem garantam a identificação adequada do medicamento reembalado e rotulado (nome genérico, dose, lote, prazo de validade) e o proteja dos agentes ambientais.

A realização da reembalagem segue procedimentos escritos de modo a assegurar a segurança e qualidade do medicamento. É feita numa máquina semiautomática de reembalagem de formas orais sólidas de medicamentos e garante a identificação do medicamento reembalado, bem como a proteção deste dos agentes ambientais e permite assegurar que o medicamento possa ser utilizado com segurança, rapidez e comodidade.

Sempre que possível, em vez de se reembalar deve-se antes rotular. Os rótulos são feitos pelo TDT no computador e impressos em etiquetas. Cada rótulo tem que conter o nome do princípio ativo, a dosagem, o lote, a validade e o nome do laboratório.

5.5 Distribuição de Medicamentos

A Distribuição de Medicamentos é o denominador comum e a face mais visível da atividade farmacêutica em todos os estabelecimentos hospitalares. Deverão ser implementados, em colaboração com os Serviços Clínicos, políticas e procedimentos conducentes à racionalização da terapêutica. É uma função dos SF que, com metodologia e circuitos próprios, torna disponível o medicamento correto, na quantidade e qualidade certas, para cumprimento da prescrição médica proposta, para cada doente e todos os doentes do hospital.

O processo de distribuição envolve quatro grandes componentes: o doente, a prescrição, a farmácia e a dispensa do medicamento ao doente nas várias modalidades disponíveis, não podendo ser reduzido a estas componentes. Assim passo a explicar pormenorizadamente os sistemas de distribuição de medicamentos no hospital e algumas particularidades, tanto da distribuição como da dispensa de alguns medicamentos.

O Despacho Conjunto dos Gabinetes dos Secretários de Estado Adjunto do Ministro da Saúde e da Saúde, de 30 de dezembro de 1991, publicado no Diário da República n.º 32, 2ª série de 28 de janeiro de 1992, torna em imperativo legal o sistema de Distribuição Individual Diária em Dose Unitária (DIDDU). Sendo que nem sempre este sistema será aplicável, deve então aplicar-se o sistema de distribuição que melhor garanta os objetivos de eficácia e segurança.

Distribuição Clássica/ Reposição de Stock Fixo

Este tipo de distribuição é o mais antigo e que está cada vez mais em desuso, especialmente no que diz respeito aos medicamentos, mas continua a fazer algum sentido para alguns dispositivos médicos, produtos de saúde, dietas e alguns medicamentos. Cada enfermaria tem um *stock* que é controlado pelos enfermeiros, isto é, o enfermeiro sempre que ache necessário, pede à farmácia que lhe reponham o *stock* ou que o aumente. Após a chegada dos pedidos à farmácia estes são preparados pelos TDT, distribuídos pelos AO e acondicionados nas enfermarias pelos enfermeiros.

A distribuição clássica é a forma mais fácil de distribuição, no entanto em termos de controlo e gestão de *stocks* torna-se mais complicada porque está fora do controlo direto por parte da farmácia. A distribuição tradicional tem alguns produtos que a caracterizam, quer pelas suas características de uso, quer pelo volume de embalagem. São exemplos, os antissépticos e desinfetantes, algum material de penso, injetáveis de grande volume, entre outros.

Em dias específicos para cada serviço são enviados para os SF as requisições, feitas pelos Chefes de Enfermagem. Estas chegam à Farmácia informaticamente pelo GHAF. Os TDT imprimem o documento e procedem à sua execução.

Como a sede dos SF e todo o circuito do medicamento se encontra na unidade de Vila Real, chegam até esta as requisições das outras unidades. As unidades de Vila Pouca de Aguiar e do Peso da Régua, não possuem Farmácia pelo que a medicação que sai da unidade de Vila Real já vai pronta a ser utilizada. As requisições destas unidades chegam aos Serviços Farmacêuticos através do GHAF. Relativamente às unidades de Lamego e Chaves, as requisições destas chegam por *e-mail* à Diretora dos Serviços Farmacêuticos de Vila Real ou através da lista comum do GHAF, e esta tem o poder de decidir, consoante o *stock* da Farmácia e a quantidade pretendida pelas unidades, se será feita uma nota de encomenda ou uma transferência.

Distribuição a doentes Internados

Após a avaliação do doente, o médico faz a prescrição que acha adequada e envia para os SF, no caso do CHTMAD a maioria dos serviços têm prescrição *online* pelo que é encaminhada diretamente para a farmácia. Os serviços que não aderiram ainda a este tipo de prescrição enviam em papel ou em formato digital para a farmácia onde depois o farmacêutico responsável insere a prescrição no GHAF. Ao validar a prescrição o farmacêutico avalia o medicamento, a posologia, a dosagem, a frequência, a forma farmacêutica, as interações, as duplicações de medicação e duração do tratamento que é pretendida pelo médico tendo em conta as disponibilidades da farmácia e o perfil do doente. Geralmente as prescrições são feitas já tendo em conta algumas particularidades farmacocinéticas do doente, mas pode acontecer, por exemplo, um doente referenciado como insuficiente renal ao qual é prescrita uma dose inadequada. Neste caso compete à farmácia, sabendo que é um insuficiente renal, informar o médico e confirmar se é mesmo o que pretende.

Sistema de Distribuição Individual Diária em Dose Unitária (DIDDU)

O SDIDDU é um sistema de distribuição individualizado no qual os medicamentos são distribuídos em malas com gavetas de unidose, identificadas com o nome do respetivo doente e número do processo e serviço em que está internado.

O processo do SDIDDU inicia-se com uma prescrição médica, que é depois validada. Após a validação as prescrições são enviadas para serem preparadas as malas unidose, mas nem tudo o que está nas prescrições vai pelo sistema de unidose, alguns produtos (como soros) vão pela distribuição clássica e outros são retirados do Sistema de Distribuição Automática (SDA) Pyxis® (Estupefacientes e Psicotrópicos). A sala de preparação das malas unidose tem armários que contêm a medicação que é prescrita mais frequentemente facilitando o acesso a esta e agilizando o processo de preparação das malas unidose. Nos SF da unidade de Vila Real existem, para além dos tradicionais, dois armários automáticos designados de Kardex®. Estes armários possuem um *software* próprio que permite a interação com o GHAF. Após a validação o farmacêutico envia a prescrição diretamente para o Kardex® e quando for necessário o técnico responsável começa a preparar a mala unidose.

A frequência de envio de malas unidose é diária, leva medicação para 24 horas, exceto à sexta feita que leva medicação de sexta de tarde até segunda à tarde (três dias). A medicação não administrada ao doente por algum motivo é colocada na gaveta respetiva e novamente devolvida à farmácia onde é avaliada, contabilizada e feita a devolução ao *stock* da farmácia para ficar novamente disponível.

A principal vantagem deste sistema é a diminuição de erros de administração, pois na gaveta só vai a medicação do doente e por isso há menos risco de confusão. Como a medicação vai todos os dias consoante as alterações na prescrição, torna-se mais simples relacionar um determinado efeito adverso com um medicamento.

A distribuição unidose é limitada pois não contempla os casos de medicação fora da prescrição em caso de urgência, ou em que o médico ainda não fez a prescrição, daí os serviços necessitarem de uma reserva. Este problema já não se põe com os Pyxis®, porque mesmo que o medicamento não esteja associado ao doente o enfermeiro tem formas de contornar este impedimento e retirá-lo ficando tudo registado. Isto é particularmente importante no caso de medicamentos de receita especial (estupefacientes) num caso de urgência em que não esteja prescrito ou validado pela farmácia.

Sistema de Dispensa Automática Pyxis®

O Pyxis® é um sistema seguro de distribuição de medicamentos e outros produtos em ambiente hospitalar. Verifica-se uma melhoria considerável no processo de gestão de *stocks* pois possibilita o rápido acesso ao inventário dos consumos por doente e por enfermarias. A informação sobre consumos, inventário e necessidade de se proceder à reposição é transmitida eletronicamente criando um processo eficiente e fluido da gestão dos *stocks* de cada Pyxis®. O Pyxis® interage com os sistemas de informação GHAF.

A variedade de SDA Pyxis® possibilita o armazenamento em quantidade e diversidade de uma série de produtos (medicamentos, material de penso) com o estabelecimento de níveis

máximos e mínimos tendo em conta a quantidade que geralmente é gasta por dia. Estes armários possuem ainda sistemas de segurança que lhes permite ter medicamentos controlados como benzodiazepinas e estupefacientes sem haver a necessidade do preenchimento do Anexo X, pela deliberação n.º 292/2005 de 17 de fevereiro do INFARMED.

A utilização destes sistemas tem as seguintes vantagens:

- ☉ Aumenta a disponibilidade do produto
- ☉ Aumenta a segurança do doente
- ☉ Elimina a necessidade de entradas manuais de dados (diminui erro)
- ☉ Suporta o cumprimento de regulamentos
- ☉ Torna o processo de gestão mais eficiente

A grande desvantagem que se pode apontar a estes sistemas é a frequência de reposição de *stocks*. Apesar da grande variedade de produtos que permitem armazenar são menores em tamanho que as estruturas no processo de reposição de *stocks* por níveis clássico o que implica que tenha de haver reposição várias vezes por semana.

A existência do Pyxis® no hospital permite ainda outra forma de distribuição unidose, caso o serviço tenha este tipo de equipamento. Sendo assim pode ficar definido, para alguns serviços, que determinada medicação é sempre retirada do Pyxis®. Ao validar a prescrição na farmácia apenas a medicação que está prescrita ao doente e está no Pyxis® fica disponível para o enfermeiro retirar.

Distribuição Personalizada

A distribuição personalizada geralmente destina-se a um doente em particular cuja medicação não faz parte dos medicamentos habitualmente distribuídos a um determinado serviço.

A distribuição personalizada é feita tanto para doentes internados como para doentes não internados. São exemplos de distribuição individualizada:

- ☉ Medicamentos extra-formulário
- ☉ Hemoderivados
- ☉ Estupefacientes/Psicotrópicos
- ☉ Medicamentos de ensaios clínicos

Distribuição de Medicamentos a doentes em regime de Ambulatório

A distribuição de medicamentos em ambulatório é destinada aos doentes assistidos no CHTMAD, em regime de não internamento, que podem fazer a sua medicação em casa. Em casos especiais e salvaguardados pela lei ou caso o medicamento não esteja disponível nas farmácias da comunidade a farmácia do hospital também pode fornecer medicação. Os

medicamentos que são cedidos exclusivamente a nível hospitalar têm legislação própria. Para além destes medicamentos, o CHTMAD dispensa outra medicação gratuitamente aos seus doentes nomeadamente para utentes da consulta de planeamento familiar, consulta da dor, doentes oncológicos e para cirurgias em ambulatório.

Geralmente todos os medicamentos são cedidos sem qualquer encargo para o doente na farmácia hospitalar, mas a venda de medicamentos nas Farmácias Hospitalares é possível.

A distribuição em ambulatório é feita numa área reservada, que permite o atendimento do doente de forma individualizada. A dispensa de medicamentos é realizada por um FH, tendo por base a prescrição médica. Os medicamentos dispensados vão sempre embalados, se for possível na embalagem de origem ou então em envelopes, devidamente identificados. No ato da dispensa é confirmado o medicamento a dispensar, verificada a embalagem, o rótulo, e o prazo de validade.

De um modo geral os doentes de ambulatório têm planos de tratamento que explicam como e quando tomar a medicação, mas mesmo assim deve ser escrito na embalagem do medicamento o horário da administração. Apesar de tudo é importante dar alguma informação oral essencial ao doente:

- ☉ Nome do medicamento
- ☉ Explicar a terapêutica e a sua importância para o controlo da doença e melhoria dos sintomas
- ☉ Instruções especiais de conservação, preparação e administração
- ☉ Precauções a tomar durante a administração
- ☉ Efeitos secundários comuns

A medicação dispensada é a suficiente até à próxima consulta, não devendo ultrapassar os 60 dias. Por vezes os SF não dispõem de medicação suficiente para dispensar ao doente em ambulatório, sendo assim, pode pedir-se ao doente que volte noutro dia, pode enviar-se a medicação para a unidade hospitalar da sua área de residência ou pode enviar-se a medicação pelo correio.

Todos os medicamentos dispensados são registados informaticamente, permitindo assim obter a história e o perfil farmacoterapêutico dos doentes, de modo a controlar a medicação, detetar interações, duplicação de fármacos e reações adversas.

Medicamentos Sujeitos a Legislação Restritiva

Psicotrópicos e Estupefacientes

A legislação que regula a dispensa deste tipo de medicamentos é essencial visto tratarem-se de produtos que podem ser utilizados de forma ilícita.

Sempre que estas substâncias são necessárias, são pedidos aos serviços farmacêuticos mediante a apresentação de requisição própria. Nestas requisições devem constar de forma inequívoca e legível o nome e o código do serviço, nome do doente, número do processo e número da cama, assinatura do médico prescritor e número mecanográfico, designação genérica do medicamento, forma farmacêutica, dosagem, via de administração e posologia. Devem ser assinadas pelo enfermeiro que administra e pelo farmacêutico responsável pela dispensa indicando também o respetivo número mecanográfico. Cada requisição é apenas para um só tipo de substância. Após a prescrição médica a receita é enviada na farmácia por um FH. Nos serviços com Pyxis[®], não é necessário o impresso porque fica registado quem prescreveu e que administrou.

Hemoderivados

A aquisição de hemoderivados só pode ser feita mediante certificado de libertação do produto que é apresentado pelo INFARMED, e que garante a qualidade destes medicamentos. Cada lote tem um certificado de libertação numerado, que depois é colocado na requisição. Estas medidas visam a rastreabilidade do medicamento se ocorrer algum problema com determinado lote, e saber assim quais os doentes a que foi administrado medicamentos do mesmo lote, para se proceder à ativação de medidas necessárias.

A requisição pelos serviços de um hemoderivado é conforme o modelo próprio. Este modelo tem duas partes, o original e o duplicado. O cabeçalho é preenchido pelo médico onde indica o nome do doente, hemoderivado que requisita, o serviço para o qual é a requisição, a justificação para o tratamento, a duração e a dosagem pretendida. A parte inferior da receita tem a zona a preencher pela farmácia onde indica o que foi enviado, em que quantidades, lotes e certificados do INFARMED, a rececionar o hemoderivado o enfermeiro tem também de assinar para confirmar que o hemoderivado chegou. No duplicado do modelo há ainda uma área a preencher pela enfermagem onde registam as administrações, o duplicado, depois de conferido pela farmácia, é colocado no processo do doente.

Na farmácia, o pedido chega acompanhado do número de colantes igual ao número de frascos a ceder. O farmacêutico confere se o nome do pedido é o mesmo do que o dos colantes. Na folha assinala o número de frascos enviados, o hemoderivado enviado (incluindo concentração e volume), lotes, certificado do INFARMED e assina. O formulário é depois enviado junto com o pedido e o enfermeiro que o receber assina e envia o original novamente para a farmácia para ser arquivado. Todos os frascos devem ir identificados com o colante do doente. Ao preencher o formulário, o farmacêutico deve também preencher uma folha de registo de controlo de cedência de todos os hemoderivados dispensados onde coloca a dosagem, quantidade, lote do hemoderivado e também o doente e serviço a que se destina. (Anexo 17)

Os débitos são efetuados por doente no programa informático GHAF.

Medicamentos Extra-Formulário

O FHNM contém todos os medicamentos que o hospital é obrigado a ter e é um guia de prescrição para os médicos do hospital. O FHNM não é, no entanto, uma limitação à prescrição médica, mas todos os medicamentos extra-formulário prescritos têm de ser sujeitos a uma avaliação cuidada.

No caso dos hospitais do Serviço Nacional de Saúde (SNS) uma avaliação económica pelo INFARMED é sempre necessária, se for negativa o medicamento não pode ser adquirido pelo hospital. Caso a avaliação do INFARMED tenha sido positiva o hospital poderá considerar a aquisição do novo medicamento, no entanto o médico deve justificar a razão pela qual está a prescrever um medicamento extra-formulário. O médico deve explicar porque é que nenhum dos medicamentos do FHNM serve para o tratamento, quais as vantagens do novo e outros motivos ou factos que ache relevante. O pedido segue depois para a Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT).

Citotóxicos

No CHTMAD existem protocolos de quimioterapia definidos o que facilita a prescrição médica e a validação pela UCPC. Os protocolos que chegam à UCPC vêm identificados com o nome e com o número do processo do doente, a medicação, a diluição e o tempo de perfusão, a via de administração, pré-medicação e também o seu peso e altura.

Geralmente a quimioterapia oral como a capecitabina (Xeloda®) é prescrita pelo médico e o doente avia a receita no ambulatório, porque a UCPC não tem capacidade para ter em *stock* agentes de quimioterapia oral. A medicação é fornecida nas quantidades exatas para o período de tempo estipulado pelo médico.

5.6 Informação de Medicamentos

A informação sobre medicamentos é uma atividade tipicamente farmacêutica. O farmacêutico sempre tem proporcionado informação ao doente e conselhos sobre o uso dos medicamentos. O grande número de novos medicamentos, a complexidade da terapêutica, o número elevado de publicações nesta área e a falta de objetividade de algumas, criaram a necessidade de dispor de informação independente para os profissionais de saúde.

Hoje a informação de medicamentos é necessária para a realização de uma terapêutica correta e segura. É fundamental poder oferecer aos profissionais de saúde uma fonte de informação científica sobre os medicamentos.

O Centro e o Serviço de Informação de Medicamentos constituem áreas distintas uma vez que servem diferentes propósitos. Assim, o objetivo do CIM é recolher e fornecer informação

específica sobre medicamentos e outras situações associadas à sua utilização, enquanto o SIM apresenta como objetivos principais o acesso a informação sobre os medicamentos com exatidão, fiabilidade e objetividade no contexto clínico apropriado, num limite de tempo útil para a sua aplicabilidade, bem como a disponibilização de informação fidedigna, atualizada e em tempo útil, que sirva de suporte à tomada de decisão clínica.

Faz parte das funções dos SF responder a dúvidas e questões colocadas por profissionais de outros serviços sobre o medicamento. Para que seja possível dar resposta a todas as questões que são constantemente colocadas, especialmente sobre estabilidade de fármacos, compatibilidade com outros fármacos e/ou com soluções de reconstituição e administração e ainda contra-indicações e interações medicamentosas, é imperativo que o SIM disponha de fontes de informação muito diversas (livros, artigos científicos, pesquisa na Internet).

Todas as questões colocadas e as respostas fornecidas são registadas e arquivadas para consulta futura. (Anexo 18)

5.7 Farmacovigilância e Farmacocinética

São funções da farmácia hospitalar cada vez mais desenvolvidas e fundamentais para uma boa utilização do medicamento. Necessitam de farmacêuticos hospitalares altamente especializados, apoiados por suportes técnicos e informáticos que lhes permitam corresponder às solicitações dos serviços clínicos.

Farmacovigilância

O Sistema Nacional de Farmacovigilância (SNF) foi implementado em 1992. O INFARMED é a entidade responsável pelo acompanhamento, coordenação e aplicação do SNF. Todos os profissionais de saúde, incluindo os FH, integram a estrutura do SNF tendo a obrigação de enviar informação sobre reações adversas que ocorram com o uso de medicamentos.

A introdução de um novo fármaco no mercado implica a realização prévia de uma série de ensaios que fornecem a informação mais relevante sobre o seu perfil farmacológico, tanto terapêutico como tóxico. Todavia certos aspetos da sua atividade farmacológica não são detetados no espaço de tempo no qual decorre o ensaio clínico, nem no limitado número de indivíduos estudados. Para além disto, durante os ensaios clínico, a população alvo nem sempre coincide com aquela na qual o medicamento vai ser aplicado.

No CHTMAD existe um protocolo de notificação voluntária de reações adversas. A participação de reações adversas é da responsabilidade dos profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, farmacêuticos), que depois enviam, em formulário próprio, para as entidades do SNF. As fichas de participação de reações adversas encontram-se arquivadas e disponíveis nos SF.

No CHTMAD, além do arquivamento de todas as fichas de notificação, é feito o registo de erros de medicação. (Anexo 19)

Farmacocinética

A farmacocinética clínica é um ramo da farmácia hospitalar, cujo objetivo primordial é uma correta administração de fármacos resultante da medição de níveis séricos desse fármaco, o que se traduz por um controlo terapêutico individualizado.

A monitorização de concentrações farmacológicas séricas permite à equipa clínica, administrar a dose certa necessária de um determinado fármaco sem o perigo de sobredosagem ou subdosagem, perigo esse que em certas classes de medicamentos se torna de grande relevância, como é o caso de medicamentos de índice terapêutico pequeno ou com variabilidade do comportamento cinético.

Apesar de muito importante, não foi possível durante o estágio hospitalar passar por este ramo.

5.8 Ensaio Clínicos

«Ensaio ou ensaio clínico» está legalmente definido como “qualquer investigação conduzida no ser humano, destinada a descobrir ou verificar os efeitos clínicos, farmacológicos ou os outros efeitos farmacodinâmicos de um ou mais medicamentos experimentais, ou identificar os efeitos indesejáveis de um ou mais medicamentos experimentais, ou a analisar a absorção, a distribuição, o metabolismo e a eliminação de um ou mais medicamentos experimentais, a fim de apurar a respetiva segurança ou eficácia.”

O ensaio clínico só poderá iniciar após autorização expressa do Conselho de Administração. Da responsabilidade dos SF é o armazenamento e a cedência dos medicamentos e dos dispositivos utilizados para a sua administração e o registo e confirmação do armazenamento e da utilização dos mesmos. Nesta apresentação do ensaio, pelo promotor, são mostrados os procedimentos de dispensa da medicação, do registo dessa dispensa e apresentação do material a utilizar. Existem normas de receção, dispensa e registo do medicamento experimental.

5.9 Nutrição assistida

Por nutrição artificial envolve nutrição entérica e parentérica. Para tal utilizam-se suplementos alimentares e bolsas de nutrição artificial.

No CHTMAD as bolsas de nutrição parentérica são adquiridas diretamente aos fornecedores, não necessitando de preparação.

Os suplementos são, igualmente, adquiridos aos fornecedores e dispensados aos diferentes serviços juntamente com as bolsas, quando requisitados, de forma individualizada em unidose.

5.10 Formação Contínua

Num serviço de saúde a aprendizagem é contínua e sobretudo na área do medicamento a evolução é extremamente rápida, com necessidade de formação, manutenção e revalidação de competências constante.

Os serviços farmacêuticos aprovam, no início de cada ano, o plano de formações pois existe um número mínimo de horas de formação a que os farmacêuticos têm de assistir.

Ao longo do ano são também fornecidas formações dentro do hospital pelos diferentes serviços para manutenção e revalidação de competências. A presença constante dos Delegados de Informação Médica constitui, também, uma forte pressão para que os Recursos Humanos dos SF se atualizem.

5.11 Comissões Técnicas

As comissões constituem órgãos de carácter consultivo que funcionam em colaboração com o Conselho de Administração nas áreas da sua competência. Estas comissões são, também regidas, por Regulamento Interno.

Comissão de Farmácia e Terapêutica

Trata-se de uma comissão multidisciplinar que envolve médicos e farmacêuticos e à qual compete:

- ☉ Atuar como órgão consultivo e de ligação entre os serviços de ação médica e os farmacêuticos
- ☉ Elaborar as adendas privativas de aditamento ou de exclusão ao formulário e ao manual de farmácia
- ☉ Velar pelo cumprimento do formulário e suas adendas
- ☉ Pronunciar-se, quando solicitada pelo seu presidente, sobre a correção da terapêutica prescrita aos doentes e sem quebra das normas de deontologia

- ☉ Appreciar com cada serviço os custos da terapêutica que periodicamente lhe são submetidos
- ☉ Elaborar a lista de medicamentos de urgência que devem existir nos serviços de ação médica
- ☉ Pronunciar-se sobre a aquisição de medicamentos que não constem do formulário, ou sobre a introdução de novos produtos farmacêuticos
- ☉ Propor o que tiver por conveniente, dentro das matérias da sua competência e das solicitações que receber

Comissão de Controlo da Infeção Hospitalar

A comissão de controlo de infeção é um órgão de apoio técnico ao qual compete o estudo e análise dos dados relativos à incidência e prevalência da infeção hospitalar do CHTMAD e apresentação de propostas de intervenção nesta matéria, devendo apreciar igualmente os assuntos e matérias que lhe sejam submetidos pelos órgãos de administração, direção e apoio técnico.

A comissão dispõe de um corpo consultivo, do qual um FH.

Comissão de Ética

A Comissão de Ética é um órgão multidisciplinar regido pelo Decreto-lei n.º 97/95, de 10 de maio onde está presente que “às Comissões de Ética cabe zelar pela observância de padrões de ética no exercício das ciências médicas, de forma a proteger e garantir a dignidade e integridade humanas, procedendo à análise e reflexão sobre temas da prática médica que envolvam questões de ética.”

O FH integra a Comissão de ética.

Comissão Técnica para a Certificação de Condições para a Interrupção Voluntária da Gravidez

Pretende estabelecer os procedimentos necessários à garantia da realização da interrupção voluntária da gravidez nas condições em que a lei a permite, e, por outro lado, assegurar a compatibilização entre o exercício do direito de objeção de consciência dos médicos e demais profissionais de saúde e o direito reconhecido à mulher de solicitar a interrupção da gravidez quando se verifique alguma circunstância que exclua a sua ilicitude.

Comissão de Coordenação Oncológica

É uma comissão multidisciplinar composta no máximo por 9 membros devendo contemplar um médico especialista em cirurgia, um oncologista médico, um médico especialista em medicina interna, um médico especialista em radioterapia, um anatomopatologista, um hematologista, um farmacêutico e um enfermeiro.

São competências da comissão de coordenação oncológica:

- 🔗 Organizar as consultas de grupo, multidisciplinares, com o objetivo de analisar e definir a estratégia de diagnóstico e terapêutica relativa a casos clínicos oncológicos, estabelecendo normas para o seu tratamento
- 🔗 Organizar campanhas de prevenção e rastreio do cancro
- 🔗 Aprovar protocolos de atuação diagnóstica e terapêutica dos diversos tipos de doença oncológica
- 🔗 Aprovar protocolos de atuação na prestação de cuidados paliativos e terminais oncológicos
- 🔗 Emitir parecer sobre eventuais protocolos com outras instituições
- 🔗 Promover e coordenar o registo do cancro ao nível do CHTMAD

5.12 Qualidade

Um sistema de Garantia da Qualidade tem como base, a existência de procedimentos padronizados. Os procedimentos devem ser escritos, (escrever o que se faz, fazer o que se escreve), documentados e regularmente revistos e atualizados, para todas as atividades desenvolvidas pelos SF.

Os SF do CHTMAD numa perspetiva de implementação, desenvolvimento e melhoria do seu Sistema de Gestão de Qualidade, adaptado aos requisitos da norma NP EN ISSO 9001:2008 e garantindo o cumprimento dos vários requisitos legais, estabeleceram uma Política da Qualidade que se rege pelos seguintes princípios:

- 🔗 Assegurar um serviço de qualidade, indo ao encontro das expectativas dos utentes e dos serviços clínicos
- 🔗 Melhorar a satisfação dos utentes através de um atendimento rápido e de qualidade, num espaço com condições adequadas e condignas
- 🔗 Promover a melhoria contínua dos procedimentos através:
 - Da tomada de decisões baseadas na análise de indicadores de gestão, tendo em vista a melhoria do desempenho do serviço e da eficácia do SGQ
 - De assegurar um elevado grau de qualificação e motivação dos colaboradores, através da formação contínua e comunicação interna

- Da definição de objetivos enquadrados com esta política que contribuam para a sua concretização

A Política da Qualidade, é revista periodicamente, de modo a manter-se atualizada e adequada à realidade do serviço.

6. Considerações Finais

O período de estágio que realizei nos Serviços Farmacêuticos do CHTMAD, EPE foi uma experiência única e irrepetível, onde me enriqueci imenso quer em termos pessoais, quer em termos dos meus conhecimentos científicos e práticos da profissão farmacêutica. Hoje, reconheço melhor a importância extraordinária do Farmacêutico no contexto hospitalar e devo esta oportunidade de alargar horizontes a todos quantos me permitiram caminhar um pouco mais longe na descoberta do “ser Farmacêutico” na realidade do dia-a-dia profissional.

O natural receio com que iniciei o primeiro dia de estágio, logo deu lugar à certeza de que tinha feito uma boa escolha e que não poderia perder a oportunidade única de experienciar este lado mais desconhecido da nossa profissão. As expectativas iniciais foram completamente conseguidas e superadas.

Os objetivos a que me propus foram cumpridos e desenvolvidos sempre com a pretensão de obter a maior bagagem possível para o meu futuro. Ainda assim, existe muita coisa para aprender no que respeita ao exercício de farmácia hospitalar.

Quero realçar o quanto me sinto motivada e incentivada a abraçar o meu futuro profissional com empenho, dedicação e, principalmente, com responsabilidade.

7. Bibliografia

1. *“Manual da Farmácia Hospitalar”*, Conselho Executivo da Farmácia Hospitalar, Ministério da Saúde, Março de 2005
2. *“Formulário Hospitalar Nacional de Medicamentos”*, consultado em <http://www.infarmed.pt/> (acedido em 17/04/2012)
3. *“Manual de Boas Práticas Farmácia Hospitalar”*, Conselho do Colégio de Especialidade em Farmácia Hospitalar Ordem dos Farmacêuticos
4. *“Sistema Nacional de Farmacovigilância”*, consultado em <http://www.infarmed.pt/> (acedido em 18/04/2012)
5. *“Manual de Procedimentos de Citostáticos”*, Serviços Farmacêuticos Hospitalares CHTMAD, EPE
6. *“Manual da Qualidade”*, Serviços Farmacêuticos Hospitalares CHTMAD, EPE
7. *“Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE”*, consultado em <http://www.ichtmad.min-saude.pt/> (acedido em 16/04/2012)

CAPÍTULO III - Estágio em Farmácia Comunitária: Farmácia da Alameda

1. Introdução

A farmácia comunitária é uma das áreas de maior importância no âmbito do exercício da atividade farmacêutica. O farmacêutico tem uma relação muito próxima com a população, o que lhe vai permitir contribuir para a saúde e bem-estar dos seus utentes. Esta contribuição deve-se, não só pela realização de algumas atividades, mas também pela promoção do uso racional do medicamento. Algumas atividades que podem ser levadas a cabo incluem: ações de rastreio para diabetes, doenças cardiovasculares, prestação de informações sobre medicamentos e dispositivos médico.

Acima de tudo a farmácia é um estabelecimento de saúde, muitas vezes o primeiro a que o utente recorre, e por isso deve estar preparada, tanto a nível profissional como logístico, para responder quando solicitada.

É no estágio que se dá o primeiro contato com a realidade profissional, em que se inicia o estabelecimento da ponte entre o conhecimento teórico adquirido na faculdade e a sua aplicação na realidade da farmácia comunitária.

Este relatório pretende descrever as atividades realizadas na farmácia comunitária.

2. Farmácia da Alameda

Esta farmácia tem atividade há mais de um século. Antigamente, a farmácia estava localizada em plena zona histórica da cidade, na freguesia de S. Pedro, cuja população é envelhecida e dotada de baixos recursos económicos. Devido à falta de espaço, condições de trabalho e principalmente estacionamento para os utentes, a farmácia foi projetada para umas novas instalações na zona nobre da cidade, Alameda Pêro da Covilhã, nº31 r/c.

Desde longa data a farmácia mantém utentes fidelizados que habitam nos bairros próximos do centro da cidade.

3. Organização da Farmácia

3.1 Localização e Horário de Funcionamento da Farmácia da Alameda

A Farmácia da Alameda localiza-se na freguesia de Santa Maria - Covilhã, junto à Faculdade de Ciências da Saúde- Universidade da Beira Interior (FCS-UBI) e ao Centro Hospitalar da Cova da Beira (CHCB). A localização estratégica da farmácia e a facilidade de acessos e estacionamento fazem desta um estabelecimento de saúde centralmente localizado, abrangendo um pouco de todos os escalões etários e de todas as situações fisiopatológicas.

O horário de funcionamento da farmácia é das 9h-20h de segunda a sexta-feira, não encerrando para almoço, e ao sábado das 9h-13h. Quando a farmácia está de serviço permanente, a porta permanece aberta até às 22H, após essa hora, todos os atendimentos são realizados através do postigo de atendimento noturno até às 9h do dia seguinte.

3.2 Espaço Físico da Farmácia

Espaço exterior

A Farmácia da Alameda encontra-se perfeitamente instalada ao nível da rua, facilitando a entrada a todos os doentes e principalmente a deficientes motores. A farmácia está identificada por um letreiro com a inscrição “Farmácia da Alameda” e com a cruz verde luminosa, que no dia de serviço fica intermitente. No exterior existe a identificação de farmácia pertencente ao programa Farmácias Portuguesas da Associação Nacional das Farmácias e o postigo de atendimento noturno e a respetiva campanha. Também do exterior é visível a placa com o nome do Diretor Técnico, sem abreviatura, o horário de funcionamento, a lista semanal das farmácias de serviço na Covilhã e do concelho, o dístico de proibição de fumar e a lista do tipo de serviço farmacêuticos prestados.

Espaço interior

No espaço interior da farmácia consta uma placa com o nome do Diretor Técnico, uma lista com os serviços farmacêuticos prestados e o seu respetivo preço, a informação de existência de livro de reclamações, a informação da existência de câmaras de vigilância de imagem e som, e o dístico de proibição de fumar. Todos os farmacêuticos e seus colaboradores estão devidamente identificados mediante o uso de um cartão contendo o nome e título profissional. São também disponibilizados ao público os descontos concedidos no preço dos medicamentos e o modo de reembolso da comparticipação do Estado no preço dos medicamentos.

A organização e funcionamento da farmácia está orientada e regulamentada através do Decreto-lei n.º 307/2007, de 31 de agosto. A deliberação n.º 2473/2007 de 24 de dezembro estipula quais são as áreas mínimas para uma farmácia e as suas respetivas divisões.

A Farmácia da Alameda possui área de atendimento ao público, área de receção de encomendas, área de armazenamento de medicamentos com robô, gabinete da direção técnica, sala de reuniões, dois gabinetes de atendimento e consulta farmacêutica, laboratório, instalações sanitárias, uma para os utentes e duas para os colaboradores, área da copa e vestiários, com as áreas mínimas exigidas, superando nalgumas.

Área de Atendimento ao público

Local constituído pela sala de espera, adequadamente iluminada e ventilada e com local para as pessoas em espera se sentarem, que dispõe de seis postos de atendimento individualizados. Nesta área estão expostos produtos ao alcance do utente e por de trás do balcão os Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica (MNSRM). Todo o espaço tem um ambiente tranquilo e agradável, odores agradáveis e ruídos controlados.

Área de receção e armazenamento de encomendas

É nesta área que é realizada a gestão de encomendas. Possui um computador, onde é feita a encomenda e a receção e gestão da mesma, um frigorífico e o robô de armazenamento. Esta área também é utilizada para a emissão dos documentos de Faturação e gestão de psicotrópicos.

Laboratório

É composto por um balcão, um lavatório, um exaustor, prateleiras e armários. As matérias-primas encontram-se armazenadas numa prateleira separadas dos outros produtos. Nos armários encontram-se armazenadas as matérias-primas, utilizadas na preparação de manipulados, material para a preparação, embalagem e rotulagem. Todo o material nele contido rege-se pela Deliberação n.º 1500/2004 de 7 de dezembro.

Gabinete de atendimento personalizado ao doente

Na Farmácia da Alameda existem dois gabinetes de atendimento personalizado. Num deles são realizadas as determinações dos parâmetros biológicos. No outro são administradas vacinas não contempladas no Plano Nacional de Vacinação e outros medicamentos injetáveis, medição da pressão arterial e também é usado para os rastreios que ocasionalmente são feitos (rastreamento auditivo).

Todas as zonas da farmácia estão controladas relativamente à temperatura e humidade através de sondas. As sondas funcionam por *wireless* e enviam as temperaturas para uma central, onde esta, tem uma ligação USB que permite descarregar no computador (programa

Criolog®) as temperaturas e humidades. Todas as semanas são retirados os valores de forma a detetar rapidamente qualquer desvio à temperatura e humidade recomendadas. As sondas são calibradas anualmente. As temperaturas do frigorífico e dentro do robô são as que necessitam de maior cuidado, pois são os locais onde estão armazenados a maior parte dos medicamentos. Assim sendo, a temperatura do frigorífico deve ser mantida entre os 6 e os 8°C, já dentro do robô esta deve encontrar-se aproximada da temperatura ambiente, ou seja, abaixo dos 25°C.

Equipamentos gerais e específicos da farmácia

O equipamento deve estar adequado aos produtos preparados e dispensados na farmácia. Dentro dos equipamentos específicos, relativos às atividades específicas da farmácia, estão contemplados: balanças, material de vidro, outro equipamento de laboratório, farmacopeias, formulários e documentação oficial de acordo com a legislação vigente, equipamentos que permitem a monitorização da temperatura e humidade na farmácia, e frigoríficos.

Existem equipamentos que, embora não sejam específicos, são necessários à atividade farmacêutica. São exemplos os computadores, ar condicionado, telefone, entre outros.

Todos estes equipamentos devem ser alvo de calibração anual e devem estar de acordo com a legislação em vigor no que respeita à certificação para atividade económica.

3.3 Sistema Informático

O Sistema Informático da Farmácia da Alameda é o Sifarma 2000®, um programa da Consiste®. Este programa é uma ferramenta importante no atendimento e na gestão da farmácia. Este sistema informático possui muitas mais-valias para a farmácia, nomeadamente:

- ☉ Gestão e receção de encomendas
- ☉ Controlo de prazos de validade
- ☉ Análises estatísticas
- ☉ Inventários
- ☉ Consulta direta do fornecedor
- ☉ Gestão de psicotrópicos
- ☉ Faturação (fecho e emissão de lotes de receitas para as diversas entidades com acordos)
- ☉ Gestão de clientes, possibilitando o acompanhamento farmacoterapêutico
- ☉ Impressão de códigos de barras
- ☉ Consulta de vendas e possibilidade de edição ou anulação
- ☉ Devoluções e quebras de produtos

- Ficha do produto, onde é possível consultar informação científica, informação sobre o fornecedor, localização no armazenamento da farmácia
- Pesquisa de medicamentos por nome comercial, nome genérico ou grupo homogêneo
- Dispensa de produtos quer com receita médica ou sem receita e serviços farmacêuticos
- Fim de dia

Para salvaguardar todas estas funcionalidades, são efetuadas seguranças diárias para evitar a perda de informação em caso de acidente ou avaria.

3.4 Recursos Humanos e suas funções

Qualquer empresa tem como base do sucesso a qualidade e capacidade de trabalho da sua equipa. São também os seus colaboradores que dão a imagem da empresa para o exterior.

Segundo o Decreto-lei n.º 307/2007, de 31 de agosto, as farmácias dispõem de um Diretor Técnico e outro farmacêutico, sendo que os farmacêuticos devem, tendencialmente, constituir a maioria dos trabalhadores da farmácia. Podendo ser coadjuvados por outros colaboradores devidamente habilitados. A Farmácia da Alameda é constituída por um Farmacêutico Diretor Técnico, um segundo Farmacêutico e três Técnicos auxiliares de Farmácia.

Funções do Diretor Técnico

- 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
- Manter os medicamentos e demais produtos 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 previstos neste diploma e na demais legislação reguladora da atividade farmacêutica

Funções dos farmacêuticos

Segundo as Boas Práticas Farmacêuticas para a Farmácia Comunitária (BPF) *“O farmacêutico é o profissional de saúde que após a conclusão do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas se inscreve na Ordem dos Farmacêuticos. É um profissional de saúde de formação avançada na manipulação de medicamentos, no processo de uso dos medicamentos e na avaliação dos seus efeitos.”*

A principal responsabilidade do farmacêutico é a manutenção da saúde e bem-estar dos utentes, promovendo sempre o direito a um tratamento com qualidade, eficácia e segurança. O aconselhamento sobre o uso racional do medicamento e a monitorização dos doentes são responsabilidades assumidas pelo farmacêutico. Devem ainda assegurar a máxima qualidade dos serviços que prestam e têm o dever de respeitar e aderir aos princípios enunciados no seu código de ética.

O farmacêutico deve manter-se informado ao nível científico, ético e legal assumindo um nível de competência adequado à prestação de uma prática eficiente. A formação contínua é uma obrigação profissional e deve incluir a frequência de cursos de formação científica e técnica, simpósios, congressos, encontros profissionais e científicos, sessões clínicas internas da farmácia e ainda a leitura de publicações que contribuam para a sua atualização profissional e reforço das suas competências.

O farmacêutico deve supervisionar, verificar e avaliar as tarefas delegadas no pessoal de apoio, intervindo sempre que necessário. Este deve garantir que o pessoal de apoio possui a formação atualizada para as tarefas que desempenha.

Funções dos farmacêuticos e técnicos de farmácia, na Farmácia da Alameda

- ☉ Atendimento
- ☉ Aconselhamento
- ☉ Gestão de *stock* e validades
- ☉ Receção de encomendas
- ☉ Conceção e envio de encomendas
- ☉ Regularização de devoluções e notas de crédito
- ☉ Gestão de produto
- ☉ Determinação de parâmetros biológicos
- ☉ Faturação
- ☉ Controlo de Temperatura e Humidade

A equipa alia a sabedoria adquirida ao longo de anos a trabalhar na farmácia, como é o caso dos técnicos auxiliares de farmácia que conhecem bem a realidade da comunidade em que se insere a farmácia, ao conhecimento científico e atualizado por parte dos farmacêuticos.

O Diretor Técnico da Farmácia da Alameda possui ainda o título de Especialista em Farmácia Comunitária.

4. Informação e Documentação Científica

Se por um lado há uma evolução de fármacos e patologias, por outro, os utentes têm também cada vez mais acesso a informação sobre saúde. Isto levanta também a questão de que, nem sempre esta possa ser correta e ser necessário recorrer a informação científica para informar o utente de forma clara e confiante. Importa também referir que o farmacêutico não se deve sentir obrigado a saber a resposta a todas as questões colocadas nesse preciso momento, interessa que o farmacêutico tenha a capacidade de explicar ao utente que para melhor satisfazer a sua necessidade, precisa de estudar a questão recorrendo nomeadamente à pesquisa bibliográfica. Assim ao dispor do farmacêutico devem estar fontes de informação sobre medicamentos.

No processo de cedência de medicamentos o farmacêutico deve obrigatoriamente dispor de acesso físico ou eletrónico que contenham informação sobre indicações, contraindicações, interações, posologia e precauções com a utilização com medicamento. Segundo o Decreto-lei n.º 307/2007 de 31 de agosto, as farmácias têm nas suas instalações obrigatoriamente:

- ☉ Farmacopeia Portuguesa, em edição de papel, em formato eletrónico ou *online*, a partir da Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde (INFARMED)
- ☉ De outros documentos indicados pelo INFARMED
 - ◆ Formulário Galénico Português
 - ◆ Regimento Geral de Preços e Manipulações. Disposições Gerais
 - ◆ Código de Ética da Ordem dos Farmacêuticos
 - ◆ Estatutos da Ordem dos Farmacêuticos

Fontes consideradas pelas BPF de acesso obrigatório são:

- ☉ Prontuário Terapêutico (PT)
- ☉ Resumo das Características dos Medicamentos (RCM)

A Farmácia da Alameda, além das publicações obrigatórias, possui ainda outras bibliografias:

- ☉ Índice Nacional Terapêutico
- ☉ Simposium Terapêutico
- ☉ Publicações periódicas (Farmácia Distribuição, Boletim de Farmacovigilância)

🔍 Outras de carácter mais específico

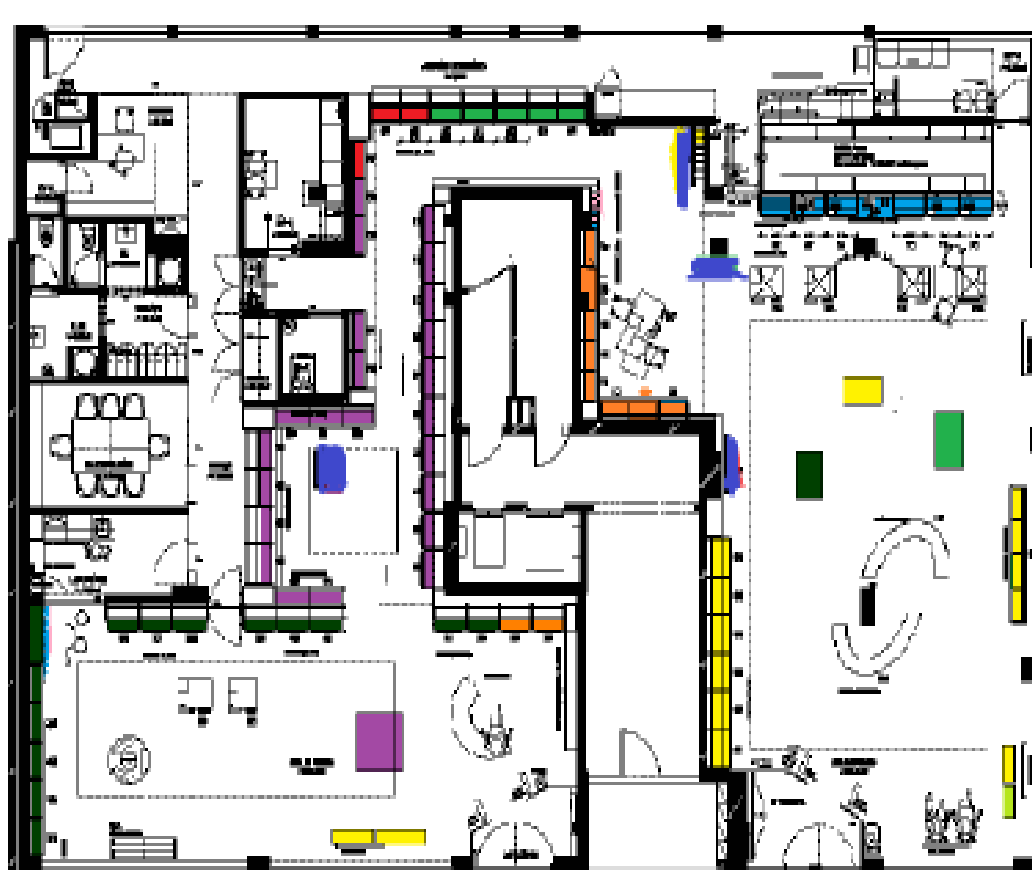
Para além da informação científica disponível na própria farmácia existem em Portugal Centros de Informação de Medicamentos (CIM) que são um serviço destinado a proporcionar informação objetiva, independente e em tempo útil, sobre medicamentos, dispositivos médicos e outros produtos farmacêuticos, mediante seleção, análise e avaliação das fontes de informação disponíveis, realizada por profissionais especializados.

5. Medicamentos e outros produtos de saúde

No Decreto-lei n.º 176/2006 de 30 de agosto, referente ao estatuto do medicamento, podemos encontrar as definições de medicamento, medicamento genérico, preparado oficial e fórmula magistral.

Tabela 1 - Definição de medicamento, medicamento genérico, fórmula magistral, preparado oficial, psicotrópico e estupefaciente

Medicamento	<i>“toda a substância ou associação de substâncias apresentada como possuindo propriedades curativas ou preventivas de doenças em seres humanos ou dos seus sintomas ou que possa ser utilizada ou administrada no ser humano com vista a estabelecer um diagnóstico médico ou, exercendo uma acção farmacológica, imunológica ou metabólica, a restaurar, corrigir ou modificar funções fisiológicas”</i>
Medicamento genérico	<i>“medicamento com a mesma composição qualitativa e quantitativa em substâncias activas, a mesma forma farmacêutica e cuja bioequivalência com o medicamento de referência haja sido demonstrada por estudos de biodisponibilidade apropriados.”</i>
Fórmula Magistral	<i>“é qualquer medicamento preparado numa farmácia de oficina ou serviço farmacêutico hospitalar, segundo uma receita médica e destinado a um doente determinado.”</i>
Preparado Oficial	<i>“qualquer medicamento preparado segundo as indicações compendiais de uma farmacopeia ou de um formulário oficial, numa farmácia de oficina ou em serviços farmacêuticos hospitalares, destinado a ser dispensado directamente aos doentes assistidos por essa farmácia ou serviço.”</i>
Estupefaciente e Psicotrópico	De acordo com o Prontuário Terapêutico, as substâncias psicotrópicas e estupefacientes exercem a sua ação sobre o SNC, conduzindo a tolerância e dependência física e psíquica. Estas substâncias encontrando-se sujeitos a um controlo especial, no sentido de evitar o seu uso indevido e o seu desvio para o tráfico ilícito. O Decreto-Lei nº 15/93, de 22 janeiro, (artigo 72º) define legalmente a diferença entre psicotrópico e estupefaciente. Assim, consideram-se estupefacientes substâncias ou preparações compreendidas nas tabelas I-A e III e são considerados psicotrópicos substâncias ou preparações compreendidas nas tabelas II-B, II-C e IV do Decreto-lei acima referido.



- Nutrição especial
- Fitoterapia / Suplementos
- MNSRM (OTCs)
- Ortopedia (Mobilidade/Conteção/Calçado/Higiene, etc)
- Dermocosmética / Capilares/ Podologia/Homem
- Puericultura (Dermocosmética/Nutrição/acessórios)
- Veterinária
- Acessórios
- Higiene corporal/ Higiene oral /saúde sexual

Figura 1 - Identificação dos produtos nos lineares na Farmácia da Alameda

6. Aprovisionamento e Armazenamento

6.1 Fornecedores e Critérios de Aquisição

A escolha dos fornecedores na Farmácia da Alameda é da responsabilidade do Diretor Técnico e é feita com base em diversos fatores:

- 🔗 Número de entregas diárias
- 🔗 Rapidez e eficácia nas entregas
- 🔗 Estado de conservação dos produtos
- 🔗 Bonificações
- 🔗 Condições de pagamento
- 🔗 Condições para devolução de produtos
- 🔗 Profissionalismo do fornecedor

A Farmácia da Alameda tem 2 fornecedores: Alliance Healthcare, armazém de Castelo Branco, e a Plural, armazéns da Covilhã e de Coimbra. A Alliance Healthcare faz 2 entregas diárias à farmácia, uma de manhã e outra a meio da tarde, já a Plural faz 4 entregas diárias, uma de manhã, outra antes de almoço, outra depois de almoço e a última ao fim da tarde. Sempre que é solicitado um produto que não existe em stock na farmácia e o doente necessita do mesmo num curto espaço de tempo, são os próprios colaboradores da farmácia que vão diretamente ao armazém da Plural na Covilhã.

Produtos de dermofarmácia e produtos de ortopedia com maior rotação de stock, são normalmente encomendados diretamente ao laboratório em quantidades maiores, sendo apenas encomendados aos distribuidores habituais em caso de rutura de stock.

A gestão de *stock* é um elemento essencial da gestão da farmácia e visa regular o circuito entre os produtos comprados e os produtos vendidos, tendo como finalidade o equilíbrio financeiro da Farmácia e, claro, proporcionar o melhor atendimento e satisfação dos utentes. Com uma correta gestão a farmácia transmite confiança ao utente, que vê o seu pedido satisfeito em tempo útil, e não acumula produtos que não têm rotação e no final acabam por representar uma quebra e conseqüente prejuízo.

Alguns critérios são tidos em conta na aquisição de medicamentos, dispositivos médicos e outros produtos comercializados na farmácia:

- 🔗 Rotação do produto
- 🔗 Localização da farmácia
- 🔗 Características do ambiente socioeconómico da farmácia
- 🔗 Preço (investimento da farmácia)
- 🔗 Condições de conservação e armazenamento
- 🔗 Validade

- Espaço
- Oscilações sazonais, produtos publicitados nos meios de comunicação e produtos novos

6.2 Encomendas

Cada vez que um produto é vendido e o *stock* mínimo é atingido (de acordo com a ficha de produto), o sistema informático insere esse produto numa encomenda provisória para o fornecedor preferencial desse produto (ponto de encomenda). Estas propostas automáticas são posteriormente conferidas, com auxílio do histórico de vendas do produto, de forma a ajustar as mesmas às necessidades. Após conferência, a encomenda diária é enviada para o fornecedor, normalmente, via *modem*.

Quando um utente quer um produto específico e por alguma razão não existe em *stock*, o colaborador da farmácia pode fazer uma consulta rápida pelo telefone para saber a possibilidade de envio do produto na próxima encomenda. Depois é então feita uma encomenda manual, escolhendo o fornecedor, o produto a encomendar e a quantidade, sendo depois enviada da mesma forma que a encomenda diária.

6.3 Receção e Conferência de Encomendas

Sempre que é entregue uma encomenda pelo fornecedor esta vem acompanhada de uma guia de remessa em duplicado. A primeira coisa que quem recebe a encomenda faz é colocar os produtos de frio no frigorífico, caso estes existam.

A receção de encomendas é feita no Sifarma 2000[®], na opção “gestão de entregas”, selecionando-se, posteriormente, qual o fornecedor e o número da encomenda. Verifica-se o estado de conservação das embalagens e procede-se à leitura ótica do código de barras, verificando-se o prazo de validade. Determinados produtos, em função da quantidade adquirida, permitem a oferta de bónus, sendo introduzidos no *stock* da mesma forma.

Na entrada de um produto novo é necessário criar uma ficha de produto nova, onde se introduzem os seus dados, código do produto, *stock* mínimo e máximo, fornecedor, preço de custo, preço de venda, prazo de validade, localização de armazenamento na farmácia. Cada medicamento tem informação científica (nesta podemos encontrar informação sobre a posologia, indicação terapêutica, interações, reações adversas, precauções).

Quando se termina de dar entrada de todos os produtos obtém-se uma lista ordenada alfabeticamente, o que facilita a conferência com a fatura. Os produtos que não têm Preço de Venda a Público (PVP) previamente definido e identificado na embalagem, são marcados

tendo em conta o seu preço de custo e a margem de comercialização aplicada na farmácia, de acordo com a taxa de Imposto sobre o Valor Acrescentado (IVA). É conferida a quantidade rececionada, o preço de venda à farmácia (PVF) e (PVP) de todos os produtos e o preço final da guia de remessa. Se for detetada alguma incoerência é feita uma reclamação para o fornecedor em causa. Todos os produtos encomendados que não cheguem na encomenda são transferidos para outro fornecedor ou caso estejam esgotados são colocados na lista de produtos esgotados que é enviada separadamente das encomendas diárias.

Quanto à receção de matérias-primas para utilização no laboratório, é necessário verificar se estas vêm acompanhadas do respetivo Boletim de Análise, se este corresponde ao lote enviado e se está em conformidade com a Farmacopeia. O Boletim de análise das matérias-primas para a manipulação é arquivado numa pasta, onde estão também os registos de manipulados, e de outras substâncias, devidamente carimbados com a data de receção.

A encomenda de estupefacientes e psicotrópicos compreendidos nas tabelas I, II, III com exceção da II-A, anexas ao Decreto-lei nº. 15/93 de 22 de janeiro, é feita ao fornecedor da mesma forma que qualquer outro medicamento. No ato de entrega, o fornecedor envia uma requisição específica de estupefaciente e psicotrópicos, distinta da restante encomenda, em duplicado. O duplicado, após ser carimbado e assinado pelo Diretor Técnico, é reencaminhado para o fornecedor e o original fica arquivado na farmácia por um período de 3 anos, e nele devem constar o nome da substância ou especialidade farmacêutica, a quantidade, a data do pedido, o número da requisição e o número de registo interno. Quando se termina a introdução da encomenda, o sistema pede automaticamente o número da guia que é conferido, assim fica feito o registo da entrada. Relativamente à receção de estupefacientes e psicotrópicos compreendidos na tabela IV (benzodiazepinas) anexa ao Decreto-lei nº. 15/93 de 22 de Janeiro, a guia de requisição (em duplicado) só é enviada para a farmácia pelo fornecedor de 15 em de 15 dias.

6.4 Armazenamento

A etapa seguinte à receção da encomenda é o armazenamento dos medicamentos e restantes produtos de saúde. Os produtos são armazenados tendo em conta as condições de conservação, tipo de produto e a quantidade. Os primeiros produtos a serem arrumados são os que necessitam de refrigeração e devem ser imediatamente armazenadas no frigorífico.

As especialidades farmacêuticas, e outro produto que assim se justifique, são na Farmácia da Alameda armazenadas no robô, os restantes medicamentos ou produtos de saúde são armazenados em gavetas deslizantes, nos lineares e gôndolas na área de atendimento ao público e também no laboratório. A armazenagem no robô processa-se lendo o código de barras do medicamento, introduzindo a sua validade e depois de colocado no tapete rolante, é o próprio robô que o arruma numa determinada posição que ele próprio determina. A partir

daí é o robô que vai gerir a dispensa do medicamento, isto é, mediante as suas referências, dispensa a unidade de determinado medicamento que tem o prazo de validade menor. Para todos os medicamentos e produtos de saúde o armazenamento e dispensa seguem esta ordem, *First Expired First Out*.

O armazenamento permite o conhecimento das localizações de todos os produtos existentes na farmácia (ficha de produto) e permite que durante o atendimento se encontre o produto de forma mais rápida e eficaz.

6.5 Controlo de Prazos de Validade

O controlo dos prazos de validade é indispensável para evitar, em primeiro lugar, a venda/consumo de produtos cujo prazo de validade expirou e que podem, portanto, não apresentar a qualidade, segurança e eficácia esperadas. Por outro lado, estes produtos representam prejuízo para a gestão da farmácia, o que pode ser minimizado pela devolução atempada dos mesmos.

A listagem para verificação de prazos de validade é tirada mensalmente. São selecionados os produtos cuja validade expira nos 3 meses a seguir, depois, com a listagem, confere-se manualmente os prazos. Os medicamentos armazenados no robô são retirados automaticamente um a um por listagem própria e conferidos. Se o prazo de validade coincidir, procedemos à devolução do produto ao fornecedor. Pode acontecer, que o prazo de validade de um produto ser superior à indicada na lista, tal situação pode dever-se à não atualização da validade quando o *stock* do produto é zero. Nessa altura é corrigida a validade na lista e depois no Sifarma 2000®.

Os produtos que cumprem os requisitos estabelecidos são retirados, colocados de parte e é efetuada uma nota de devolução com as validades a expirar a dois meses para o fornecedor correspondente, e os restantes ficam retidos numa localização à parte para controlo. Se a devolução for aceite, o fornecedor emite uma nota de crédito no valor do preço de fatura, se não, reenvia os produtos para a farmácia. Os produtos para os quais não é emitida nota de crédito, dão novamente entrada e são introduzidos nas quebras para efeitos contabilísticos.

6.6 Devoluções

Além da devolução por prazo de validade próximo de expirar, existem outras razões que levam a uma devolução justificada:

- ☉ Envio de produtos não encomendados
- ☉ Envio de produtos não faturados
- ☉ Produtos com prazo de validade curto

- ❏ Produtos danificados
- ❏ Recolha de produtos por ordem do INFARMED ou do detentor de Autorização de Introdução no Mercado (AIM)

Quando as razões que levam a uma devolução dizem respeito a uma encomenda, antes de ser feita a devolução é feita uma reclamação ao fornecedor, via telefone, e caso seja necessário, é enviada uma cópia da guia de remessa, via *fax*. A gestão de devoluções é feita informaticamente. Preenche-se a nota de devolução que deve conter os seguintes dados: identificação da farmácia, fornecedor ao qual se faz a devolução, número da nota de devolução, motivo da devolução, quantidade e produtos a devolver. São impressas três cópias deste documento, ficando uma na farmácia e as outras duas enviadas para o fornecedor junto dos produtos. Toda a documentação é guardada numa pasta separada por fornecedor e por situações resolvidas e não resolvidas.

Na maioria destas situações o fornecedor aceita a devolução e pode enviar uma nota de crédito ou trocar o produto, dependendo do motivo da devolução. A nota de crédito é conferida pela nota de devolução e o valor creditado é descontado ao valor referido no resumo de faturas posteriores.

7. Interação Farmacêutico-Utente-Medicamento

O Aconselhamento Farmacêutico deve ser um processo interativo e bidirecional de comunicação, em que os utentes são convidados a dar respostas e a solicitar informações adicionais, se assim o desejarem. Tem como objetivo fortalecer as aptidões do utente na condução do seu tratamento, tornando-o capaz de reconhecer a necessidade dos medicamentos para a manutenção de sua saúde e bem-estar. Além disso, fortalece o relacionamento entre o profissional da saúde e o utente, o que cria uma atmosfera de confiança e pode aumentar a adesão ao tratamento.

Na atividade de aconselhamento, os profissionais de saúde devem reconhecer cada utente como ser humano único, com histórias de vida, problemas de saúde, contexto social e necessidades específicas. Não existem normas ou manuais para se estabelecer um aconselhamento farmacêutico efetivo, mas algumas recomendações podem ser dadas para que este processo seja mais produtivo. De acordo com o perfil de cada paciente, itens diferentes podem ser abordados, com maior ou menor ênfase, mas o conteúdo básico a ser focado deve abranger a discussão sobre as patologias apresentadas, o seu tratamento e hábitos saudáveis de vida. Durante o processo, é importante fazer com que o utente reflita sobre os determinantes de sua saúde e das suas doenças e que compreenda a sua participação ativa no processo terapêutico.

Em relação ao tratamento farmacológico, durante o aconselhamento o utente deve receber informações objetivas como dose, duração do tratamento, forma de administração, uso de dispositivos, possíveis reações adversas, entre outras. Deve também receber informações específicas como o porquê da utilização, os benefícios de seu uso e os riscos da não utilização. Para alcançar melhores resultados no aconselhamento ao utente, recomenda-se combinar informação oral e escrita.

O aconselhamento deve criar condições para que se estabeleça uma interação satisfatória em que não sejam apenas oferecidas informações, mas também seja um espaço para que o utente expresse as suas dúvidas, dificuldades e necessidades.

7.1 Farmacovigilância

Segundo as BPF a *“Farmacovigilância é a atividade de saúde pública que tem por objetivo a identificação, quantificação, avaliação e prevenção dos riscos associados ao uso dos medicamentos em comercialização, permitindo o seguimento dos possíveis efeitos adversos dos medicamentos.”*

O farmacêutico, pela sua relação de proximidade e confiança com os utentes, pode desempenhar um papel ativo neste processo, devendo estar atento ao aparecimento de possíveis efeitos adversos. Este tem o dever de comunicar com celeridade as suspeitas de reações adversas de que tenha conhecimento e que possam ter sido causadas pelos medicamentos.

Se for detetada uma reação adversa a medicamentos, esta deverá ser registada através do preenchimento de um formulário a enviar às autoridades de saúde, de acordo com os procedimentos nacionais de farmacovigilância. Na notificação espontânea de RAM o farmacêutico deve obter informação sobre:

- ☉ Descrição da reação adversa, bem como a sua duração, gravidade e evolução
- ☉ Relação dos sinais e sintomas com a toma dos medicamentos
- ☉ Medicamento suspeito, bem como data de início e de suspensão do medicamento, o seu lote, via de administração e indicação terapêutica
- ☉ Outros medicamentos que o doente esteja a tomar

O Sistema Nacional de Farmacovigilância tem como função fazer a recolha sistemática de toda a informação relativa a suspeitas de reações adversas a medicamentos e posterior avaliação científica, tratamento e processamento dessa informação, de modo a implementar medidas de segurança adequadas para minimizar os riscos associados a utilização dos medicamentos. O INFARMED é a entidade responsável pelo seu acompanhamento, coordenação e aplicação. Em cooperação com outros estados membros da União Europeia,

colabora ainda na criação de uma rede informática que visa facilitar o intercâmbio de dados de farmacovigilância de medicamentos introduzidos no mercado comunitário.

7.2 ValorMed

A gestão de resíduos torna-se assim essencial para as sociedades modernas, representando a Valormed, sociedade gestora do Sistema Integrado de Gestão de Resíduos de Embalagens e Medicamentos fora de uso (SIGREM), uma mais-valia para a proteção do meio ambiente.

Durante o atendimento deve haver a sensibilização dos utentes para entregarem os medicamentos que já não usam ou que estão fora do prazo de validade, na farmácia. Os medicamentos entregues por estes na farmácia são colocados dentro de sacos próprios da ValorMed, que depois de fechados são colocados numa caixa de cartão destinada a esse efeito.

Quando se encontra cheia é então pesada, selada e é feito um registo, em ficha própria, do peso, código da farmácia e responsável pela selagem. Depois de recolhidos nas farmácias são então enviados pelo fornecedor para serem tratados.

8. Dispensa de Medicamentos

Segundo as BPF, a cedência de medicamentos é *“o acto profissional em que o farmacêutico, após avaliação da medicação, cede medicamentos ou substâncias medicamentosas aos doentes mediante a prescrição médica ou em regime de automedicação ou indicação farmacêutica, acompanhada de toda a informação indispensável para o correto uso dos medicamentos. 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 doente de possíveis resultados negativos associados à medicação.”*

A cedência de medicamentos deve seguir o seguinte procedimento:

- 1) Receção da prescrição e confirmação da sua validade/autenticidade
- 2) Avaliação farmacoterapêutica da prescrição, indicação/automedicação pelo farmacêutico
- 3) Intervenção para resolver um eventual PRM identificado
- 4) Entrega do medicamento/produto prescrito, indicado ou em automedicação
- 5) Informações clínicas para garantir que o utente recebe e compreende a informação oral e escrita de modo a retirar o máximo benefício do tratamento
- 6) Revisão do processo de uso da medicação
- 7) Oferta de outros serviços farmacêuticos
- 8) Documentação da atividade profissional

8.1 Medicamentos Sujeitos a Receita Médica (MSRM)

Segundo o Estatuto do Medicamento, Artigo 114.º do Decreto-lei n.º 176/2006 de 30 de agosto, estão incluídos no grupo dos Medicamentos Sujeitos a Receita Médica (MSRM):

- 1) Medicamentos que possam constituir um risco para a saúde do doente, direta ou indiretamente, mesmo quando usados para o fim a que se destinam, caso sejam usados sem vigilância médica
- 2) Medicamentos que possam constituir um risco, direto ou indireto, para a saúde, quando sejam utilizados com frequência em quantidades consideráveis para fins diferentes daqueles a que se destinam
- 3) Medicamentos que contenham substâncias, ou preparações à base dessas substâncias, cuja atividade ou reações adversas seja indispensável aprofundar
- 4) Medicamentos que se destinem a ser administrados por via parentérica

Para a dispensa deste tipo de medicamentos é necessário que o utente apresente uma receita médica, que consiste num documento elaborado pelo médico e através do qual este comunica com o farmacêutico.

A Portaria nº 1501/2002 de 12 de dezembro aprova o modelo de receita médica destinado a prescrição de medicamentos incluindo a de medicamentos manipulados. Quando é apresentada uma receita é necessário verificar se obedece aos requisitos legais, nomeadamente o preenchimento de:

- ⦿ Local de prescrição
- ⦿ Identificação do médico prescriptor, com a indicação do nome, especialidade médica, número da cédula profissional e contato telefónico
- ⦿ Nome e número de utente, incluindo a letra correspondente, constantes do cartão de utente do SNS ou número de beneficiário
- ⦿ Indicação da entidade financeira responsável e do regime especial de comparticipação, se aplicável
- ⦿ Designação do medicamento, sendo esta efetuada através da denominação comum internacional (DCI) ou nome genérico para as substâncias ativas em que existam medicamentos genéricos autorizados
- ⦿ Dosagem, forma farmacêutica, número de embalagens, dimensão das embalagens e posologia
- ⦿ Identificação do despacho que estabelece o regime o regime especial de comparticipação de medicamentos, se aplicável
- ⦿ Data da prescrição (validade da receita 30 dias ou no caso de receitas renováveis 6 meses)
- ⦿ Assinatura do médico

Contudo, há alguns parâmetros que mesmo não se verificando, não implicam que a receita não possa ser aviada. É o caso por exemplo de não vir indicado o tamanho da embalagem ou a dosagem, nestes casos a regra é sempre dar sempre a dosagem mais baixa e a embalagem menor.

No caso de preenchimento manual:

- ☉ A vinheta identificativa do médico prescritor
- ☉ Vinheta da unidade prestadora de cuidados de saúde (no caso de consultórios particulares esta vinheta não é obrigatória, bastando o carimbo do mesmo; na ausência desse carimbo, a própria farmácia pode escrever a indicação “particular” ou “consultório” neste local quando for caso disso)

Estão também descritas nesta Portaria algumas regras de prescrição a que o médico tem de obedecer e que o farmacêutico deve verificar:

- ☉ Em cada receita médica só podem ser prescritos até quatro medicamentos distintos, com o limite máximo de quatro embalagens. No entanto, só poderão ser prescritas na mesma receita médica no máximo duas embalagens do mesmo medicamento, com exceção dos medicamentos de dose unitária cujo limite é alargado para as quatro embalagens
- ☉ Se o médico não pretende autorizar o fornecimento de um medicamento genérico, deve colocar uma cruz e assinar no local apropriado da receita. Se isto não se verificar, então poderá ser fornecido um medicamento genérico, sendo neste caso necessário o do utente conhecimento e a assinatura em local apropriado da receita

É também importante referir que não são aceites na farmácia receitas que estejam rasuradas.

Em relação aos regimes especiais, há também algumas regras que devem ser verificadas, nomeadamente:

- ☉ No caso de participações o médico deverá identificar corretamente na receita médica o despacho ou a portaria correspondente

As participações especiais em farmácia em farmácia comunitária dizem respeito a algumas patologias ou tratamentos que são considerados indispensáveis e por isso toda a população deve poder ter acesso. Estas participações encontram-se definidas por despachos e portarias, onde se define a indicação e os medicamentos passíveis de serem participados desta forma. Na dispensa do medicamento, o sistema permite introduzir a portaria ou o despacho correspondente, mas é importante ter em atenção que o médico precisa de escrever a portaria/despacho e que nalguns casos só é válida quando prescrita por um especialista. Alguns exemplos de patologias que têm direito a participações especiais: paramiloidose, lúpus, doença de Alzheimer, artrite reumatóide e espondilite anquilosante, dor oncológica moderada a forte, procriação medicamente assistida, entre muitas outras.

Após verificar que a receita obedece aos requisitos legais, leem-se os códigos dos medicamentos e pedem-se ao robô. Enquanto os medicamentos não chegam o farmacêutico aproveita para explicar a forma como o doente deve manipular e tomar os medicamentos, dialogando com ele de forma a detetar possíveis dúvidas. Muitas vezes este simples contato permite detetar erros de prescrição e posologia. Caso existam dúvidas na interpretação da receita o médico deve ser contactado.

O Sifarma 2000[®] tem a enorme vantagem de possuir uma ficha de cada medicamento com a informação científica, em que constam indicações terapêuticas, dose, posologia, interações, reações adversas e contraindicações. Para além destas informações se o utente possuir acompanhamento no sistema, estão registados os dados fisiopatológicos e o sistema também gera alertas se encontrar duplicação de terapêutica, se o medicamento estiver contraindicado para aquele doente, se interagir com outra terapêutica instituída, entre outros.

Após ter todos os medicamentos no balcão, prontos para serem dispensados, e antes de se iniciar o processamento da receita, são colocadas etiquetas de posologia nas respetivas embalagens. É atribuído o subsistema de saúde e a(s) portaria(s), caso exista(m). O processamento termina com a emissão de fatura e a impressão dos códigos de barras na parte detrás da receita, onde o utente tem de assinar, mesmo que não seja dispensado genérico. As participações são feitas pelo sistema de uma forma automática, desde que o subsistema tenha acordo com a Associação Nacional das Farmácias (ANF). A fatura é carimbada e entregue ao utente. A receita é carimbada, datada e assinada pelo farmacêutico ou colaborador.

A 1 de junho de 2012 entrou em vigor a Portaria n.º 137-A/2012 de 11 de maio, que estabelece o regime jurídico a que obedecem as regras de prescrição de medicamentos, os modelos de receita médica e as condições de dispensa de medicamentos, bem como define as obrigações de informação a prestar aos utentes. A partir dessa data, todas as prescrições devem ser efetuadas por DCI. As novas regras de prescrição aplicam-se a todos os medicamentos de uso humano sujeitos a receita médica, incluindo medicamentos manipulados e medicamentos contendo estupefacientes ou substâncias psicotrópicas, independentemente do seu local de prescrição. No Anexo 20 segue o fluxograma de apoio à dispensa de receituário.

8.2 Venda Suspensa

Por vezes pode acontecer que um doente regular da farmácia, que está a fazer medicação para uma patologia crónica, não possua receita médica e necessite dos medicamentos com urgência. Nesta situação é possível a farmácia dispensar o medicamento, e a venda fica em suspenso à espera que o doente entregue a respetiva prescrição na farmácia após ir ao médico.

Pode ainda acontecer outra situação em que é necessário fazer uma venda suspensa. Quando um doente tem uma receita médica com vários medicamentos e necessita de avia-los, mas um deles está esgotado, o doente leva o medicamento que está disponível. Enquanto aguarda a chegada do mesmo, a venda fica em suspenso. A receita fica arquivada na farmácia com o talão da venda suspensa, até puder ser completamente aviada. É dever do farmacêutico fazer chegar o medicamento ao utente, no menor espaço de tempo possível.

8.3 Medicamentos Sujeitos a Receita Médica Especial

As disposições legais para a prescrição e dispensa deste tipo de medicamentos encontram-se legisladas pelo Decreto-lei n.º 15/93, de 22 de janeiro, com retificação n.º 20/93, e pelo Decreto Regulamentar n.º 61/94, de 12 de outubro. Trata-se de medicamentos classificados como psicotrópicos, estupefacientes, ou que contêm substâncias que, devido à sua ação sobre o SNC, podem conduzir a tolerância e dependência física e psíquica, sendo portanto, necessário evitar o seu uso indevido e o seu desvio para o tráfico ilícito.

A prescrição de medicamentos contendo substâncias estupefacientes ou psicotrópicos é efetuada em receita normal ou informatizada. A prescrição destes medicamentos não pode constar em receita onde sejam prescritos outros medicamentos. Em cada receita podem ser prescritos até 4 medicamentos distintos, não podendo o número total de embalagens prescritas, em caso algum, ultrapassar o limite de duas por medicamento, nem o total de 4 embalagens.

Aquando da dispensa, o sistema informático reconhece o medicamento como estupefaciente ou psicotrópico e obriga a introdução de alguns dados como o nome e morada do doente, nome do médico prescriptor, número da receita médica especial, nome, morada, número e data de emissão do bilhete de identidade do adquirente, e data da dispensa. Caso não seja possível obter os dados referentes ao bilhete de identidade do adquirente, o farmacêutico pode servir-se de outros elementos seguros de identificação, como a carta de condução ou o passaporte, conforme o disposto no Decreto-lei n.º 15/93.

Após o “fim de venda”, no original da receita são impressos os dados já referidos para os outros tipos de receita e os dados do adquirente. São impressos dois talões para serem anexados às duas cópias da receita especial onde constam as informações introduzidas no sistema. Depois de processada a receita, para efeitos de comparticipação o original é enviado a entidade correspondente, um dos duplicados é enviado ao INFARMED (até ao dia 8 do mês seguinte) e o outro duplicado, juntamente com o duplicado da guia de requisição, é arquivado na Farmácia por um prazo de 3 anos e ordenados por data de aviamento.

Através da Deliberação n.º 292/2005 o INFARMED autorizou as farmácias equipadas com um sistema informático que dê resposta a todas as exigências do registo manual de

estupefacientes e psicotrópicos podem requerer a substituição dos livros e registos manuais pelo registo informático. Este é o caso da Farmácia da Alameda, que depois tem de apresentar ao INFARMED, com a periodicidade legal, as listagens impressas a partir desses registos. Os requisitos obrigatórios de entrega ao INFARMED estão indicados na seguinte tabela:

Tabela 2 - Requisitos obrigatórios de entrega no INFARMED

Requisitos de envio obrigatório ao INFARMED				
Estupefacientes e Psicotrópicos	Registo de Entradas	Registo de Saídas	Mapa de Balanço	Duplicado das receitas
Tabelas I, II-B, II-C	Trimestralmente, Até 15 dias após o termo de cada trimestre	Trimestralmente, Até 15 dias após o termo de cada trimestre	Anualmente, Até 31 de Janeiro do ano seguinte	Mensalmente, Até dia 8 do mês seguinte
Sujeitos a receita médica especial				
Tabelas III e IV (incluem as benzodiazepinas)	Anualmente	Não se aplica	Anualmente	Não se aplica
Sujeitos a receita médica normal				

9. Automedicação

De acordo com o Despacho n.º 17690/2007, de 23 de julho, a “*automedicação é a utilização de medicamentos não sujeitos a receita médica (MNSRM) de forma responsável, sempre que se destine ao alívio e tratamento de queixas de saúde passageiras e sem gravidade, com a assistência ou aconselhamento opcional de um profissional de saúde.*”

Segundo as BPF a “*indicação farmacêutica é o acto profissional pelo qual o farmacêutico se responsabiliza pela selecção de um medicamento não sujeito a receita médica e/ou indicação de medidas não farmacológicas, com o objectivo de aliviar ou resolver um problema de saúde considerado como um transtorno menor ou sintoma menor, entendido como problema de saúde de carácter não grave, autolimitante, de curta duração, que não apresente relação com manifestações clínicas de outros problemas de saúde do doente.*”

Quando um utente chega à farmácia e pede um determinado medicamento ou pede “qualquer coisa” para um determinado sintoma ou patologia, o farmacêutico antes de o dispensar deve tentar avaliar o problema do utente de forma a distinguir situações de menor gravidade e autolimitadas de outras mais graves que requerem o encaminhamento ao médico. Para tal deve tentar saber:

- ☉ Qual é o problema
- ☉ Sintomas associados e há quanto tempo persistem
- ☉ Outras patologias e qual a medicação que faz para elas
- ☉ Medidas farmacológicas tomadas para o problema

No caso de patologias menores, deverá ser dado ao utente a informação adequada:

- ☉ Posologia
- ☉ Modo de administração
- ☉ Precauções de utilização
- ☉ Contraindicações
- ☉ Interações
- ☉ Efeitos indesejáveis
- ☉ Reações adversas
- ☉ Duração do tratamento

Caso seja possível devem ser aconselhadas medidas não farmacológicas.

No Despacho n.º 17690/2007, de 23 de julho, está presente a lista das situações passíveis de automedicação. (Anexo 21)

10. Aconselhamento e dispensa de outros produtos de saúde

10.1 Produtos de Cosmética e Higiene Corporal

Estes produtos são regulamentados pelo Decreto-lei n.º 189/2008, de 24 de setembro com alterações introduzidas pelo Decreto-lei n.º 115/2009, de 18 de maio, agora designados de Produtos de Cosmética. Um Produto de Cosmética define-se como *“qualquer substância ou preparação destinada a ser posta em contacto com as diversas partes superficiais do corpo humano, designadamente epiderme, sistemas piloso e capilar, unhas, lábios e órgãos genitais externos, ou com os dentes e as mucosas bucais, com a finalidade de, exclusiva ou principalmente, os limpar, perfumar, modificar o seu aspecto, proteger, manter em bom estado ou de corrigir os odores corporais.”* A regulamentação e supervisão deste tipo de produtos é da responsabilidade do INFARMED.

Apesar destes produtos não serem medicamentos, são muitas vezes prescritos por médicos para o tratamento de várias patologias. No entanto, a maior parte das vezes, os utentes procuram produtos deste tipo sem qualquer prescrição nem mesmo conselho médico. Assim, o farmacêutico deve estar apto a diferenciar entre um problema estético e outro que implique a consulta de um médico. A diversidade de produtos desta natureza tem vindo a aumentar, acompanhando o aumento da procura dos mesmos por parte da população em geral. Na Farmácia da Alameda existe uma área destinada aos Produtos de Cosmética com várias gamas, sendo sempre que necessário prestado um aconselhamento personalizado.

Em relação ao tipo de afeções cutâneas a tratar, existe uma diversidade imensa, havendo linhas que conseguem ter produtos para a generalidade das afeções:

- Pele oleosa com tendência acneica
- Pele atópica
- Pele seca e muito seca
- Pele com rosácea
- Pele madura com perda de elasticidade, firmeza e rugas
- Pele hiperqueratósica

Dentro de cada gama estão disponíveis cremes, emulsões, loções, leites, geles, óleos.

Estão também disponíveis na farmácia:

- Protetores solares corporais e faciais
- Champôs de uso diário
- Champôs e outros produtos complementares para o tratamento da queda capilar
- Maquilhagem e maquilhagem corretiva
- Produtos da linha masculina para barbear
- Produtos de higiene diária, como sabonetes, sabões e geles de banho, desodorizantes
- Produtos biocidas
- Produtos da linha pré mamas
- Produtos da linha bebés

Os produtos biocidas são definidos no Decreto-Lei n.º 121/2002 de 3 de maio como *“substâncias activas e preparações que contenham uma ou mais substâncias activas, apresentadas sob a forma em que são fornecidas ao utilizador, que se destinam, por mecanismos químicos ou biológicos, a destruir, travar o crescimento, tornar inofensivo, evitar ou controlar de qualquer outra forma a acção de um organismo prejudicial...”*. A responsabilidade da avaliação da segurança e fiscalização deste tipo de produtos recai sobre a Direção Geral de Saúde (DGS). Atualmente a farmácia dispõe de diversos produtos que podem ser classificados como biocidas, destinados à desinfeção das mãos e superfícies: soluções alcoólicas, soluções de clorhexidina 0,5%, toalhetes desinfetantes.

10.2 Produtos dietéticos para alimentação especial

O Decreto-lei n.º 285/2000, de 10 de novembro, transpõe as alterações ao Decreto-lei n.º 227/99, de 22 de junho, que define géneros alimentícios destinados a uma alimentação especial *“os produtos alimentares que, devido à sua composição ou a processos especiais de fabrico, se distinguem claramente dos géneros alimentícios de consumo corrente, são*

adequados ao objectivo nutricional pretendido e são comercializados com a indicação de que correspondem a esse objectivo.”

As disposições aplicáveis a cada um dos seguintes grupos de géneros alimentícios destinados a uma alimentação especial são estabelecidas por legislação específica:

- a) Fórmulas para lactentes e fórmulas de transição
- b) Alimentos à base de cereais e alimentos para bebés destinados a lactentes e a crianças de pouca idade
- c) Alimentos destinados a serem utilizados em dietas de restrição calórica para redução do peso
- d) Alimentos dietéticos para fins medicinais específicos
- e) Alimentos adaptados a um esforço muscular intenso, sobretudo para os desportistas

Segundo o Decreto-lei n.º 216/2008, de 11 de novembro, entende-se por «Alimentos dietéticos destinados a fins medicinais específicos» *“uma categoria de géneros alimentícios destinados a uma alimentação especial, sujeitos a processamento ou formulação especial, com vista a satisfazer as necessidades nutricionais de pacientes e para consumo sob supervisão médica, destinando-se à alimentação exclusiva ou parcial de pacientes com capacidade limitada, diminuída ou alterada para ingerir, digerir, absorver, metabolizar ou excretar géneros alimentícios correntes ou alguns dos nutrientes neles contidos ou seus metabólicos, ou cujo estado de saúde determina necessidades nutricionais particulares que não géneros alimentícios destinados a uma alimentação especial ou por uma combinação de ambos.”*

Esta categoria de produtos é regulada pelo Ministério da Agricultura, do Desenvolvimento Rural e das Pescas. Podem ser utilizados em crianças e adultos e são geralmente utilizados com alguma finalidade/indicação.

São destinados preferencialmente a pessoas que sofrem de algum tipo de necessidades nutricionais ou perturbação metabólica, a pessoas que se encontrem em condições fisiológicas especiais e que beneficiem da ingestão controlada de certos nutrientes (grávidas, idosos, desportistas) e lactentes ou crianças de 1a 3 anos de idade em perfeito estado de saúde.

São alguns exemplos de perturbações metabólicas:

- ☉ Diabetes
- ☉ Disfagia
- ☉ Úlceras de pressão
- ☉ Oncologia
- ☉ Necessidades metabólicas

Na farmácia da Alameda existem algumas gamas com uma grande diversidade de produtos dietéticos para alimentação especial.

O despacho n.º 14319/2005, de 29 de junho, definiu os erros congénitos do metabolismo e estabeleceu os produtos dietéticos que, com carácter terapêutico, são indicados para satisfazer as necessidades nutricionais destes doentes. Os produtos dietéticos constam de uma lista disponível no *site* da Direção Geral de Saúde (DGS) que é atualizada anualmente ou sempre que necessário. Os produtos mencionados nessa lista são comparticipados a 100% pelas farmácias, desde que sejam prescritos por determinadas entidades prescriptoras, que estão referidas no Despacho n.º 25822/2005, de 15 de dezembro.

10.3 Produtos dietéticos infantis

O leite materno é o melhor alimento ideal para um recém-nascido porque lhe fornece todos os nutrientes necessários e evolui de modo a acompanhar o seu desenvolvimento.

- ☉ 1.º ao 5.º dia: o colostro, que é extremamente nutritivo e de fácil digestão, ajuda os recém-nascidos a manter o peso à nascença.
- ☉ 6.º ao 14.º dia: um leite menos espesso rico em açúcares e gorduras específicas, que abre o caminho para uma amamentação adequada.
- ☉ Por volta do 15.º dia: o leite materno amadurecido começa a fornecer todos os elementos necessários para um crescimento harmonioso e rápido.
- ☉ O leite também muda no decorrer de uma única mamada: é mais ligeiro no início e vai-se tornando nutricionalmente mais rico, de modo a maximizar a saciedade.

É importante que a mãe siga uma alimentação saudável para a preparação e a continuidade da amamentação. A Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda o aleitamento materno em exclusivo durante os primeiros 6 meses de idade bem como o seu prolongamento pelo maior período de tempo possível.

Salvo por indicação médica, não deverá ser introduzida uma fórmula para lactentes porque pode ter efeitos negativos para a amamentação. Uma vez iniciado o aleitamento por biberão é muito difícil voltar à amamentação. Quando o uso de um substituto de leite materno é aconselhado pelo médico, é importante que a prescrição médica seja seguida. Cabe ao farmacêutico o aconselhamento adequado quanto à reconstituição, preparação, conservação e utilização dos leites infantis.

Tabela 3 - Esquema habitual de alimentação infantil

0 Meses	Amamentação
4 Meses	Alimentos em puré (como a maçã e a pêra) e papas de cereais sem glúten
6 Meses	Introduzir a primeira carne Introduzir a papa de cereais com glúten
8 Meses	Introduzir o peixe
+ 12 Meses	Introduzir novas frutas, novas leguminosas, vegetais crus, salada

Leites

Os leites para lactentes são classificados por etapas, 0 - 6 meses, 6 - 12 meses e mais de 12 meses. Para além desta classificação podemos ainda dividir os leites quanto à sua indicação, os de uso geral e os especiais. Os leites são feitos a partir de leite de vaca, mas são modificados para melhorar o conteúdo nutricional e digestibilidade. Os leites de uso geral também podem ter formulações adaptadas a algumas situações como na obstipação e cólicas.

Tabela 4 - Leites de uso geral usados em algumas situações

Leites	Indicações	Características
AC: anticólicas	Cólicas	Proteínas parcialmente hidrolisadas e baixo teor em lactose
AO: anti obstipante	Obstipação	Formulação rica em pré-bióticos
AR: anti regurgitante	Sintomas de regurgitação	Contém agentes espessantes
HÁ: hipoalergénico	História de alergias	Proteínas parcialmente hidrolisadas

Os leites especiais destinam-se a situações mais específicas como por exemplo diarreia, baixo peso à nascença, intolerância à lactose ou alergia às proteínas do leite de vaca.

Tabela 5 - Tipos de formulações especiais para lactentes

Fórmulas	
Fórmulas Isentas de lactose	Têm a mesma fonte de proteínas de que as formulações <i>standard</i> mas a lactose é removida e substituída por outro carboidrato. Estas formulações podem ser uma boa escolha para bebés considerados intolerantes à lactose. Também podem ser úteis em bebés com cólicas.
Fórmulas à base de proteínas de soja	Formulações com proteínas provenientes de soja. São úteis para bebés com alergia ao leite de vaca e com intolerância à lactose. Podem ser usadas em bebés com diarreias, vômitos, cólicas ou regimes vegetarianos.
Fórmulas extensamente hidrolisadas	Todas as proteínas são hidrolisadas para diminuir a probabilidade de alergias alimentares.

Farinhas

As farinhas destinam-se a bebés com mais de 4 meses, podem ser para colocar no biberão ou para fazer papa utilizando leite ou água. As primeiras papas dadas ao bebé não têm glúten por poderem causar-lhes problemas gastrointestinais. As farinhas com glúten destinam-se a crianças a partir dos 6 meses.

Boiões

Estão também disponíveis boiões preparados para dar ao bebé, de diversas variedades, fruta, legumes, arroz de vitela, etc. Papinhas líquidas, infusões e bolachas são outros produtos destinados a alimentação infantil.

10.4 Fitoterapia e suplementos nutricionais (nutracêuticos)

A fitoterapia caracteriza-se pela utilização de plantas com atividade e que pode ser útil no tratamento de algumas condições. Muitos utentes são atraídos para esta opção por se tratar de produtos naturais. Existe a ideia generalizada de que os produtos naturais não apresentam qualquer contraindicação, interação ou efeito adverso. Resta ao Farmacêutico desmistificar esta ideia, sendo necessário uma análise atenta das situações com que se depara para fazer o aconselhamento mais adequado, alertando que muitos destes compostos podem alterar por exemplo o efeito de terapêutica que o utente esteja a fazer.

Os suplementos nutricionais são uma área em crescimento. Numa sociedade cada vez mais preocupada com a saúde e bem-estar, estes surgem para atenuar e prevenir os desequilíbrios causados pelo *stress*, fadiga, má alimentação ou outras agressões. Existem numerosos produtos e marcas, e a sua qualidade nem sempre pode ser verificada. Muitos destes produtos alegam serem completamente naturais e por isso inofensivos, o que pode levar a um uso inadequado pelo utente.

A maioria dos suplementos é constituída por extratos de plantas ou por associação de várias vitaminas ou nutrientes. Alguns deles fornecem vitaminas e minerais, outros são mais ricos em antioxidantes específicos, com estimulantes ou ácidos gordos. No caso dos multivitamínicos, se um utente tiver um regime alimentar saudável a sua toma não é necessária, salvo casos como por exemplo a gravidez, onde as necessidades de várias vitaminas aumentam consideravelmente.

O seu uso é variado, salientando-se a procura para tratamentos de emagrecimento, problemas circulatórios, problemas gastrointestinais, cansaço físico e psicológico, ansiedade, insónia, prevenir inflamações e infeções. O farmacêutico tem neste campo a oportunidade de explicar que devidamente utilizados podem ser uma boa alternativa terapêutica. Deve fazer o melhor aconselhamento possível e direcionado às características de cada doente sem nunca esquecer as situações patológicas de cada doente.

A Farmácia da Alameda possui uma gama alargada de plantas medicinais e de medicamentos à base destas, bem como de suplementos nutricionais.

10.5 Medicamentos de Uso Veterinário

De acordo com o Decreto-Lei nº 148/2008, de 29 de julho, *“Medicamento veterinário é toda a substância, ou associação de substâncias, apresentada como possuindo propriedades curativas ou preventivas de doenças em animais ou dos seus sintomas, ou que possa ser utilizada ou administrada no animal com vista a estabelecer um diagnóstico médico-veterinário ou,*

exercendo uma ação farmacológica, imunológica ou metabólica, a restaurar, corrigir ou modificar funções fisiológicas”

Atualmente os medicamentos e produtos veterinários estão sob a alçada da Direção Geral de Veterinária (DGV). Este tipo de medicamentos não é alvo de comparticipação, embora muitas vezes impliquem a existência de prescrição médico-veterinária, como no caso dos antibióticos, por exemplo. É de realçar que muitas vezes são prescritos medicamentos de uso humano para utilização em animais, não havendo também qualquer tipo de comparticipação nesta situação.

Este tipo de medicamentos é identificado com a inscrição “uso veterinário” a verde, e estão armazenados na farmácia, numa estante especial, estando, portanto, fisicamente separados dos outros medicamentos.

A farmácia dispõe de uma variedade considerável de medicamentos e produtos de uso veterinário. Podemos encontrar na farmácia medicamentos dos seguintes grupos:

- Contraceptivos (Piludog®)
- Desparasitantes (Drontal®, Advantix®)
- Antibióticos (Terramicina®)

Na farmácia também podemos encontrar produtos para o bem-estar e higiene dos animais como suplementos alimentares, leite, champôs, soluções de limpeza, repelentes etc. A intervenção do farmacêutico neste caso é mais visível a nível da desparasitação do animal, ao farmacêutico cabe nestes casos aconselhar a forma de o fazer e como proceder. Na Farmácia da Alameda a maior parte de medicamentos de uso veterinário solicitados são para animais de companhia, visto a farmácia localizar-se na cidade.

10.6 Dispositivos Médicos

Segundo o Decreto-lei n.º 145/2009, de 17 de junho, *“Dispositivo médico é qualquer instrumento, aparelho, equipamento, software, material ou artigo utilizado isoladamente ou em combinação, incluindo o software destinado pelo seu fabricante a ser utilizado especificamente para fins de diagnóstico ou terapêuticos e que seja necessário para o bom funcionamento do dispositivo médico, cujo principal efeito pretendido no corpo humano não seja alcançado por meios farmacológicos, imunológicos ou metabólicos, embora a sua função possa ser apoiada por esses meios, destinado pelo fabricante a ser utilizado em seres humanos para fins de: diagnóstico, prevenção, controlo, tratamento ou atenuação de uma doença; Diagnóstico, controlo, tratamento, atenuação ou compensação de uma lesão ou de uma deficiência; Estudo, substituição ou alteração da anatomia ou de um processo fisiológico; Controlo da concepção;”*

Os Dispositivos Médicos são classificados de acordo com critérios definidos pela Comissão Europeia e transpostos para a legislação portuguesa, o fabricante pode atribuir as seguintes classes de risco:

1. Classe I, dispositivos de baixo risco
2. Classe II a, dispositivos de baixo médio risco
3. Classe II b, dispositivos de alto médio risco
4. Classe III, dispositivos de alto risco

Os critérios como, os potenciais riscos inerentes à utilização do dispositivo e os possíveis incidentes relacionados com as características e/ou funcionamento do dispositivo, bem como a duração do contacto do dispositivo com o corpo humano; a invasibilidade do corpo humano e a anatomia afetada pela uso do dispositivo, permitem classifica-los.

Os Dispositivos Médicos são integrados nestas classes tendo em conta a vulnerabilidade do corpo humano e atendendo aos potenciais riscos decorrentes da conceção técnica e do fabrico. As regras de classificação são baseadas no tempo de contacto entre o Dispositivo Médico e o doente, no grau de invasão e na parte do corpo afetada.

O aconselhamento farmacêutico é muito importante também para este tipo de produtos muito embora eles possam ser adquiridos noutros locais que não a farmácia.

Estão disponíveis na Farmácia da Alameda variados dispositivos médicos destinados aos mais variados fins, são exemplos:

Tabela 6 - Exemplos de Dispositivos Médicos

Dispositivos Médicos Classe I	Colares cervicais, meias de compressão, pulsos, frascos coletores de urina, fraldas, pensos, cadeira de roda, canadianas, luvas, algodão, ligaduras
Dispositivos Médicos Classe II a	Cateteres urinários, seringas com agulhas, lancetas
Dispositivos Médicos Classe II b	Canetas de insulina, preservativos
Dispositivos Médicos Classe III	Preservativos com espermicida, pensos medicamentosos, dispositivos intrauterinos

11. Outros cuidados de Saúde prestados na Farmácia

11.1 Medição da Pressão Arterial

A medição da pressão arterial na Farmácia da Alameda é feita de forma automática, sendo o aparelho calibrado periodicamente. Antes de proceder à medição o utente é aconselhado a descansar um pouco especialmente se tiver vindo a andar, enquanto isso são-lhe colocadas algumas questões. Procuramos saber se tomou alguma coisa que lhe poderá afetar a pressão

arterial (café, chá), se fumou, se toma alguma medicação, se tem algum problema de saúde que poderá refletir-se na medida (doença renal), etc.

Se for a primeira vez que o utente mede a pressão arterial, deve ser feita em ambos os braços, a fim de se selecionar o braço de referência (o que apresentar valor mais elevado). O braço do utente é posicionado na braçadeira de forma a ficar a nível do coração e o utente numa posição confortável, é depois aconselhado a não falar nem fazer movimentos pois isso pode alterar a medição. Inicia-se a medição da pressão. O valor é registado no cartão do utente para que seja possível fazer um seguimento. Os resultados são interpretados, no entanto não podemos esquecer que uma medição é pouco significativa e por isso o utente deve fazer várias medições (de preferência de manhã). Caso o utente apresente valores ligeiramente acima do normal, são-lhe feitas algumas recomendações:

- ☉ Reduzir ingestão de sal
- ☉ Perder algum peso (se em excesso)
- ☉ Praticar algum exercício aeróbio de forma regular (caminhadas)
- ☉ Moderar o consumo de bebidas alcoólicas
- ☉ Deixar de fumar
- ☉ Optar por um regime alimentar mais rico em frutas e vegetais

Tabela 7 - Classificação da pressão arterial no adulto

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

Tratando-se de um diabético a pressão arterial deve manter-se abaixo dos 130/80. Se os valores obtidos foram anormais para o utente, além das recomendações acima referidas aconselha-se o utente a consultar o seu médico pois pode necessitar de outro tipo de acompanhamento.

11.2 Determinação de Parâmetros Bioquímicos

A farmácia possui no Gabinete de Atendimento Personalizado, o equipamento que lhe permite a determinação de parâmetros bioquímicos, o Reflotron® Plus. Este aparelho é calibrado anualmente.

A farmácia tem a capacidade de proceder às seguintes análises:

- Glicémia
- Triglicéridos
- Colesterol total
- LDL
- HDL
- Ácido úrico
- Antígeno Específico da Próstata (PSA)
- Hemoglobina
- Ureia e Creatinina
- Transaminases (GPT e GOT) e G-GT
- Teste de Gravidez

Procedimento geral para a colheita de sangue capilar e análise

1. Colocar luvas e desinfetar a área onde se vai picar com álcool 70°
2. Preparar todo o material necessário na bancada de trabalho
 - a. Tira (colocar no aparelho, preparada para iniciar a análise)
 - b. Capilar
 - c. Pipeta
3. Picar com a lanceta no bordo da polpa do dedo, evitar o indicador e polegar
4. Recolher o sangue com o capilar até à marca
5. Com o auxílio da pipeta colocar o sangue na tira
6. Iniciar a medição e descartar o capilar (demora cerca de 2 minutos)
7. Registrar e interpretar resultado
8. Limpar a área de trabalho com solução alcoólica a 70°
9. Lavar as mãos

Glicémia

O diabético precisa de controlar a sua glicémia regularmente e a disponibilidade de um serviço capaz de lhe dar uma análise de qualidade aproximada às feitas em laboratório é uma mais-valia. Por serem estabelecimentos de saúde muito próximos da população conseguem muitas vezes detetar anomalias nos estádios iniciais e encaminhar o utente para o médico.

O teste é feito recorrendo ao procedimento geral acima referido e os resultados interpretados. Na farmácia geralmente pedimos ao utente que venha em jejum para esta análise, no entanto no dia convém voltar a perguntar, pois corremos o risco de interpretar mal o resultado.

Tabela 8 - Classificação da Glicémia em jejum e pós pradiar no adulto

Glicemia em jejum		Glicemia pós pradiar	
Concentração de glucose (mg/dl)	Classificação	Concentração de glucose (mg/dl)	Classificação
126	Elevado	140	Elevado
110 a 125	Alto		
70 a 109	Normal	<< 140	Normal
<< 70	Baixo		

Antes de interpretar os resultados deve-se falar com o doente para saber qual a sua medicação habitual, hábitos alimentares, história familiar e procurar perceber algumas alterações recentes (aumento da frequência de micções, sede excessiva, fadiga, perda de peso). Nunca podemos analisar um sintoma isoladamente e por isso o contato com o utente é essencial.

Há utentes na farmácia que sendo diabéticos e estando a ser tratados optam por ser seguidos na farmácia, para controlar a sua glicémia e outros parâmetros bioquímicos. Neste caso devemos ter sempre em consideração os objetivos terapêuticos para estes doentes, não só a nível glicémico, mas também a nível da pressão arterial e dos lípidos.

Colesterol

O colesterol é um fator de risco para a doença aterosclerótica. Juntamente com outros fatores como hábitos tabágicos, *stress*, pressão arterial elevada e falta de exercício físico, aumenta o risco de patologia cardiovascular.

Tabela 9 - Valores de Referência para o Colesterol

Colesterol	
Parâmetros	Valores de Referência (mg/dl)
Colesterol total	<< 190
Colesterol HDL	Homens >> 40 Mulheres >> 46
Colesterol LDL	<< 115
Triglicéridos	<< 150

Quando os valores de se encontram elevados são feitas algumas recomendações gerais como ter cuidado com a ingestão de gorduras e praticar exercício de forma regular. Dependendo do resultado o utente pode necessitar de ser encaminhado para o médico.

Colesterol Total e Triglicéridos

O método de medição é em tudo semelhante à determinação da glicémia, variando apenas nas tiras usadas. Os valores devem ser registados no cartão do utente.

Hemoglobina

A realização do teste de hemoglobina permitem rastrear a existência de anemia.

Tabela 10 - Valores de Referência Hemoglobina

Homem	16 ± 2 mg/dl
Mulher	14 ± 2 mg/dl

Ácido úrico

A determinação do ácido úrico ajuda a prevenir complicações como o aparecimento de pedras nos rins, hipertensão, diabetes, aterosclerose e dores nas articulações (gota).

Pessoas com diabetes, hipertensão, obesidade e níveis elevados de gorduras no sangue devem conhecer os seus valores de ácido úrico.

Tabela 11 - Valores de Referência Ácido Úrico

Homem	7,0 mg/dl
Mulher	5,7 mg/dl

Transaminases (GPT e GOP) e G-GT

A realização de testes de função hepática permitem rastrear a existência de danos no fígado e monitorizar a resposta a terapêuticas.

Tabela 12 - Valores de Referência Transaminases e G-GT

	GPT (a 37°C)	GOT (a 37°C)	G-GT (a 37°C)
Homem	< 41 U/L	< 40 U/L	< 66 U/L
Mulher	< 32 U/L	< 33 U/L	< 39 U/L

Creatinina e Ureia

A realização dos testes de função renal (creatinina e ureia) permitem rastrear a existência de danos nos rins.

Especialmente pessoas com hipertensão, diabetes, valores elevados de ácido úrico, cálculos renais e pessoas com infeções frequentes das vias urinárias devem conhecer os seus valores de creatinina e ureia.

Tabela 13 - Valores de Referência Creatinina e Ureia

Creatinina		Ureia	
Homem	< 1,1 mg/dl	< 65 anos	< 50 mg/dl
Mulher	< 0,9 mg/dl	> 65 anos	< 71 mg/dl

11.3 Administração de Vacinas não incluídas no Plano Nacional de Vacinação

A administração de vacinas é feita por um dos dois farmacêuticos existentes na Farmácia da Alameda e feita gratuitamente.

11.4 Acompanhamento de doentes

O acompanhamento farmacoterapêutico é feito com a ajuda do Sifarma 2000[®]. O acompanhamento de utentes permite uma intervenção individualizada, que assegura uma maior segurança na dispensa, melhor conhecimento do utente e aconselhamento diferenciado.

As vantagens do acompanhamento são:

- ☉ Prevenção de interações medicamentosas
- ☉ Alerta para possíveis contraindicações da terapêutica com estados fisiopatológicos do utente
- ☉ Alerta para possível duplicação de terapêutica
- ☉ Registo de parâmetros analíticos obtidos em testes e medições
- ☉ Registo da posologia e duração terapêutica para cada medicamento

Para cada registo novo é necessário que o utente assine uma declaração de consentimento informado.

12. Preparação de medicamentos

Segundo o Decreto-lei n.º 95/2004, de 22 de abril, que regula a prescrição e a preparação de medicamentos manipulados, medicamento manipulado é qualquer fórmula magistral ou preparado oficial, preparado e dispensado sob a responsabilidade de um farmacêutico, tal como foi dito anteriormente.

No passado, a Farmácia Comunitária tinha uma grande atividade no sector de preparação de medicamentos manipulados. Esses tempos em que o farmacêutico preparava, segundo a arte, os produtos que dispensava, perderam expressão nos dias de hoje devido ao forte desenvolvimento da Indústria Farmacêutica.

As prescrições deste tipo de medicamento vem essencialmente de pediatras e dermatologistas, pois existem medicamentos que apenas se justifica preparar em pequena escala e a indústria não dá resposta a esse problema e algumas formulações que apenas têm boas condições de estabilidade por um período curto de tempo.

Segundo o Decreto-lei citado, tanto o médico como o farmacêutico, devem certificar-se da segurança e eficácia de determinada preparação. Para além disto o farmacêutico deve assegurar-se da qualidade da preparação, observando para o efeito as boas práticas a observar na preparação de medicamentos manipulados.

Os medicamentos manipulados obedecem a uma legislação específica e exigem um controlo rigoroso por parte das autoridades de fiscalização no que respeita à conservação de matérias-primas e registo dos mesmos. A Portaria nº 594/2004, de 2 de junho, aprova as Boas Práticas a ter em conta na preparação de medicamentos manipulados em farmácia de oficina e hospitalar.

As matérias-primas estão armazenadas no laboratório em prateleira isolada de outros produtos e tem um controle de prazos de validade idêntico a outros produtos da farmácia como são os medicamentos.

A elaboração do manipulado obedece às Boas Práticas de elaboração de medicamentos manipulados, de acordo com as Farmacopeias em vigor e com o Formulário Galénico Português.

Depois de preparado o medicamento, deve ser registado. Este registo é feito na ficha de manipulado, onde se registam todos os passos e cálculos deste, de acordo com a legislação em vigor. De salientar que todos os anos é atualizado o fator de cálculo para os honorários dos mesmos. Além da ficha de manipulado, também é necessário preencher a ficha de movimentos das matérias-primas. Estes registos são verificados periodicamente pelo farmacêutico substituto e também pelo diretor técnico.

São dados constantes na ficha de preparação de medicamentos manipulados:

- Denominação do medicamento manipulado
- Número de lote atribuído ao medicamento preparado
- Composição do medicamento, indicando as matérias-primas, respetivas quantidades e nº de lote
- Descrição do modo de preparação
- Rubrica e data de quem preparou e de quem supervisionou.

Deve-se proceder a todas as verificações necessárias para assegurar a qualidade final do medicamento manipulado, incluindo características organolépticas.

A rotulagem deve fornecer toda a informação ao doente e deve indicar os seguintes pontos:

- ☉ Nome do doente
- ☉ Fórmula do medicamento manipulado prescrita pelo Médico
- ☉ N° de lote atribuído
- ☉ Prazo de validade
- ☉ Condições de conservação
- ☉ Instruções especiais de utilização
- ☉ Via de administração
- ☉ Posologia
- ☉ Identificação da farmácia
- ☉ Identificação do Diretor Técnico

Segundo a Portaria n.º 769/2004, de 1 de julho, o preço de venda ao público dos medicamentos manipulados é composto por três vertentes distintas: o valor dos honorários (A), o valor das matérias-primas (B) e o valor dos materiais de embalagem (C):

$$P.V.P. \text{ Manipulado} = [(A+B+C) \times 1,3] + IVA$$

- ☉ No que respeita ao cálculo do valor dos honorários, optou-se pela definição de um fator F de valor fixo, que será multiplicado em função das formas farmacêuticas e quantidades preparadas, da complexidade e da exigência técnica e do tempo de preparação dos medicamentos manipulados em causa. Este fator é objeto de atualização anual na proporção do crescimento do índice de preços ao consumidor divulgado pelo Instituto Nacional de Estatística para o ano anterior.
- ☉ Aos valores de aquisição de matérias-primas e materiais de embalagem a utilizar no cálculo, será previamente, deduzido o IVA respetivo. Os valores referentes às matérias-primas são determinados pelo valor da aquisição multiplicado por um dos fatores seguintes, consoante a maior das unidades em que forem utilizadas ou dispensadas.
- ☉ Os valores referentes aos materiais de embalagem são determinados pelo valor da aquisição multiplicado pelo fator 1,2.

As participações nos manipulados apenas se aplicam nas receitas com substâncias ativas não incorporadas em sistemas pré-preparados industrialmente, e/ou seja sempre referida a palavra “manipulado” ou outras siglas como “f.s.a”. A participação atualmente é feita a 30% do preço do manipulado.

Durante o meu estágio foi possível realizar um manipulado. No Anexo 22 está presente a ficha de preparação e a receita.

Além da preparação de medicamentos propriamente ditos, por vezes, é necessário proceder à preparação de suspensões de fármacos existentes apenas na forma de pó, devido à sua instabilidade devem ser preparados apenas aquando da sua utilização. Assim, no ato da dispensa, pode ser necessário proceder a preparação da sua suspensão. Esta função deverá ser realizada pelo farmacêutico ou seus colaboradores de forma a garantir as melhores condições de preparação e higiene. No entanto, caso não sejam preparados na farmácia, o farmacêutico deve certificar-se que o utente compreendeu o modo correto de o fazer. No momento da dispensa devem também ser transmitidas algumas informações, como por exemplo a necessidade de, por se tratar de uma suspensão, agitar bem o frasco antes de cada utilização. É também importante alertar para o prazo curto que estas preparações têm e também para o facto de, para algumas dessas preparações, ser necessário armazenamento no frigorífico. As preparações extemporâneas dizem respeito sobretudo a antibióticos orais.

13. Contabilidade e Gestão

13.1 Legislação Laboral

A gestão de recursos humanos é um ponto-chave no bom funcionamento de uma farmácia. É importante que esta una os colaboradores, apresente condições de trabalho atrativas e ofereça uma realidade de trabalho em equipa.

Cabe ao Diretor Técnico atribuir as funções a cada colaborador da farmácia. A atribuição é baseada na experiência e capacidade de executar as tarefas. A delegação de funções aumenta a motivação e a satisfação da equipa bem como a otimização das atividades realizadas e a qualidade do serviço prestado pela farmácia. É também da responsabilidade do Diretor Técnico fazer a gestão dos horários, folgas, férias e também ao nível da formação dos seus colaboradores.

Atualmente, em relação à regulamentação coletiva de trabalho dos Farmacêuticos, está em vigor o Contrato Coletivo de Trabalho (CCT) publicado no Boletim de Trabalho e Emprego (BTE) n.º 33, de 8 de setembro de 2010. Este documento introduziu algumas alterações em relação ao anterior:

- Categorias profissionais - alteração das designações das categorias profissionais
- Comissão de Serviço - no caso de funções de Diretor Técnico e de Farmacêutico que o substitua nas suas ausências ou impedimentos

- ☉ Duração e organização do tempo de trabalho - nomeadamente:
 - ◆ Horários em regime de adaptabilidade
 - ◆ Horários em regime de banco de horas
 - ◆ Isenção de horário de trabalho
 - ◆ Descanso semanal
- ☉ Subsídio de disponibilidade
- ☉ Tabela de remunerações mínimas e cláusula de expressão pecuniária

Relativamente à regulamentação coletiva de trabalho dos Técnico de Farmácia e dos Técnicos Auxiliares de Farmácia, está em vigor o CCT publicado no BTE a 8 de junho de 2010. Em relação ao anterior foram alterados:

- ☉ Enquadramento profissional - acesso às novas carreiras de Técnico de Farmácia (TF) e Técnico Auxiliar de Farmácia (TAF)
 - ◆ Novas categorias profissionais
 - ◆ Regime de transição entre as categorias de Ajudante de Farmácia e as novas categorias de TF e de TAF
- ☉ Duração e organização do tempo de trabalho - nomeadamente:
 - ◆ Horários em regime de adaptabilidade
 - ◆ Horários em regime de banco de horas
 - ◆ Descanso semanal
- ☉ Tabelas salariais, valores do subsídio de refeição e do subsídio de disponibilidade

13.2 Receituário e Faturação

Conferência de Receituário

O primeiro passo de conferência da receita médica é feito por cada colaborador imediatamente antes e depois do seu aviamento, de modo a detetar alguma irregularidade e poder ser solucionada o mais rápido possível. Na Farmácia da Alameda o processamento do receituário é efetuado ao longo do mês, assim ao fim do dia ou ao início da manhã seguinte as receitas são conferidas duas vezes, por pessoas diferentes. As receitas conferidas são separadas por organismo e agrupadas por lotes. Cada lote é constituído por 30 receitas do mesmo organismo e são atribuídos pelo sistema informático (impresso no verso da receita).

Quando um lote se encontra completo e devidamente conferido, emite-se um Verbete de Identificação através do sistema informático, que depois de carimbado é anexado ao conjunto de receitas do respetivo lote. No verbete estão incluídas várias informações como o número do lote, número de receitas, organismo, importância total do lote, valor pago pelo utente e valor que vai ser pago pela entidade participadora para cada receita.

Tabela 14 - Protocolo de Conferência de receitas médicas na Farmácia da Alameda

Protocolo de Conferência	
Frete	Verso
<ul style="list-style-type: none"> - nº de utente e nome - vinheta do médico - vinheta do hospital ou centro de saúde - assinatura do médico - data (30 dias após prescrição ou 6 meses no caso de receita em triplicado) - telefone do utente 	<ul style="list-style-type: none"> - códigos de barras coincidentes com os pedidos na receita, ou mesma apresentação do medicamento caso a receita não seja informatizada - mesmo nº de unidades do pedido na receita (se inferior verificar se houve erro) - verificar se determinadas portarias são inscritas apenas pelo especialista - assinatura do doente - assinatura do colaborador - carimbo da farmácia - data de aviamento da receita - justificações (carimbadas e rubricadas)

Emissão de Faturas

No último dia de cada mês fecham-se os lotes dos respetivos organismos, incluindo o último lote, mesmo que incompleto. São então emitidos dois documentos, a Relação Resumo dos Lotes e a Fatura Mensal de Medicamentos, que terão que acompanhar os lotes a enviar a Administração Regional de Saúde (ARS).

A Relação Resumo dos Lotes além da identificação da farmácia e da data, deverá conter o tipo de lote e seu número sequencial, o valor total dos PVP, o valor total a pagar pelos utentes e o valor total a pagar pelo SNS para cada lote. A Fatura Mensal de Medicamentos deve incluir também a identificação da farmácia, número e data, bem como o total do número de lotes, total dos PVP, total do encargo dos utentes e total do encargo do SNS. Depois de efetuados todos estes procedimentos, os Lotes são remetidos para diferentes entidades conforme pertençam ao SNS ou a outros organismos.

Tabela 15 - Documentos a entregar ao SNS, ANF e outras Entidades

SNS		
	Relação Resumo de Lotes	Fatura Mensal de Medicamentos
ARS	1 (original)	2 (original e duplicado)
ANF	-	1 (triplicado)
Farmácia	1 (duplicado)	1 (quaduplicado)
ANF e Outros		
ANF	3 (original, duplicado e triplicado)	3 (original, duplicado e triplicado)
Farmácia	1 (quaduplicado)	1 (quaduplicado)

Para a ARS a faturação deve estar pronta até ao dia 5 do mês seguinte, em caixote bem fechado e com a respetiva guia de transporte dos correios. Um exemplar desta via fica na farmácia como comprovativo.

As receitas prescritas no âmbito de outras entidades com acordo com a ANF devem ser remetidas mensalmente pelas farmácias à ANF. Esta funciona também como intermediário entre as farmácias e os respetivos organismos. A ANF fica então responsável pelo envio dos Lotes e Relação Resumo dos mesmos ao organismo respetivo, bem como da Fatura Mensal de Medicamentos da qual deve devolver a farmácia uma cópia devidamente carimbada.

13.3 Documentos Contabilísticos

Tabela 16 - Definições e aplicações dos diferentes documentos contabilísticos

Conceito	Definição	Aplicação
Guia de Remessa	Documento que acompanha a carga, vinda de um fornecedor até à entidade que a requisitou. Apresenta os dados do fornecedor, da farmácia, data e hora de envio, N° da guia, produtos (com código, quantidade encomendada, quantidade enviada, PVP, PVF e IVA), total da guia. Hoje em dia, os fornecedores enviam diariamente guias de remessa e quinzenalmente ou mensalmente enviam a fatura de todos os produtos debitados à farmácia nesse período.	Encomendas (para dar entrada dos produtos recebidos)
Fatura	Documento comercial que justifica a venda de produtos. Tem em detalhe os produtos comprados e enviados pelo fornecedor. Apresenta os dados do fornecedor, da farmácia, data e hora de envio, N° da fatura, produtos (com código, quantidade enviada, PVP, PVF e IVA), total da fatura.	Faturação da farmácia (neste caso, pagamento ao fornecedor)
Recibo	Documento emitido que comprova a transação/pagamento.	Fornecedores emitem um recibo quando a farmácia paga uma fatura. No caso dos utentes, trata-se de uma fatura/recibo, pois a dispensa dos produtos e o seu pagamento são realizados no mesmo ato.
Nota de Devolução	Documento que acompanha produtos devolvidos, com as informações do produto e motivo da devolução. A entidade transportadora também deve ter cópia desta nota, justificativa da movimentação do produto e pronta a ser entregue no caso de uma fiscalização.	Devolução a fornecedores, laboratórios
Nota de crédito	Documento comercial comprovativo de que um vendedor devolve crédito ao comprador. Contém: código, data, dados do vendedor e do comprador, condições de pagamento, produtos com respetivo preço e quantidade, e total do crédito. Pode ainda referir o número de fatura correspondente e justificação da devolução do crédito.	Devolução de crédito de produtos que o comprador não recebeu ou não encomendou (e que foram debitados). Aplica-se também a produtos devolvidos.
Inventário	Contagem e verificação dos produtos em <i>stock</i>	Organização e acertos de <i>stock</i>

Balancete

Quadro recapitulativo onde consta a soma dos débitos e dos créditos de cada transação e respetivos saldos. No final o débito terá de ser igual ao crédito.

Verificar a igualdade dos créditos e dos débitos

13.4 Incidência Fiscal

O Decreto-lei n.º 112/2011, de 29 de novembro estabelece o regime de preços dos medicamentos de uso humano sujeitos a receita médica e dos medicamentos não sujeitos a receita médica comparticipados.

O Imposto sobre o Valor Acrescentado (IVA) é pago todos os meses ou de três em três meses ao longo do ano. Depende do valor das compras e vendas, de cada mês e não do inventário. Existem 2 tipos de IVA numa farmácia:

- ☉ IVA a 6% - Medicamentos e alguns produtos
- ☉ IVA a 23% - todos os outros produtos

O pagador final, o utente, acolhe a despesa do IVA pagando-o à farmácia, que no final de cada trimestre ou ano, faz o balanço do IVA recebido dos utentes e daquele pago aos fornecedores. Realizadas as devidas contas, se o saldo for positivo, a farmácia terá de devolver ao Estado valor de IVA em excesso; se pelo contrário o saldo for negativo, o Estado reembolsará a farmácia no valor de IVA em falta.

O IRS é o imposto de Rendimento de pessoas Singulares. Todos os produtos de 6% de IVA entram para as despesas de IRS, enquanto os produtos a 23% só entram quando acompanhados de receita médica.

O IRC é o Imposto de Rendimento de pessoas Coletivas e é calculado com base no rendimento gerado pela farmácia no ano. No final do ano, se as contribuições (imposto pago) forem superiores às despesas efetuadas, a entidade, neste caso a farmácia, terá a receber a diferença de IRC. Caso contrário, terá de pagar de forma a liquidar a sua dívida para com o Estado.

14. Conclusões

A realização do estágio foi, sem dúvida, um importante e determinante complemento de toda a formação adquirida ao longo dos anos curriculares. A teoria dá lugar à prática e é aqui que se aprende o que é ser Farmacêutico.

O ambiente e os profissionais que me acompanharam contribuíram em muito para que esta experiência tenha corrido da melhor forma, não só pelo apoio científico e logístico mas também pelo apoio a nível pessoal. Nunca antes tinha tido um contato tão alargado com o utente, apesar de já ter estagiado no hospital. A interação na farmácia de oficina é muito mais rica e complicada. É muito difícil avaliar a pessoa que estamos a atender, temos que adequar os nossos conhecimentos de forma a esclarecer o utente da melhor forma sem o deixar confuso ou a sentir que não foi devidamente informado. Com o passar do tempo começamos a conhecer alguns utentes que são habituais na farmácia, e estabelecem-se relações de confiança e respeito.

Só posso concluir dizendo que acho o estágio em farmácia comunitária foi uma parte muito importante para a conclusão do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas, uma vez que esta é uma das áreas de intervenção farmacêutica mais importante.

15. Bibliografia

1. “Boas Práticas Farmacêuticas para a farmácia comunitária”, Conselho Nacional da Qualidade, Ordem dos Farmacêuticos, Revisão nº 3, 2009
2. “*Prontuário Terapêutico 10*”, Ministério da Saúde, INFARMED I.P
3. “*FARMACOPEIA PORTUGUESA VIII*”. Lisboa: INFARMED - Ministério da Saúde, 2005
4. www.nutricia.pt/, acedido a 12 de junho de 2012
5. www.nestle.pt/, acedido a 13 de junho de 2012
6. http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/DISPOSITIVOS_MEDICOS/AQUISICAO_E_UTILIZACAO/DISPOSITIVOS_MEDICOS_FARMACIA, acedido a 14 de junho de 2012
7. <http://contabilista.pt/>, acedido a 10 de abril de 2012
8. www.infarmed.pt/, acedido a 18 de junho de 2012
9. “*O papel do farmacêutico comunitário no aconselhamento ao paciente*”, Boletim Farmacoterapêutica, Ano XIII, números 4 e 5, jul-out, 2008

ANEXO 1

Covilhã, 6 de Fevereiro de 2012

Ex.mo (a) Sr. (a)

A Universidade da Beira Interior, através da pessoa de Tânia Timóteo, aluna finalista de Ciências Farmacêuticas, em colaboração com a Associação Nacional de Farmácias - Dr.^a Anabela Madeira, agradecem a vossa disponibilidade para participar neste estudo de: “Avaliação do Impacto do Ensino da Utilização dos Inaladores no Controlo da Asma através do ACT”.

Para o sucesso deste estudo é fundamental a vossa colaboração, deste modo, e com vista à obtenção de dados fidedignos e extrapoláveis, solicitamos que siga as orientações para a intervenção do Guião enviado em anexo.

Com os melhores cumprimentos,

Tânia Timóteo

ANEXO 2

Guião para a Intervenção Farmacêutica no âmbito do Projeto de Investigação "Avaliação do Impacto do ensino da utilização dos inaladores no controlo da asma"

Fase 1

Etapas da intervenção	Materiais a utilizar
<ul style="list-style-type: none">• Apresentação do projeto ao doente pelo farmacêutico e convite para participar. Preenchimento do Consentimento Informado	<ul style="list-style-type: none">• Consentimento Informado
<ul style="list-style-type: none">• Recolha de dados pessoais do doente e registo da terapêutica para a asma. <p>Nota: O ideal seria o doente trazer o saco com todos os medicamentos que utiliza para a asma</p>	<ul style="list-style-type: none">• Questionário do doente• Folha de Registo da Terapêutica
<ul style="list-style-type: none">• Registo no cartão do doente da terapêutica para a Asma	<ul style="list-style-type: none">• Cartão os "Meus Medicamentos"
<ul style="list-style-type: none">• Avaliação da técnica de inalação para cada dispositivo usado pelo doente e registo da pontuação.	<ul style="list-style-type: none">• Folha "Avaliação da Técnica"
<ul style="list-style-type: none">• Correção dos passos mal executados e entrega de instruções ilustradas da técnica ao doente	<ul style="list-style-type: none">• Instruções ilustradas da técnica
<ul style="list-style-type: none">• Preenchimento do Teste ACT	<ul style="list-style-type: none">• Teste ACT
<ul style="list-style-type: none">• Esclarecimento de dúvidas sobre a terapêutica e reforço da adesão à terapêutica	---

Fase 2 (Um mês ou dois meses após a 1ª intervenção)

Etapas da intervenção	Materiais a utilizar
<ul style="list-style-type: none">• Registo de eventuais alterações à terapêutica para a Asma, em relação a fase 1	<ul style="list-style-type: none">• Folha de Registo da Terapêutica. Utilizar a folha iniciada na fase 1• Cartão os "Meus Medicamentos" entregue ao doente na fase 1
<ul style="list-style-type: none">• Avaliação da técnica de inalação para cada dispositivo usado pelo doente e registo da pontuação.	<ul style="list-style-type: none">• Folha "Avaliação da Técnica"
<ul style="list-style-type: none">• Correção dos passos mal executados e esclarecimento de dúvidas	<ul style="list-style-type: none">• Instruções ilustradas da técnica
<ul style="list-style-type: none">• Preenchimento do Teste ACT	<ul style="list-style-type: none">• Teste ACT
<ul style="list-style-type: none">• Esclarecimento de dúvidas sobre a terapêutica e reforço da adesão à terapêutica	<ul style="list-style-type: none">• Folheto sobre a Asma

Documentos a entregar no final do estudo

Para cada doente integrado no projeto:

- Consentimento Informado
- Questionário do doente
- Folha de registo da terapêutica
- Folha de avaliação da técnica
- 2 Testes ACT (um de cada fase)

É necessário que o farmacêutico coloque o mesmo código do doente em todas as folhas.

ANEXO 3

Declaração de recusa de participação das farmácias no projeto

Diretor Técnico da Farmácia _____, declaro que a farmácia pela qual sou responsável legal recusa participar no projeto " Avaliação do impacto do ensino da utilização dos inaladores no controlo da asma através do ACT".

Razão da recusa de participação no projeto:

ANEXO 4

Declaração de aceitação de participação das farmácias no projeto

Eu, _____, Diretor Técnico da Farmácia _____, declaro que a farmácia pela qual sou responsável legal aceita participar no projeto "Avaliação do impacto do ensino da utilização dos inaladores no controlo da asma através do ACT".

_____, ____ de _____ de 2012

O responsável pela Farmácia

(Diretor Técnico)

ANEXO 5

Registo da recusa de participação no projeto

Razão da recusa de participação no projeto "Avaliação do impacto do ensino da utilização dos inaladores no controlo da asma através do ACT":

Idade do doente: _____

_____, ____ de _____ de 2012

ANEXO 6

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Dados de identificação

Título do Projeto: Avaliação do impacto do ensino da utilização dos inaladores no controlo da asma através do ACT.

Investigador: Tânia Andreia Pereira Timóteo

Responsável: Olga Maria Marques Lourenço

Instituição a que pertence o Investigador Responsável: Universidade da Beira Interior

Telefones para contato: 938593284 ou 914322138

Asma é uma doença inflamatória crónica das vias aéreas, na qual intervêm muitas células, particularmente mastócitos, eosinófilos, e células T. Nos indivíduos suscetíveis, esta inflamação provoca episódios recorrentes de pieira, dispneia, compressão torácica e tosse particularmente à noite e ao levantar. Estes sintomas estão normalmente associados a uma generalizada, mas variável, obstrução do fluxo aéreo, que pode ser parcialmente reversível, espontaneamente ou por tratamento. Esta inflamação é também causa do aumento da resposta ventiladora associada a diferentes estímulos.

O objetivo do estudo é avaliar o impacto do ensino da utilização dos inaladores no controlo da asma numa população de utentes de farmácia comunitária.

O estudo realiza-se em duas fases:

Fase 1

- Preenchimento do questionário do doente
- Registo da terapêutica que está a fazer no momento para a Asma (Cartão os “Meus Medicamentos”)
- Avaliação da técnica de inalação. Registo da pontuação.
- Correção dos passos mal executados e entrega de instruções ilustradas da técnica
- ACT
- Esclarecimento de dúvidas e reforço da adesão à terapêutica

Fase 2 (O doente tem que voltar à farmácia no dia acordado com o farmacêutico)

- Registo de eventuais alterações à terapêutica para a Asma, em relação a fase 1
- Avaliação da técnica de inalação. Registo da pontuação.
- Correção dos passos mal executados
- ACT
- Esclarecimento de dúvidas e reforço da adesão à terapêutica

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

Os dados de carácter pessoal serão mantidos confidenciais.

Eu abaixo assinado, declaro que fui suficientemente esclarecido (a) pelo (a) farmacêutico (a) _____ sobre os procedimentos, a que me vou submeter, ou a que vai ser submetido _____, do qual sou responsável legal.

Declaro também que fui informado (a) de todos os cuidados e orientações que devo seguir a fim de alcançar o melhor resultado.

- Evitar os fatores de agravamento da asma
- Tomar a medicação corretamente
- Usar o inalador tal como o farmacêutico ensinou

Estou ciente que o tratamento não se limita a realizar os testes ACT e os questionários que avaliam a técnica de inalação, sendo que deverei retornar à farmácia nos dias determinados pelo farmacêutico, bem como informá-lo imediatamente sobre possíveis alterações / problemas que porventura possam surgir.

Local e data

Nome e assinatura do doente (ou representante legal)

Documento de Identidade

Testemunha

Testemunha

Nota: Este Termo será preenchido em duas vias: uma ficará arquivada na farmácia responsável e a outra via com o doente.

ANEXO 7

QUESTIONÁRIO

DADOS PESSOAIS DO DOENTE

Idade: _____

Sexo: Feminino Masculino

Local de Residência: _____

Habilitações Académicas (anos de estudo):

1º Ciclo do Ensino Básico

2º Ciclo do Ensino Básico

3º Ciclo do Ensino Básico

Ensino Secundário

Ensino Superior

Limitações Físicas: Não Sim

Se SIM qual? _____

DOENÇA

Há quanto tempo tem ASMA?

6 meses

1 ano

2 anos

Mais de 2 anos

Qual a medicação inalatória usada para o tratamento da asma?

- Corticosteróides
- Agonistas β_2 de ação prolongada
- Anticolinérgico
- Agonista β_2 de ação curta
- Corticosteróide + Broncodilatador

HÁBITOS TABÁGICOS

É fumador?

Sim Quantos Cigarros Fuma por semana? _____

Não

Ex - Fumador Há quanto tempo deixou de fumar? _____

FARMÁCIA

Localização: _____

Código da Farmácia ANF _____ Código Doente _____

ANEXO 8

Cartão “Os Meus Medicamentos”

PERGUNTE NA SUA FARMÁCIA

MEDICAMENTO

Para que serve?

Como e quando tomar?

Durante quanto tempo?

Que cuidados especiais devo ter?

Que possíveis efeitos adversos e o que fazer?

OS MEUS MEDICAMENTOS

OS MEUS MEDICAMENTOS

Farmacêutico: _____

Carimbo: _____



PERGUNTE NA SUA FARMÁCIA

 **Farmácias Portuguesas**
Ninguém o trata como nós.

IMPDPCEG.09.02

ANEXO 10

Como utilizar o Novolizer® ?



① Retire a tampa do inalador.



② Segure o inalador na horizontal.



③ Carregue no botão e irá ouvir um clique, a cor da janela muda de **vermelho para verde**. O inalador está pronto a usar.



④ Deite o ar fora lentamente.

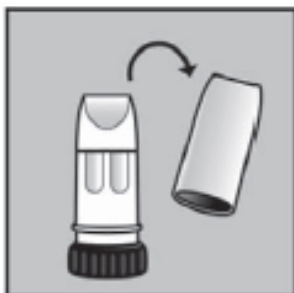
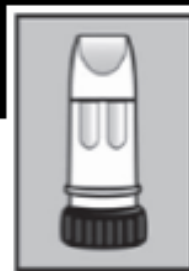


⑤ Coloque o bucal entre os lábios e inspire pela boca profundamente. Durante a inspiração irá ouvir um clique e a cor da janela muda de verde para **vermelho**, o que indica uma inalação correcta.

⑥ Pare a respiração, pelo menos durante 10 segundos (para que o medicamento chegue bem aos pulmões) . Retire o inalador da boca e deite o ar fora lentamente.

Lave a boca depois de usar o inalador (principalmente no caso dos corticosteróides).

Como utilizar o Turbohaler® ?



① Retire a tampa de proteção do inalador.



② Rode a base do inalador para a direita, até ao limite e faça-a voltar à posição inicial, rodando para a esquerda e até ouvir um "clac" .



③ Deite o ar fora lentamente.



④ Aperte o bucal do inalador entre os lábios e inspire profundamente pela boca.

⑤ Retire o inalador da boca, pare a respiração, pelo menos durante 10 segundos (para que o medicamento chegue bem aos pulmões) e depois expire lentamente.

⑥ Se for prescrita uma segunda dose espere 1 minuto antes de repetir os passos de 2 a 5.



⑦ Após a utilização do inalador, deve colocar a tampa de protecção.

Lave a boca depois de usar o inalador (principalmente no caso dos corticosteróides).

Com o apoio: AstraZeneca, GlaxoSmithKline e Novartis

Como utilizar o Diskus® ?



- ① Segure o inalador com uma mão e coloque o polegar da outra mão no local de apoio próprio.



- ② Rode o polegar no sentido contrário ao dos ponteiros do relógio.

- ③ Com a peça do bucal virada para si, deslize a alavanca afastando-a tanto quanto possível, até ouvir um estalido. O inalador está pronto a usar.



- ④ Segure o inalador afastado da boca e deite o ar fora.

⑤ Coloque o bucal entre os lábios.



⑥ Inspire profunda e lentamente através do bucal.

⑦ Retire o inalador da boca e pare a respiração durante 10 segundos, para que o medicamento chegue aos pulmões.



⑧ Deite o ar fora lentamente.

⑨ Feche o inalador, colocando o polegar no apoio próprio e deslocando a tampa no sentido dos ponteiros do relógio, até ouvir um estalido.

Lave a boca depois de usar o inalador (principalmente no caso dos corticosteróides).

Com o apoio: AstraZeneca, GlaxoSmithKline e Novartis

ANEXO 11

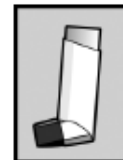


INALADOR: MDI

Data e Código	Data: dia. <input type="text"/> <input type="text"/> mês. <input type="text"/> <input type="text"/> ano. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Código Farmácia. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Doente. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/>
----------------------	--	--	---

Pontuação

- Atribuir a cada passo correcto 1 ponto.
- Atribuir a cada passo errado ou não executado 0.



Pontos de verificação		Data	Data	Data	Data
		---/---/---	---/---/---	---/---/---	---/---/---
1	Retire a tampa de protecção do inalador.				
2	Agite bem o inalador.				
3	Segure o inalador correctamente.				
4	Expire lentamente.				
5	Coloque o bucal do inalador entre os lábios.				
6	Inspire lentamente através do inalador e ao mesmo tempo liberte uma dose.				
7	Retire o inalador da boca e suspenda a respiração, durante 10 segundos e depois deite o ar fora lentamente.				
8	Se for prescrita uma segunda dose espere 1 minuto antes de repetir os passos de 3 a 7.				
9	Lave a boca depois de usar o inalador				
PONTUAÇÃO TOTAL					
<p>Some os pontos obtidos e calcule a percentagem. A pontuação obtida deve ser maior ou igual a 90%</p> <p>Cálculo da Pontuação em percentagem : total /8 x 100 Se não executar o ponto 8, a pontuação é calculada (total /7x 100)</p>					

Rubrica do farmacêutico responsável

IMP.A.002.3

© Copyright, Associação Nacional das Farmácias






NOVOLIZER

Data e Código	Data: <input type="text"/> mês. <input type="text"/> ano. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Código Farmácia: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Doente: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
---------------	---	--

Pontuação

- Atribuir a cada passo correcto **1 ponto**.
- Atribuir a cada passo errado ou não executado **0**



Pontos de verificação		Data	Data	Data	Data	Data
		-/-/--	-/-/--	-/-/--	-/-/--	-/-/--
1	Retire a tampa de protecção do inalador.					
2	Segure o inalador na horizontal. 					
3	Carregue no botão e irá ouvir um clique e a cor da janela muda de vermelho para verde. 					
4	Deite o ar fora lentamente.					
5	Coloque o bucal, do inalador, entre os lábios e inspire pela boca profundamente. Vai ouvir um "clique" e a cor da janela muda de verde para vermelho, o que indica uma inalação correcta. 					
6	Suspenda a respiração, pelo menos durante 10 segundos . Retire o inalador da boca e deite o ar fora lentamente.					
7	Lave a boca depois de usar o inalador.					
PONTUAÇÃO TOTAL						
Some os pontos obtidos e calcule a percentagem. A pontuação obtida deve ser maior ou igual a 90%						
Cálculo da Pontuação em percentagem : total 6 x 100						

Rubrica do farmacêutico responsável

CARIMBO

IMP.A.027.3

© Copyright, Associação Nacional das Farmácias


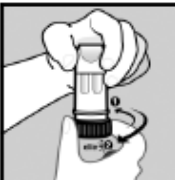
TURBOHALER

Data e Código	Data: dia. <input type="text"/> <input type="text"/> mês. <input type="text"/> <input type="text"/> ano <input type="text"/> <input type="text"/>	Código Farmácia. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Doente. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
----------------------	---	---

Pontuação

- Atribuir a cada passo correcto 1 ponto.
- Atribuir a cada passo errado ou não executado 0.



Pontos de verificação		Data	Data	Data	Data
		--/--	--/--	--/--	--/--
1	Retire a tampa de protecção do inalador.				
2	Rode a base para a direita até ao limite e faça-a voltar à posição inicial, rodando para a esquerda, até ouvir um "clac".				
3	Deite o ar fora lentamente.				
4	Aperte o bucal do inalador entre os lábios e inspire profundamente pela boca.				
5	Retire o inalador e suspenda a respiração, pelo menos durante 10 segundos, e depois expire lentamente.				
6	Se for prescrita uma segunda dose espere 1 minuto antes de repetir os passos de 2 a 5.				
7	Após a utilização do inalador, deve colocar a tampa de protecção.				
8	Lave a boca depois de usar o inalador				
PONTUAÇÃO TOTAL					
Some os pontos obtidos e calcule a percentagem. A pontuação obtida deve ser maior ou igual a 90% Cálculo da Pontuação em percentagem : total 7 x 100 Se não executar o ponto 8, a pontuação é calculada (total /8 x 100)					

Rubrica do farmacêutico responsável

CARIMBO

IMP.A.003.3

© Copyright, Associação Nacional das Farmácias




Diskus

Data e Código	Data: dia. <input type="text"/> <input type="text"/> mês. <input type="text"/> <input type="text"/> ano. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Código Farmácia <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Doente. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
----------------------	---	---

Pontuação

- Atribuir a cada passo correcto 1 ponto.
- Atribuir a cada passo errado ou não executado 0.



Pontos de verificação		Data	Data	Data	Data
		--/--	--/--	--/--	--/--
1	Segurar o inalador com uma mão e colocar o polegar da outra mão no local de apoio próprio.				
2	Deslocar o polegar no sentido contrário ao dos ponteiros do relógio. 				
3	Com a peça do bucal virada para si, deslizar a alavanca afastando-a tanto quanto possível, até ouvir um estalido. O inalador está pronto a usar.				
4	Segurar o inalador afastado da boca e deite o ar fora. 				
5	Colocar o bucal entre os lábios.				
6	Inspirar profundamente através do bucal. 				
7	Retirar o inalador da boca e suspenda a respiração durante 10 segundos.				
8	Deite o ar fora lentamente.				
9	Fechar o inalador, colocando, o polegar no apoio próprio e deslocar a tampa no sentido dos ponteiros do relógio, até ouvir um estalido.				
10	Lave a boca depois de usar o inalador				
PONTUAÇÃO TOTAL Some os pontos obtidos e calcule a percentagem. A pontuação obtida deve ser maior ou igual a 90% Cálculo da Pontuação em percentagem : total 9 x 100					

Rubrica do farmacêutico responsável

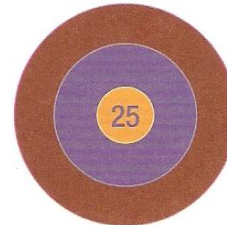
CARIMBO

IMP.A.006.3

© Copyright, Associação Nacional das Farmácias

ANEXO 12

Teste de Controlo Asma (ACT™)



Avalie o nível de controlo da sua asma

Durante as últimas 4 semanas, quanto tempo é que a asma o/a impediu de fazer as suas tarefas habituais no trabalho, na escola/universidade ou em casa? PONTUAÇÃO

Pergunta 1

Sempre	1	A maior parte do tempo	2	Algum tempo	3	Pouco tempo	4	Nunca	5	
--------	---	------------------------	---	-------------	---	-------------	---	-------	---	--

Durante as últimas 4 semanas, quantas vezes teve falta de ar?

Pergunta 2

Mais de uma vez por dia	1	Uma vez por dia	2	3 a 6 vezes por semana	3	Uma ou duas vezes por semana	4	Nunca	5	
-------------------------	---	-----------------	---	------------------------	---	------------------------------	---	-------	---	--

Durante as últimas 4 semanas, quantas vezes os sintomas da asma (pieira, tosse, falta de ar, aperto ou dor no peito) o/a fizeram acordar de noite ou mais cedo do que é costume de manhã?

Pergunta 3

4 ou mais noites por semana	1	2 a 3 noites por semana	2	Uma vez por semana	3	Uma ou duas vezes	4	Nunca	5	
-----------------------------	---	-------------------------	---	--------------------	---	-------------------	---	-------	---	--

Durante as últimas 4 semanas, quantas vezes usou os seus medicamentos para alívio rápido, em inalador ou nebulizador, como por exemplo, salbutamol?

Pergunta 4

3 ou mais vezes por dia	1	1 ou 2 vezes por dia	2	2 ou 3 vezes por semana	3	Uma vez por semana ou menos	4	Nunca	5	
-------------------------	---	----------------------	---	-------------------------	---	-----------------------------	---	-------	---	--

Como avaliaria o seu controlo da asma nas últimas 4 semanas?

Pergunta 5

Não controlada	1	Mal controlada	2	Mais ou menos controlada	3	Bem controlada	4	Completamente controlada	5	
----------------	---	----------------	---	--------------------------	---	----------------	---	--------------------------	---	--

Este teste pode ajudar as pessoas de 12 ou mais anos de idade a avaliar o seu controlo da asma.

Pode calcular a pontuação total do seu Teste de Controlo da Asma somando os números que obteve em cada resposta. Não se esqueça de rever os resultados com o seu médico.

TOTAL

Pontuação: 25 – Parabéns!

Teve **CONTROLO TOTAL** da sua asma nas últimas quatro semanas. Não teve sintomas ou limitações relacionadas com a asma. Consulte o seu médico se a situação se alterar.

Pontuação: 20 a 24 – Quase no alvo!


A sua asma pode ter estado **BEM CONTROLADA** nas últimas quatro semanas, mas não esteve **TOTALMENTE CONTROLADA**. O seu médico pode ser capaz de o/a ajudar a atingir **O CONTROLO TOTAL**.



Pontuação: inferior a 20 – Fora do alvo.

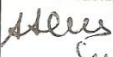


A sua asma pode **NÃO TER ESTADO CONTROLADA** nas últimas quatro semanas. O seu médico pode recomendar um plano de acção para o/a ajudar a melhorar o controlo da asma.



ANEXO 14

 Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, E.P.E.	Anexo 3 – Rótulo Identificativo	Revisão: 0
		Data: Maio 2010

 Unidade Centralizada de Preparação de Citostáticos Serviços Farmacêuticos		
Nome: _____	_____	
Nº Processo: _____	Data: _____	Hora: _____
Fármaco: _____	Dose: _____ mg	Vol. _____ ml
Diluição: _____ VOL	Vol. Total: _____ ml	
Via de Administração _____	Duração _____	
Débito _____ ml/h	Estabilidade _____	
Obs: _____	_____	
Preparado por: _____	Apoiado por: _____	
Farmacêutico (a): _____	_____	

 Elaborado/Data 	Verificado/Data	Aprovado/Data Conselho de Administração 	Pág. 1
--	-----------------	---	--------

ANEXO 15

HO



CENTRO HOSPITALAR DE TRÁS-OS-MONTES E ALTO-DOURO, EPE
Unidade Centralizada de Preparação Citostáticos

NOTIFICAÇÃO DE ACIDENTES COM CITOSTÁTICOS

- DERRAME:** _____ (pequena dimensão ≤ 5 ml) **PICADA ACIDENTAL** **EXTRAVASÃO:** _____ (quantidade aproximada)
 _____ (grande dimensão > 5 ml)
- Não houve contaminação de pessoas Houve contaminação de pessoas

Dados pessoais do Acidentado:

NOME		DATA DE NASCIMENTO
CONTACTO		____/____/____
TELF: _____	MORADA: _____	
Função: _____	Nº Mec. : _____	Vinculo: _____ Função Pública _____ Contrato de trabalho _____

Acidente:

DATA DO ACIDENTE: _____	HORA _____	LOCAL (DEP./ENFERMARIA): _____
ACTIVIDADE:		
<input type="checkbox"/> RECEÇÃO <input type="checkbox"/> MANIPULAÇÃO <input type="checkbox"/> TRANSPORTE <input type="checkbox"/> ADMINISTRAÇÃO <input type="checkbox"/> OUTRA: _____		
NOME DO CITOSTÁTICO/DCI: _____		
QUANTIDADE EXTRAVASADA:		
FORMA DO CITOSTÁTICO:		
<input type="checkbox"/> PRODUTO ORIGINAL LÍQUIDO <input type="checkbox"/> PRODUTO ORIGINAL EM PÓ <input type="checkbox"/> PRODUTO RECONSTITUÍDO <input type="checkbox"/> SOLUÇÃO DILUÍDA <input type="checkbox"/> MATERIAL CONTAMINADO <input type="checkbox"/> EXCRETA DO PACIENTE <input type="checkbox"/> OUTRA: _____		
TIPO DE EXPOSIÇÃO:		
<input type="checkbox"/> CONTACTO COM A PELE <input type="checkbox"/> CONTACTO COM OS OLHOS <input type="checkbox"/> INALAÇÃO <input type="checkbox"/> INGESTÃO <input type="checkbox"/> OUTRA: _____		
PARTE DO CORPO AFECTADA: _____		
EQUIPAMENTO DE PROTECÇÃO INDIVIDUAL UTILIZADO NO MOMENTO DO ACIDENTE:		
<input type="checkbox"/> BATA <input type="checkbox"/> LUVAS <input type="checkbox"/> ÓCULOS DE PROTECÇÃO <input type="checkbox"/> MÁSCARA <input type="checkbox"/> OUTROS: _____		
BREVE DESCRIÇÃO DO ACIDENTE:		
_____ _____ _____		
DESCRIÇÃO DA LESÃO: _____		
MEDIDAS ADOPTADAS:		
<input type="checkbox"/> UTILIZAÇÃO DE KIT DE DERRAME <input type="checkbox"/> INACTIVADOR ESPECÍFICO QUAL: _____		
OUTRAS MEDIDAS _____		



EM CASO DE EXTRAVASÃO	
SINTOMAS: _____	
TIPO DE ADMINISTRAÇÃO: <input type="checkbox"/> BOLUS <input type="checkbox"/> INFUSÃO COM CÂNULA <input type="checkbox"/> BOMBA <input type="checkbox"/> OUTROS: _____	
QUANTIDADE FÁRMACO ADMINISTRADO (aproximada): _____	
LOCAL DE ADMINISTRAÇÃO: <input type="checkbox"/> ESPAÇO ANTECUBITAL VEIA CEFÁLICA <input type="checkbox"/> ANTEBRAÇO SUPERIOR LATERAL <input type="checkbox"/> ANTEBRAÇO INFERIOR LATERAL <input type="checkbox"/> VEIA BASÍLICA <input type="checkbox"/> ANTEBRAÇO HEDIANO SUPERIOR <input type="checkbox"/> ANTEBRAÇO HEDIANO INFERIOR	
ÁREA DE EXTRAVASÃO: _____ (Cm ²)	
MÉDICO NOTIFICADO: _____ (Rubrica) (N.º Mec.)	NOTIFICADO POR: _____ (Rubrica) (N.º Mec.) ____/____/____ (data)

ANEXO 16

CENTRO HOSPITALAR DE TRÁS-OS-MONTES E ALTO-DOURO, EPE
Unidade Centralizada de Preparação Citostáticos

REGISTO DAS INUTILIZAÇÃO DE CITOSTÁTICOS

Identificação do doente

Proveniência: _____ DATA: ___/___/___ Nº DE REGISTO: _____

CITOSTÁTICO		MOTIVO	DETALHES	ADMINISTRADO	NÃO ADMINISTRADO
Dose (mg)	Volume (ml)				
			<input type="checkbox"/> Iniciou Administração <input type="checkbox"/> Não Administrado	<input type="checkbox"/> RAM <input type="checkbox"/> EXTRAVASÃO <input type="checkbox"/> OUTRA CAUSA	<input type="checkbox"/> INUTILIZADO <input type="checkbox"/> REUTILIZADO N.º PC: _____
			<input type="checkbox"/> Iniciou Administração <input type="checkbox"/> Não Administrado	<input type="checkbox"/> RAM <input type="checkbox"/> EXTRAVASÃO <input type="checkbox"/> OUTRA CAUSA	<input type="checkbox"/> INUTILIZADO <input type="checkbox"/> REUTILIZADO N.º PC: _____
			<input type="checkbox"/> Iniciou Administração <input type="checkbox"/> Não Administrado	<input type="checkbox"/> RAM <input type="checkbox"/> EXTRAVASÃO <input type="checkbox"/> OUTRA CAUSA	<input type="checkbox"/> INUTILIZADO <input type="checkbox"/> REUTILIZADO N.º PC: _____
			<input type="checkbox"/> Iniciou Administração <input type="checkbox"/> Não Administrado	<input type="checkbox"/> RAM <input type="checkbox"/> EXTRAVASÃO <input type="checkbox"/> OUTRA CAUSA	<input type="checkbox"/> INUTILIZADO <input type="checkbox"/> REUTILIZADO N.º PC: _____
			<input type="checkbox"/> Iniciou Administração <input type="checkbox"/> Não Administrado	<input type="checkbox"/> RAM <input type="checkbox"/> EXTRAVASÃO <input type="checkbox"/> OUTRA CAUSA	<input type="checkbox"/> INUTILIZADO <input type="checkbox"/> REUTILIZADO N.º PC: _____

MÉDICO

Rubrica: _____
N.º Mec.: _____

FARMACÉUTICO

Rubrica: _____
N.º Mec.: _____

ENFERMEIRO



Rubrica: _____
N.º Mec.: _____

17-02-2012

IMP_CHTMAD.n.º176.01

ANEXO 17

LHO



	CENTRO HOSPITALAR TRÁS-OS-MONTES E ALTO DOURO, EPE SERVIÇOS FARMACÊUTICOS REGISTO DE DISTRIBUIÇÃO DE HEMODERIVADOS	
---	--	---

Unidade: _____

Ano: _____

Nº Nome: Serviço: Data: Hora: Hemod: Lote: Quant:	Nº Nome: Serviço: Data: Hora: Hemod: Lote: Quant:
Nº Nome: Serviço: Data: Hora: Hemod: Lote: Quant:	Nº Nome: Serviço: Data: Hora: Hemod: Lote: Quant:
Nº Nome: Serviço: Data: Hora: Hemod: Lote: Quant:	Nº Nome: Serviço: Data: Hora: Hemod: Lote: Quant:
Nº Nome: Serviço: Data: Hora: Hemod: Lote: Quant:	Nº Nome: Serviço: Data: Hora: Hemod: Lote: Quant:
Nº Nome: Serviço: Data: Hora: Hemod: Lote: Quant:	Nº Nome: Serviço: Data: Hora: Hemod: Lote: Quant:
Nº Nome: Serviço: Data: Hora: Hemod: Lote: Quant:	Nº Nome: Serviço: Data: Hora: Hemod: Lote: Quant:

ANEXO 18

	CENTRO HOSPITALAR TRÁS-OS-MONTES E ALTO DOURO, EPE SERVIÇOS FARMACÊUTICOS Pedido de informação	
---	---	---

- Solicitada
 Proactiva

Palavra-Chave:

Informação nº /

Data: / /2

Hora: h min

Prazo resposta:

Consultante:		Serviço:	
Farmacêutico(a)	<input type="checkbox"/>	Contacto	
Médico(a)	<input type="checkbox"/>		
Enfermeiro(a)	<input type="checkbox"/>		
Outro	<input type="checkbox"/>		
Tipo de Contacto:		Telefónico	<input type="checkbox"/>
		Pessoal	<input type="checkbox"/>
		Escrito	<input type="checkbox"/>

Pergunta:



Caso se refira a um doente

Nome
Sexo
D.N.
Patologia
Terapêutica
Observações

Área de Consulta:

Administração	<input type="checkbox"/>	Formulação	<input type="checkbox"/>
Alternativas Terapêuticas	<input type="checkbox"/>	Nutrição Parentérica	<input type="checkbox"/>
Compatibilidades	<input type="checkbox"/>	Indicações	<input type="checkbox"/>
Contra-indicações	<input type="checkbox"/>	Interacções	<input type="checkbox"/>
Documentação	<input type="checkbox"/>	Pesquisa bibliográfica	<input type="checkbox"/>
Efeitos Adversos	<input type="checkbox"/>	Posologia	<input type="checkbox"/>
Estabilidade	<input type="checkbox"/>	Precauções	<input type="checkbox"/>
Existência nos SF	<input type="checkbox"/>	Preços	<input type="checkbox"/>
Farmacocinética	<input type="checkbox"/>	Toxicologia	<input type="checkbox"/>
Farmácia Clínica	<input type="checkbox"/>	Outros:	_____

Fontes de Informação:

	<p>CENTRO HOSPITALAR TRÁS-OS-MONTES E ALTO DOURO, EPE SERVIÇOS FARMACÊUTICOS</p> <p>Pedido de informação</p>	
---	---	---

Resposta/Informação:

Documentação enviada:

OBS:

Data: / /2

Hora: h min

Farmacêutico(a)/nºMecanográfico:

ANEXO 19



REGISTO DE ERROS DE MEDICAÇÃO

(apenas para tratamento administrativo, não colocar no processo do doente)

Vinheta Identificativa do Doente

Data notificação _/_/___

Data da ocorrência _/_/___

Quem notifica: Enfermeiro
 Farmacêutico
 Médico
 Outro

Tipo de Evento

1 - Prescrição:

- | | | |
|--|---|--|
| a) <input type="checkbox"/> Dose/frequência inapropriada | e) <input type="checkbox"/> Contra indicação | i) <input type="checkbox"/> Falta de justificação clínica/Extra-formulário |
| b) <input type="checkbox"/> Duplicação | f) <input type="checkbox"/> Doente errado | j) <input type="checkbox"/> Nomenclatura/abreviatura incorrectas |
| c) <input type="checkbox"/> Ilegível | g) <input type="checkbox"/> Falta de data | l) <input type="checkbox"/> Omissão dose/via/frequência de administração |
| d) <input type="checkbox"/> Medicamento inapropriado | h) <input type="checkbox"/> Prescrição verbal não registada | m) <input type="checkbox"/> Outra |

2 - Transcrição/Validação:

- | | | |
|--|--|--|
| a) <input type="checkbox"/> Dose errada | e) <input type="checkbox"/> Doente errado | i) <input type="checkbox"/> Registo no processo errado |
| b) <input type="checkbox"/> Frequência errada | f) <input type="checkbox"/> Duração errada | j) <input type="checkbox"/> Outra |
| c) <input type="checkbox"/> Horário errado | g) <input type="checkbox"/> Prescrição verbal mal compreendida | |
| d) <input type="checkbox"/> Medicamento errado | h) <input type="checkbox"/> Prescrição não transcrita | |

3 - Preparação/Dispensa:

- | | | |
|---|---|---|
| a) <input type="checkbox"/> Medicamento errado | d) <input type="checkbox"/> Atraso na entrega | g) <input type="checkbox"/> Frequência errada |
| b) <input type="checkbox"/> Quantidade errada | e) <input type="checkbox"/> Dose errada | h) <input type="checkbox"/> Prescrição não recepcionada atempadamente |
| c) <input type="checkbox"/> Rotulagem inadequada/ilegível | f) <input type="checkbox"/> Horário errado | i) <input type="checkbox"/> Outra |

4 - Conservação/preparação/administração:

- | | | |
|---|--|---|
| a) <input type="checkbox"/> Doente errado | e) <input type="checkbox"/> Dose errada | i) <input type="checkbox"/> Auto medicação |
| b) <input type="checkbox"/> Incompatibilidade de fármacos | f) <input type="checkbox"/> Horário errado | j) <input type="checkbox"/> Armazenamento incorrecto (frigorífico, luz) |
| c) <input type="checkbox"/> Medicamento adulterado | g) <input type="checkbox"/> Medicamento errado | l) <input type="checkbox"/> Omissão |
| d) <input type="checkbox"/> Preparação incorrecta | h) <input type="checkbox"/> Via errada | m) <input type="checkbox"/> Outra |

Informação adicional: _____

Identificação do Evento

Tipo de erro	Resultado
A	Circunstâncias que poderiam causar erro
B	Ocorreu um erro mas a medicação não chegou ao doente
C	Ocorreu um erro que chegou ao doente

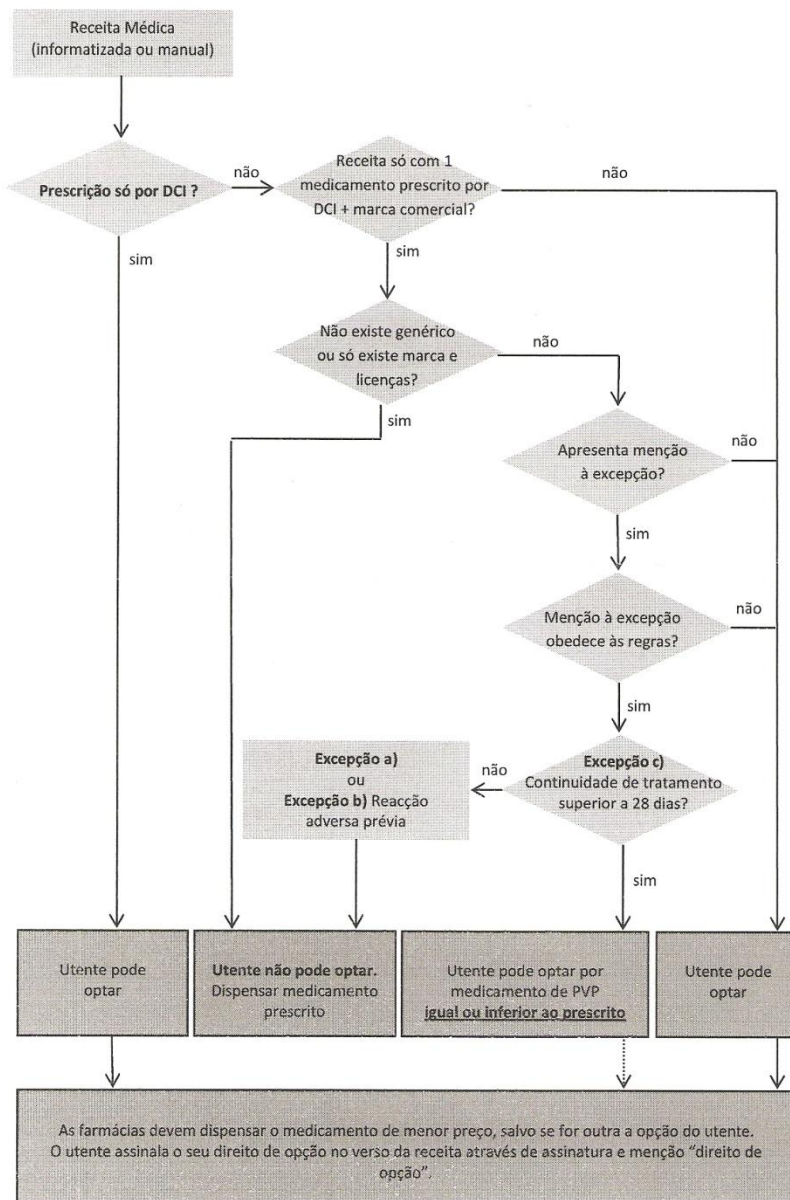
ERROS DO TIPO C OBRIGAM A IMEDIATA AVALIAÇÃO CLÍNICA DO DOENTE

ANEXO 20

FLUXOGRAMA DE APOIO À DISPENSA RECEITUÁRIO

Prescrição Obrigatória por DCI - Portaria N.º 137-A/2012, de 11 de Maio

A PARTIR 01/06/2012



IMPORTANTE

A prescrição de um medicamento inclui obrigatoriamente a respectiva DCI da substância activa, a forma farmacéutica, dosagem, apresentação e a posologia (pt. 2 Art. 5º).

Na prescrição de um medicamento compartilhado que inclua a denominação comercial não pode constar a prescrição de outros medicamentos. (pt.5, Art. 6º)

NA FASE DE TRANSIÇÃO

Todas as prescrições são consideradas como realizadas por DCI, independentemente de poder figurar a designação comercial do medicamento.

Os actuais modelos de receita (aprovados pela Portaria n.º 198/2011) mantêm-se válidos, até nova regulamentação.

O utente assinala o seu direito de opção apondo a sua assinatura no verso da receita com a menção "Direito de opção".

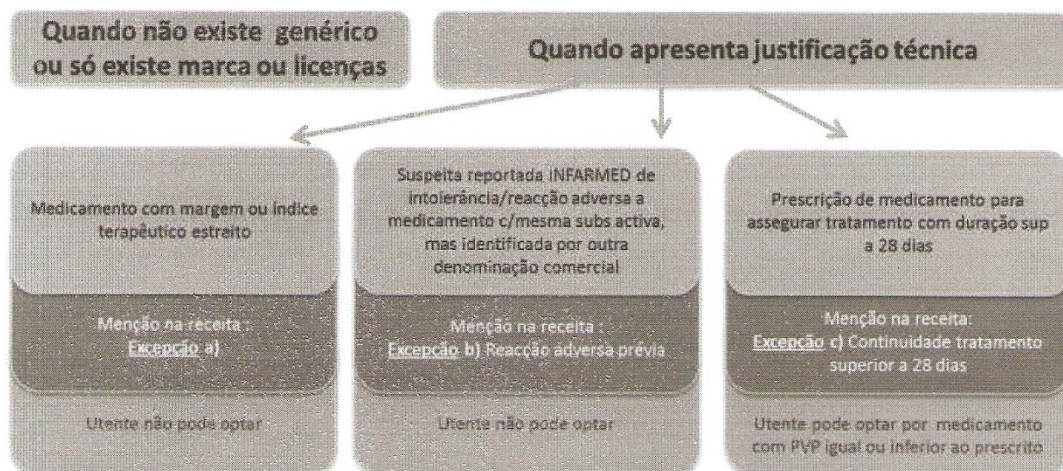
Os prescritores, para se oporem à substituição, dentro das excepções previstas têm de mencionar palavra "Excepção" seguida de identificação da respectiva alínea e de outra informação, se aplicável, junto ao medicamento prescrito (pt 5 e 6, Art. 18º);

- Excepção a)
- Excepção b) Reacção adversa prévia
- Excepção c) Continuidade de tratamento superior a 28 dias

RECEITUÁRIO ANTERIOR A 01/06/2012

As receitas com data de prescrição anterior a 1 de Junho de 2012 seguem as regras à data de prescrição.

O PRESCRITOR PODE EXCEPCIONALMENTE PRESCREVER POR MARCA COMERCIAL OU NOME DO TITULAR DE AIM NAS SEGUINTE SITUAÇÕES



Na prescrição por marca a receita não pode conter a prescrição de outros medicamentos.

A não verificação destes requisitos torna a prescrição por marca comercial sem efeito.

MEDICAMENTOS NÃO COMPARTICIPADOS

Prescrição pode incluir a denominação comercial do medicamento, por marca ou indicação do nome do titular de AIM

Situações de excepção de não substituição idênticas às dos medicamentos comparticipados.

ANEXO 21

Despacho nº17690/2007 de 23 de julho

Sistema	Situações passíveis de automedicação
Digestivo	<ul style="list-style-type: none"> a) Diarreia. b) Hemorróidas (diagnóstico confirmado). c) Pirose, enfartamento, flatulência. d) Obstipação. e) Vômitos, enjoo do movimento. f) Higiene oral e da orofaringe. g) Endoparasitoses intestinais. h) Estomatites (excluindo graves) e gengivites. i) Odontalgias. j) Profilaxia da cárie dentária. k) Candidíase oral recorrente com diagnóstico médico prévio. l) Modificação dos termos de higiene oral por desinfecção oral. m) Estomatite aftosa.
Respiratório	<ul style="list-style-type: none"> a) Sintomatologia associada a estados gripais e constipações. b) Odinofagia, faringite (excluindo amigdalite). c) Rinorreia e congestão nasal. d) Tosse e rouquidão. e) Tratamento sintomático da rinite alérgica perene ou sazonal com diagnóstico médico prévio. f) Adjuvante mucolítico do tratamento antibacteriano das infecções respiratórias em presença de hipersecreção brônquica g) Prevenção e tratamento da rinite alérgica perene ou sazonal com diagnóstico médico prévio (corticóide em inalador nasal)
Cutâneo	<ul style="list-style-type: none"> a) Queimaduras de 1.o grau, incluindo solares. b) Verrugas. c) Acne ligeiro a moderado. d) Desinfecção e higiene da pele e mucosas. e) Micoses interdigitais. f) Ectoparasitoses. g) Picadas de insectos. h) Pitiríase capitis (caspa). i) Herpes labial. j) Feridas superficiais. l) Dermatite das fraldas. m) Seborreia. n) Alopecia. o) Calos e calosidades. p) Frieiras. q) Tratamento da pitiríase versicolor. r) Candidíase balânica. s) Anestesia tópica em mucosas e pele nomeadamente mucosa oral e rectal. t) Tratamento sintomático localizado de eczema e dermatite com diagnóstico médico prévio.
Nervoso/psique	<ul style="list-style-type: none"> a) Cefaleias ligeiras a moderadas. b) Tratamento da dependência da nicotina para alívio dos sintomas de privação desta substância em pessoas que desejem deixar de fumar. c) Enxaqueca com diagnóstico médico prévio. d) Ansiedade ligeira temporária. e) Dificuldade temporária em adormecer.
Muscular/ósseo	<ul style="list-style-type: none"> a) Dores musculares ligeiras a moderadas. b) Contusões. c) Dores pós-traumáticas. d) Dores reumáticas ligeiras moderadas (ostearthrose/osteoartrite).

	<p>e) Dores articulares ligeiras a moderadas.</p> <p>f) Tratamento tópico de sinovites, artrites (não infecciosa), bursites, tendinites.</p> <p>g) Inflamação moderada de origem músculo esquelética nomeadamente pós-traumática ou de origem reumática.</p>
Geral	<p>a) Febre (menos de três dias).</p> <p>b) Estados de astenia de causa identificada.</p> <p>c) Prevenção de avitaminoses.</p>
Ocular	<p>a) Hipossecreção conjuntival, irritação ocular de duração inferior a três dias.</p> <p>b) Tratamento preventivo da conjuntivite alérgica perene ou sazonal com diagnóstico médico prévio.</p> <p>c) Tratamento sintomático da conjuntivite alérgica perene ou sazonal com diagnóstico médico prévio.</p>
Ginecológico	<p>a) Dismenorreia primária.</p> <p>b) Contraceção de emergência.</p> <p>c) Métodos contraceptivos de barreira e químicos.</p> <p>d) Higiene vaginal.</p> <p>e) Modificação dos termos de higiene vaginal por desinfecção vaginal.</p> <p>f) Candidíase vaginal recorrente com diagnóstico médico prévio. Situação clínica caracterizada por corrimento vaginal esbranquiçado, acompanhado de prurido vaginal e habitualmente com exarcebação pré-menstrual.</p> <p>g) Terapêutica tópica nas alterações tróficas do tracto génitourinário inferior acompanhadas de queixas vaginais como disparêunia, secura e prurido.</p>
Vascular	<p>a) Síndrome varicosa—terapêutica tópica adjuvante.</p> <p>b) Tratamento sintomático por via oral da insuficiência venosa crónica (com descrição de sintomatologia).</p>

ANEXO 22

FARMÁCIA DA ALAMEDA
 Direcção Técnica Jacinto J. F. Campos
 Contribuinte Nº 151 096 147
 Telef 275 322 325 Fax: 275 323 325
 Alameda Pêro da Covilhã, 31 /c 6200-507 COVILHÃ
 (Carimbo da Farmácia)

Ficha de Preparação

Medicamento: Vaselina solidificada 30%

Teor em substância(s) activa(s): 100 g (ml ou unidades) contém 30g g (ml) de ácido salicílico

Forma farmacêutica: pomada

Data de preparação: 14/05/2012

Número do lote: 201203

Quantidade a preparar: 50g

Matérias-primas	Lote nº	Origem	Farmacopeia	Quantidade para 100 g (ou ml, ou unidades)	Quantidade calculada	Quantidade pesada	Rubrica do Operador e data	Rut Sup e
Vaselina Branca	04016402	italalab	Pot.	30	35	35	14/05/2012 Taylo	24
Ácido salicílico puro	0000163833	José Manuel 6. Santa-Lina	Pot.	30	15	15	14/05/2012 Taylo	(j)

Preparação

Rubrica da Op

1. Limpeza do material	Taylo
2. Pesagem dos componentes	Taylo
3. Incorporação dos componentes por espalhamento em pedra moinho	Taylo
obtenção de uma mistura homogênea	Taylo
4. Armazenamento e rotulagem	Taylo
5. Limpeza do material	Taylo

Rubricado Director Técnico

Data

Taylo

14/5

7.		
8.		
9.		
10.		
11.		
12.		
13.		
14.		
15.		
16.		

Aparelhagem usada:
 Balança


Embalagem

Tipo de embalagem:

Capacidade do recipiente:

Material de embalagem	Nº do lote	Origem
Caixa plástico 50g	-	Plural

Operador: Tauã

Rubrica do Director Técnico 	Data 14/3/12
---	-----------------

Prazo de utilização e condições de conservação

<p>Condições de conservação:</p> <p>Conservar ao abrigo da luz e temperatura e humidade adequadas</p> <p>Operador: <u>Taujo</u></p>
<p>Prazo de utilização:</p> <p>3 meses</p> <p>Operador: <u>Taujo</u></p>

Rotulagem

1. Proceder à elaboração do rótulo de acordo com o modelo descrito em seguida.
2. Anexar a esta ficha de preparação uma cópia, rubricada e datada, do rótulo da embalagem dispensada.

Modelo de rótulo

Identificação da Farmácia Identificação do Director-Técnico Endereço e telefone da Farmácia	Identificação do Médico prescriptor Identificação do Doente
DENOMINAÇÃO DO MEDICAMENTO	
Teor em substância(s) activa(s) Quantidade dispensada Referência a matérias-primas cujo conhecimento seja eventualmente necessário para a utilização conveniente do medicamento Via de administração Uso externo (caso se aplique) (em fundo vermelho)	Data da preparação Prazo de utilização Condições de conservação Nº do lote Manter fora do alcance das crianças Advertências (precauções de manuseamento, etc.)

ANOYO

Operador: Taujo

Verificação

Ensaio	Especificação	- Resultado	Rubrica do Operador
Características organolepticas	Cor, odor, aspeto	Conforme	<u>Taujo</u>

Rubrica do Director Técnico	Data
<u>[Assinatura]</u>	14/5/12

ENSAIO	ESPECIFICAÇÃO	RESULTADO	Rubrica do Operador

Aprovado Rejeitado

Supervisor:  14/5/12


Nome e morada do doente

Genoveva Jesus Dias
 Povungã

Nome do prescriptor

Ana Bela Rêmba

Anotações

Rubrica do Director Técnico	Data
	14/5/12

Cálculo do preço de venda

MATÉRIAS-PRIMAS:

matérias-primas	embalagem existente em armazém		preço de aquisição de uma dada quantidade unitária (s/IVA)		quantidade a usar	factor multiplicativo	valor da matéria-prima utilizada na preparação
	quantidade adquirida	preço de aquisição (s/IVA)	quantidade unitária	preço			
Acido Salicilico	100g	6,62	1	0,066	x 15	x 1,9	= 1,981
vaselina branca	900g	4,22	1	0,045	x 35	x 1,9	= 0,3325
					x	x	=
					x	x	=
					x	x	=
					x	x	=
					x	x	=
subtotal A							2,314

HONORÁRIOS DE MANIPULAÇÃO:

	forma farmacéutica	quantidade	F (€)	factor multiplicativo	valor	
valor referente à quantidade base	Pomada	Fx3	50	4,57	3	13,71
valor adicional						
subtotal B						13,71

MATERIAL DE EMBALAGEM:

matérias de embalagem	preço de aquisição (s/IVA)	quantidade	factor multiplicativo	valor
caixa plastica 50g	0,40	x 1	x 1,2	= 0,48
		x	x 1,2	=
		x	x 1,2	=
		x	x 1,2	=
subtotal C				0,48

PREÇO DE VENDA AO PÚBLICO DO MEDICAMENTO MANIPULADO:

$(A + B + C) \times 1,1$
 $+ IVA = 16,404 \times 1,1 = 18,0444$
 $+ IVA = 18,0444 \times 1,0 = 18,0444$
D = 22,6

DISPOSITIVOS AUXILIARES DE ADMINISTRAÇÃO:

dispositivo	preço unitário	quantidade	valor

E _____

PREÇO FINAL: D + E = 22,6

Operador: TAVIUS

Supervisor: [Signature]

[Signature] Director Técnico

Data: 14/5/1

Receita Médica Nº



1131406771991

CS COVILHA - SEDE



U050300



Ministério da Saúde

Nome: GENOVEVA JESUS DIAS Telefone: 275322975 Entidade Resp.: SNS Nº de Beneficiário:		Nº Utente *297281368* R.C.: RO
 M22437	Dr. ANA BELA POMBO Especialidade: MEDICINA GERAL E FAMILIAR Contacto Telefónico	
R _x Designação do medicamento, dosagem, forma farmacéutica, dimensão da embalagem vaselina salicilada a 30 % manipulado		Nº Extenso 1 Uma
Identificação óptica		
Posologia		
Assinatura do médico prescriptor: _____ Data: 2012 / 05 / 11 Validade: 30 DIAS	1 2 3 4 Autorizo o fornecimento ou a dispensa de um medicamento genérico Assinatura do médico prescriptor: _____ X 2 3 4 Não autorizo o fornecimento ou a dispensa de um medicamento genérico Assinatura do médico prescriptor: _____	

Processado por computador - Sistema de Apoio ao Médico - ACSS



FARMÁCIA DA ALAMEDA
 Direcção Técnica Jacinto J. F. Campos
 Contribuinte Nº 151 096 147
 Telet 275 322 325 Fax. 275 323 325
 Alameda Pêro da Covilhã, 31 t/c 6200-507 COVILHÃ

Handwritten signature