

## Relatório de Estágio II

Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia / Espinho  
Farmácia Central de Ovar

Sara Alçada Frazão

Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas

Gandra, setembro de 2016

Relatório de Estágio II  
Sara Alçada Frazão

IUCS - 2016



# Relatório de Estágio II - Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas

5º Ano – 2015/2016



**Supervisor de Estágio,**  
Professor Doutor Joaquim Monteiro

---



**Orientadora de Estágio em  
Farmácia Hospitalar,**

Dr<sup>a</sup>. Cláudia Neto

---



**Orientador de Estágio em  
Farmácia Comunitária,**

Dr. Daniel Silva

---

## DECLARAÇÃO DE INTEGRIDADE

Sara Alçada Frazão, estudante do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas do Instituto Universitário de Ciências da Saúde, declara ter atuado com absoluta integridade na realização deste relatório de estágio. Neste sentido, confirma que NÃO incorreu em plágio (ato pelo qual um indivíduo assume a autoria de um determinado trabalho intelectual ou partes dele, sem a adequada citação) na elaboração deste relatório, assumindo total responsabilidade pelo conteúdo do mesmo.

Gandra, 31 de Julho de 2016

---

(Sara Alçada Frazão)

## AGRADECIMENTOS

*"A mente que se abre a uma nova ideia, jamais volta ao seu tamanho original"*

Albert Einstein

Com a conclusão do Relatório de Estágio não posso deixar de agradecer a algumas pessoas que me ajudaram nesta caminhada tão importante da minha vida pessoal e profissional.

Ao Professor Doutor Joaquim Monteiro pela sua supervisão e completa disponibilidade durante a elaboração do presente relatório. A sua paixão por farmácia contagia todos aqueles que passam pelos seus ensinamentos que foram muito além dos conteúdos do currículo.

À Professora Doutora Áurea Lima que apesar de não ter parte ativa no desenvolvimento deste documento, marcou o meu percurso académico. Foi um privilégio poder aprender consigo!

À Dra. Cláudia Neto pelo apoio e disponibilidade evidenciada ao longo do estágio e pelo admirável profissionalismo.

À Dra. Maria José Coelho, pelo seu carinho, orientação e oportunidade de aprender tão de perto com uma das melhores farmacêuticas que conheci.

Ao Dr. Daniel Silva, pelos seus ensinamentos, visões e intervenções com as quais me identifico muito e guardarei para sempre.

A toda a equipa da Farmácia Central de Ovar que me acolheu tão carinhosamente e me potenciou a aquisição de competências e ferramentas na intervenção farmacêutica.

Aos meus pais, pela força dada para continuar em frente rumo ao grande objectivo, ser farmacêutica.

À minha irmã, pela incansável ajuda nestes cinco anos e pelo apoio incondicional nos momentos bons e nos menos bons.

Aos meus avós, pela fonte de inspiração que são para mim e pelas palavras sábias nos momentos de decisão.

Aos meus amigos, pelo apoio, paciência e compreensão nos momentos que ficaram por viver.

Por fim, mas não menos importante, ao Rui, por me ajudar a alcançar todo o meu potencial e me fazer vencer obstáculos, superar os limites e crescer constantemente.

## RESUMO

O presente relatório encontra-se dividido em dois capítulos que correspondem às duas vertentes enfrentadas no decorrer do estágio final.

O primeiro capítulo é dedicado à experiência profissional alcançada no Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho evidenciando a prática adquirida e descrevendo, de forma geral, as atividades realizadas. Não menosprezando os procedimentos normalizados e seguidos em prol da uniformização da intervenção que são fundamentais na atuação nesta área da saúde, considero que as experiências proporcionadas durante este período, evidenciando as tarefas por mim realizadas e situações novas com que nunca me tinha deparado, são o espelho da minha aprendizagem e do processo de crescimento enquanto profissional.

O último capítulo inclui a experiência profissional adquirida na Farmácia Central de Ovar. De forma semelhante ao capítulo anterior descrevo as ocasiões que me proporcionaram a aquisição de novos conhecimentos e competências para a consolidação das aprendizagens adquiridas no meu percurso académico.

Em anexo, está incluído o trabalho de pesquisa desenvolvido no âmbito do ensino da técnica inalatória a utentes utilizadores dos respetivos dispositivos.

## PALAVRAS-CHAVE

Farmácia Hospitalar; Farmácia Comunitária; Ensino técnica inalatória; Aconselhamento Farmacêutico; Erros na técnica inalatória.

## **ABSTRACT**

The work reported in this paper is divided into two chapters that correspond to the two aspects discussed during the final stage of the Master degree in Pharmaceuticals Sciences.

The first chapter is dedicated to the professional experience gained in the Hospital Vila Nova de Gaia/Espinho showing and describing the acquired practice, in general, of the activities carried out. Not belittling the standard procedures followed for the sake of uniformity of the pharmaceutical intervention that are crucial in the performance in this area of health, I believe that the experiences provided during this period, displaying the tasks made by myself and new situations confronted, are mirror of my learning and growing as a professional.

The last chapter includes the professional experience in Farmácia Central de Ovar. Similarly to the previous chapter, is described the experiences that gave me the acquisition of new knowledge and skills, consolidating the learning acquired in my academic career.

Attached to this paper is included the research work about the teaching of the inhalation technique to users of inhalers.

## **KEY-WORDS**

Hospital Pharmacy; Community Pharmacy; education of inhalation technique; Pharmaceutical counseling; Errors in inhalation technique.

*"O meu trabalho pode ser uma gota no oceano mas sem ele, o oceano seria menor".*

Santa Teresa de Calcutá



# ÍNDICE

LISTA DE ACRÓNIMOS .....	10
ÍNDICE DE FIGURAS.....	11
ÍNDICE DE FLUXOGRAMAS.....	14
NOTA INTRODUTÓRIA.....	15
CAPÍTULO I: FARMÁCIA HOSPITALAR.....	16
1. CENTRO HOSPITALAR DE VILA NOVA DE GAIA/ESPINHO, E.P.E. ....	16
2. HISTÓRIA E CARACTERIZAÇÃO.....	18
3. SERVIÇO FARMACÊUTICO .....	19
3.1. Sistema Informático .....	20
4. NUTRIÇÃO PARENTÉRICA .....	21
5. VISITA À UNIDADE II.....	26
6. CITOTÓXICOS .....	27
7. SISTEMAS DE DISTRIBUIÇÃO DE MEDICAMENTOS .....	31
7.1. DISTRIBUIÇÃO CLÁSSICA .....	31
8. VALIDAÇÃO FARMACÊUTICA DA PRESCRIÇÃO MÉDICA.....	35
9. MEDICAMENTOS ESTUPEFACIENTES/PSICOTRÓPICOS E BENZODIAZEPINAS .....	40
10. DERIVADOS DO PLASMA HUMANO.....	42
11. ENSAIOS CLÍNICOS.....	44
12. ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DOS SERVIÇOS FARMACÊUTICOS .....	49
12.1. SELEÇÃO E REQUISIÇÃO DE PRODUTOS FARMACÊUTICOS .....	49
12.2. AQUISIÇÃO DE PRODUTOS FARMACÊUTICOS .....	53
13.3. RECEÇÃO DE PRODUTOS FARMACÊUTICOS .....	55
13.4. ARMAZENAMENTO DE PRODUTOS FARMACÊUTICOS .....	56
13.5. GESTÃO DE PRODUTOS FARMACÊUTICOS .....	58
13. AMBULATÓRIO HOSPITALAR.....	59
14. MANIPULAÇÃO GALÉNICA NÃO ESTÉRIL .....	65
15. PREPARAÇÃO DE MEDICAMENTOS ESTÉREIS .....	66
16. FORMAÇÃO.....	67
17. REFLEXÃO CRÍTICA.....	68
CAPÍTULO II: FARMÁCIA CENTRAL DE OVAR.....	69
1. INTRODUÇÃO.....	69
2. HISTÓRIA DA FARMÁCIA CENTRAL DE OVAR.....	70

<b>3. SISTEMA DE GESTÃO DE QUALIDADE .....</b>	<b>72</b>
<b>4. ORGANIZAÇÃO DO ESPAÇO FÍSICO E FUNCIONAL DA FARMÁCIA.....</b>	<b>73</b>
4.1. Espaço Físico .....	73
4.2. Recursos Humanos.....	77
4.3. Sistema Informático.....	78
<b>5. ENCOMENDAS E APROVISIONAMENTO .....</b>	<b>80</b>
<b>6. INTERVENÇÃO FARMACÊUTICA .....</b>	<b>82</b>
<b>SOLUÇÕES DE SAÚDE INTEGRADAS E CENTRADAS NO UTENTE.....</b>	<b>82</b>
<b>6.1. NÍVEL I – INTERVENÇÃO FARMACÊUTICA .....</b>	<b>83</b>
6.1.1. Dispensação de Medicamentos/ Produtos de Saúde por Apresentação de Prescrição Médica 83	
6.1.1.1. Prescrição médica eletrónica.....	83
6.1.1.2. Prescrição médica manual.....	85
6.1.2. Dispensação de Medicamentos/ Produtos de Saúde sem Apresentação de Prescrição Médica – Indicação Farmacêutica.....	87
6.1.2.1. Normas de Orientação Terapêutica.....	89
6.1.3. Preparação de Medicamentos Manipulados .....	90
6.1.4. Determinação de parâmetros – “CheckSaúde” .....	92
6.1.4.1. Parâmetros Fisiológicos .....	92
6.1.4.2. Parâmetros Bioquímicos.....	95
6.1.5. Informação para a saúde.....	96
6.1.6. Farmacovigilância.....	101
<b>6.2. NÍVEL II – INTERVENÇÃO FARMACÊUTICA .....</b>	<b>106</b>
6.2.1. Administração de Vacinas e Medicamentos Injetáveis .....	106
6.2.2. Cuidados Farmacêuticos.....	107
<b>6.3. NÍVEL III – INTERVENÇÃO FARMACÊUTICA .....</b>	<b>109</b>
6.3.1. Acompanhamento Farmacoterapêutico .....	109
<b>7. SEGMENTO VETERINÁRIO NA FARMÁCIA COMUNITÁRIA .....</b>	<b>112</b>
<b>8. CONTABILIDADE E GESTÃO DA FARMÁCIA .....</b>	<b>114</b>
8.1. Grupo <i>HealthPorto</i> .....	114
8.2. Planeamento de Objetivos de Venda .....	115
8.3. Gestão de <i>Stocks</i> .....	116
8.4. Processamento de Receituário e Faturação .....	117
8.5. Papel do SGQ na Gestão da Farmácia .....	118
8.6. <i>Customer Relationship Management (CRM)</i> .....	118
<b>9. COMEMORAÇÃO DOS 30 ANOS .....</b>	<b>120</b>
<b>10. REFLEXÃO CRÍTICA .....</b>	<b>121</b>
<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>122</b>
<b>BIBLIOGRAFIA.....</b>	<b>123</b>

## LISTA DE ACRÓNIMOS

- AA** - Armazéns Avançados
- AIM** - Autorização de Introdução no Mercado
- AO** - Assistente Operacional
- AT** - Assistente Técnica
- AUE** – Autorização de Utilização Excecional
- BPF-FC** - Boas Práticas Farmacêuticas para a Farmácia Comunitária
- CFT** - Comissão de Farmácia e Terapêutica
- CFLv** - Câmara de Fluxo de Ar Laminar Vertical
- CHVNG/E** - Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, E.P.E
- CRM** - *Customer Relationship Management*
- DIDDU** - Distribuição Individualizada Diária por Dose Unitária
- EC** - Ensaio Clínico
- FCO** - Farmácia Central de Ovar
- FHNM** - Formulário Hospitalar Nacional do Medicamento
- GCP** - *Good Clinical Practice*
- HDO** - Hospital de Dia de Oncologia
- INFARMED** - Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde I.P.
- NP** - Nutrição Parentérica
- OMS** – Organização Mundial de Saúde
- PAP** - Programa de Acesso Precoce
- RAM** - Reação adversa medicamentosa
- RCM** - Resumo das Características do Medicamento
- SF** - Serviço Farmacêutico
- SI** – Sistema informático
- SNS** – Serviço Nacional de Saúde
- SPMS** - Serviços Partilhados do Ministério da Saúde
- TDT** - Técnico de Diagnóstico e Terapêutica
- UFC** – Unidade Regional de Farmacovigilância do Centro
- UPC** - Unidade de Produção de Citotóxicos
- VIH** - Vírus da Imunodeficiência Humana

## ÍNDICE DE FIGURAS

- Figura 1** - Calendarização de tarefas do mês de março
- Figura 2** - Calendarização de tarefas do mês de abril
- Figura 3** - Hospital Eduardo Santos Silva (Unidade I)
- Figura 4** - Hospital Distrital de Gaia (Unidade II)
- Figura 5** - Hospital Nossa Senhora da Ajuda (Unidade III - Espinho)
- Figura 6** - Interação do Sistema de Gestão Integrada do Circuito do Medicamento
- Figura 7** - Planta Física da Área de Produção dos Serviços Farmacêuticos
- Figura 8** - Sala de Nutrição Parentérica
- Figura 9** - Sala de Acesso à Antecâmara
- Figura 10** - Antecâmara
- Figura 11** - Sala de Preparação de Nutrição Parentérica
- Figura 12** - Serviço Farmacêutico da Unidade II
- Figura 13** - Apoio à Área de Produção de Citotóxicos
- Figura 14** - *Transfer* da Unidade de Produção de Citotóxicos
- Figura 15** - Hospital de Dia de Oncologia
- Figura 16** - Kardex<sup>®</sup>
- Figura 17** - Sistema de Distribuição Pyxis<sup>®</sup>
- Figura 18** - Gaveta de segurança baixa
- Figura 19** - Gaveta de segurança intermédia
- Figura 20** - Gaveta de segurança alta
- Figura 21** - Área reservada à Distribuição Individualizada Diária em Dose Unitária
- Figura 22** - Malas da Distribuição Individualizada Diária em Dose Unitária
- Figura 23** - Sala dos medicamentos estupefacientes/psicotrópicos e benzodiazepinas
- Figura 24** - Sala reservada aos Ensaio Clínicos
- Figura 25** - Conduta de um Ensaio Clínic
- Figura 26** - Carimbo de conformidade
- Figura 27** - Armazém Central dos Serviços Farmacêuticos
- Figura 28** - Zona de ambulatório do CHVNG/E
- Figura 29** - Farmácia Central de Ovar
- Figura 30** - Espaço interior da farmácia (2012)

- Figura 31** - Espaço interior atual (2016)
- Figura 32** - Ciclo de Deming (Plan, Do, Check, Act)
- Figura 33** - Montra (06/05/2016)
- Figura 34** - Área de atendimento ao público
- Figura 35** - Gabinete de atendimento personalizado
- Figura 36** - Serviços prestados
- Figura 37** - Área de receção de encomendas
- Figura 38** - Laboratório
- Figura 39** - Biblioteca
- Figura 40** - Equipa da Farmácia Central de Ovar
- Figura 41** - Organograma da farmácia
- Figura 42**- Vantagens e Desvantagens da receita sem papel
- Figura 43** - Registo de psicotrópicos e estupefacientes
- Figura 44** - Promoção de estilos de vida saudáveis
- Figura 45** - Valores de referência para a pressão arterial
- Figura 46** - Classificação da obesidade no adulto em função do IMC e risco de comorbilidades
- Figura 47** - Relação entre o perímetro abdominal e o risco de complicações metabólicas
- Figura 48** - Valores de referência nos parâmetros bioquímicos determinados na FCO
- Figura 49** - Oportunidades de melhoria através do uso responsável do medicamento
- Figura 50** - Meios de comunicação da FCO
- Figura 51** - Dinâmica conjunta com a Câmara Municipal de Ovar
- Figura 52** - Diversidade de rastreios realizados pela FCO
- Figura 53** - Palestra sobre obesidade: "Uma intervenção transversal"
- Figura 54** - Projeto Escolas Uriage
- Figura 55** - Notificação de RAM no Portal RAM
- Figura 56** - Avaliação de Causalidade
- Figura 57** - Notificação de RAM à UFC
- Figura 58** - Evolução da quota de medicamentos genéricos, em unidades, no mercado do SNS
- Figura 59** - Requisitos obrigatórios para a administração de medicamentos injetáveis em farmácia comunitária

**Figura 60** - Metodologia na prestação de cuidados farmacêuticos baseada no método IASER®

**Figura 61** - Vantagens apresentadas pela AcF na implementação do serviço

**Figura 62** - Espaço animal

**Figura 63** - Aconselhamento farmacêutico no setor veterinário

**Figura 64** - Encomenda *willing*

**Figura 65** - Conferência do Receituário

**Figura 66** - Logótipo da FCO

**Figura 67** - Ações dinamizadas na FCO

**Figura 68** - II Caminhada Solidária da Farmácia Central de Ovar

## ÍNDICE DE FLUXOGRAMAS

**Fluxograma I** – Processo de Validação dos Protocolos de Quimioterapia

**Fluxograma II** – Dispensa de Hemoderivados

**Fluxograma III** – Procedimento de Distribuição Individualizada Diária em Dose Unitária

**Fluxograma IV** – Procedimento de requisição de medicamentos sem AIM em Portugal

**Fluxograma V** – Processo de aquisição de medicamentos

**Fluxograma VI** – Receção de encomendas

**Fluxograma VII** – Gestão de encomendas

**Fluxograma VIII** – Produção de medicamentos manipulados

## NOTA INTRODUTÓRIA

Finalizado o estágio de Análises Clínicas, o entusiasmo pelo próximo estágio instalou-se. O contacto com o mundo do trabalho é totalmente diferente com o imaginado no decorrer do percurso académico. No entanto, a formação recebida durante os nove semestres inseridos no Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas e as experiências partilhadas pelos docentes foram componentes essenciais para a minha preparação. Este estágio revela-se como uma rampa de lançamento para a vida profissional pondo à prova os conhecimentos adquiridos.

A modalidade do Estágio optada foi uma escolha bastante refletida. No final, a possibilidade de conhecer duas realidades diferentes prevaleceu em relação a uma experiência mais alargada apenas numa saída profissional (Farmácia Comunitária). Assim, face à oportunidade dada, escolhi a modalidade de três meses em farmácia comunitária na Farmácia Central em Ovar (FCO) e dois meses em farmácia hospitalar no Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho, E.P.E. (CHVNG/E).





## CAPÍTULO I: FARMÁCIA HOSPITALAR

### 1. CENTRO HOSPITALAR DE VILA NOVA DE GAIA/ESPINHO, E.P.E.

No primeiro dia de estágio apresentei-me junto do secretariado do Serviço Farmacêutico Hospitalar (SF), sentindo uma enorme vontade de aprender e aproveitar ao máximo a oportunidade que me foi dada.

Após o primeiro contacto e apresentação da orientadora de estágio, Dra. Cláudia Neto foi efetuada uma visita ao SF, identificando as diversas áreas funcionais e respetivos colaboradores.

Posteriormente, a orientadora elucidou a planificação do estágio, elaborado cuidadosamente, de forma a rentabilizar a estadia no SF (Figura 1 e 2).

#### Março 2016

Segunda-Feira	Terça-Feira	Quarta-Feira	Quinta-Feira	Sexta-Feira	Sábado	Domingo
	1 Nutrição Parentérica	2 Nutrição Parentérica	3 Nutrição Parentérica	4 Nutrição Parentérica	5	6
7 Citotóxicos	8 Citotóxicos	9 Citotóxicos	10 Citotóxicos	11 Citotóxicos	12	13
14 Clássica	15 Clássica	16 Clássica	17 Clássica	18 Clássica	19	20
21 Validação Dose Unitária	22 Dose Unitária	23 Dose Unitária	24 Dose Unitária	25 /	26	27
28 Ensaio Clínicos	29 Ensaio Clínicos	30 Processos Administrativos	31 Receção de encomendas Aproveitamento			

Figura 1 - Calendarização de tarefas do mês de março



## Abril 2016

Segunda-Feira	Terça-Feira	Quarta-Feira	Quinta-Feira	Sexta-Feira	Sábado	Domingo
				1 <b>Formação Uriage®</b>	2	3
4 <b>Ambulatório</b>	5 <b>Ambulatório</b>	6 <b>Ambulatório</b>	7 <b>Ambulatório</b>	8 <b>Ambulatório</b>	9	10
11 <b>Ambulatório</b>	12 <b>Ambulatório</b>	13 <b>Ambulatório</b>	14 <b>Jornadas Científicas IUCS</b>	15 <b>Jornadas Científicas IUCS</b>	16	17
19 <b>Ambulatório</b>	20 <b>Relatório</b>	20 <b>Clássica</b>	21 <b>Relatório</b>	22 /	23	24
25 /	26 <b>Relatório</b>	27 <b>Relatório</b>	28 <b>Relatório</b>	29 <b>Visita à Unidade II</b>	30	

Figura 2 - Calendarização de tarefas do mês de abril

Uma vez atribuídas as tarefas, o passo seguinte foi efetuar a leitura do Manual de Acolhimento do Estagiário e o Manual de Procedimentos da Unidade de Preparação de Nutrição Parentérica para enquadramento teórico desta área.

Estes manuais foram criados com o objetivo de fazer uma descrição de cada setor e estabelecer procedimentos normalizados de trabalho, assegurando assim que todas as funções e atividades dos farmacêuticos do CHVNG/E sejam conduzidas de forma consistente, eficiente e em concordância com a legislação vigente e com as Boas Práticas Farmacêuticas.

## 2. HISTÓRIA E CARACTERIZAÇÃO

Com o objetivo de compreender melhor a dinâmica do CHVNG/E é importante conhecer o seu historial e organização. Por isso, foi marcada uma reunião conjunta com a Diretora do Serviço Farmacêutico, Doutora Aida Batista e os três novos estagiários para apresentação do CHVNG/E.

Nas primeiras décadas do século XX, foi criado o Hospital de Repouso de D. Manuel II, um sanatório que se destinava ao tratamento de utentes com tuberculose, que anos mais tarde se chamaria Hospital Eduardo Santos Silva.

Após algumas transformações, em 2007, é criado o CHVNG/E que resulta da fusão de três unidades Hospitalares (Figura 3, 4 e 5), sendo um hospital central da região de Entre Douro e Vouga, que conta com a visita diária de mais de dois mil utentes e tem uma lotação de 558 camas.

Sem prejuízo do princípio da liberdade de escolha no acesso à rede nacional de prestação de cuidados de saúde, o CHVNG/E, serve preferencialmente, a população de utentes da área de influência que lhe está atribuída pelas redes de diferenciação hospitalar.



Figura 3- Hospital Eduardo Santos Silva (Unidade I)



Figura 4- Hospital Distrital de Gaia (Unidade II)



Figura 5- Hospital Nossa Senhora da Ajuda (Unidade III - Espinho)



### 3. SERVIÇO FARMACÊUTICO

O Serviço Farmacêutico Hospitalar é regulamentado pelo Decreto-Lei nº44 204, de 2 de Fevereiro de 1962 e constitui uma estrutura indispensável dos cuidados de saúde integrados em meio hospitalar. Este documento originou o Regulamento Geral da Farmácia Hospitalar e foi considerado um avanço inovador em relação à situação existente já que estabeleceu a autonomia técnica do SF. Além disso, definiu as funções dos serviços, propôs a utilização do sistema do Formulário Hospitalar Nacional de Medicamentos (FHNM) e a existência da Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) constituída por médicos e farmacêuticos do quadro do Hospital.

Este serviço possui autonomia técnica e científica, sujeito à orientação geral dos Órgãos de Administração do Hospital, perante os quais respondem pelos resultados da sua atividade. O SF também assegura a terapêutica medicamentosa aos utentes, promovendo a sua correta utilização e gestão, de forma a garantir a qualidade dos cuidados farmacêuticos prestados.

É de realçar que para além de rentabilizar os recursos e minimizar os custos e desperdícios, o SF é responsável pelas seguintes atividades:

1. Seleção e aquisição de medicamentos, produtos farmacêuticos e dispositivos médicos;
2. Aprovisionamento, armazenamento e distribuição dos medicamentos;
3. Produção de medicamentos;
4. Farmácia Clínica, Farmacocinética, Farmacovigilância e a prestação de Cuidados Farmacêuticos;
5. Participação nos Ensaio Clínicos;
6. Informação de Medicamentos;
7. Participação em Comissões Técnicas (Farmácia e Terapêutica, Ética, Infecção Hospitalar, Nutrição Artificial) e grupos de trabalho (Ensaio Clínicos)
8. Colaboração na elaboração de protocolos terapêuticos;
9. Desenvolvimento de ações de formação.

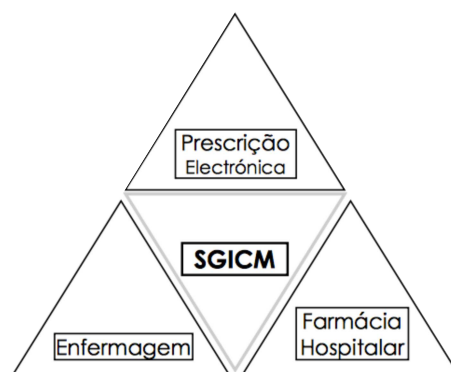
O SF assegura as suas funções 24 horas, 7 dias por semana, mediante turnos. No entanto, existem áreas de atividade com horários definidos, como: distribuição em regime ambulatorio, preparação de nutrição parentérica, preparação de citotóxicos e ensaios clínicos (Manual de Acolhimento do Estagiário, 2012).

A maioria dos farmacêuticos estão habilitados com o grau de especialista apresentando assim as competências necessárias para a realização de todas as tarefas. Deste modo e pela capacidade de assumir diversas responsabilidades no que diz respeito ao circuito do medicamento, a equipa do SF do CHVNG/E, articula entre si de forma rotativa, nas tarefas a realizar por cada área de atividade sendo que existe um farmacêutico responsável por área nomeadamente: na distribuição, preparação de medicamentos, distribuição de substâncias estupefacientes e psicotrópicos e ensaios clínicos.

### 3.1. Sistema Informático

O CHVNG/E adquiriu o sistema informático (SI) à *Glantt - Healthcare Solution*<sup>®</sup> que contempla um sistema de gestão integrada do circuito do medicamento - SGICM<sup>®</sup> (Figura 6). Esta ferramenta é indispensável nas tarefas diárias do SF, apresentando como principais vantagens:

- Conhecimento rigoroso do perfil farmacoterapêutico dos utentes;
- Redução de erros de medicação;
- Diminuição de riscos de interações medicamentosas;
- Racionalização da terapêutica e dos diversos *stocks* nos serviços;
- Controlo mais rigoroso dos custos;
- Redução significativa de desperdícios;



**Figura 6** – Interação do Sistema de Gestão Integrada do Circuito do Medicamento.

## 4. NUTRIÇÃO PARENTÉRICA

Esta área de produção está separada das restantes áreas de trabalho, de forma a proteger os processos realizados com técnica asséptica, minimizando o potencial risco de contaminação decorrente da circulação de pessoas e materiais. É importante, por isso, garantir o fluxo unidirecional do pessoal e do produto acabado (Figura 7).



Figura 7 – Planta Física da Área de Produção do SF

Na sala de Nutrição Parentérica (NP) (Figura 8), recebem-se as prescrições de Neonatologia (Unidade II) via e-mail e procede-se à confirmação do “OK” para a nutrição de adultos por serviço. Através da janela (J) é pedido o material necessário para as preparações do dia descontaminando com álcool 70% pelo Assistente Operacional (AO).



Figura 8- Apoio à área de Nutrição Parentérica

A área de acesso à Antecâmara (Figura 9) está dotada de cacifos para colocação da roupa e adereços pessoais, permitindo a troca por vestuário de circulação. A farda é constituída por túnica, calças, touca e calçado exclusivo à manipulação. Os protetores de calçado colocam-se utilizando o banco corrido existente, devendo-se utilizar uma solução alcoólica desinfetante nas mãos antes de entrar na área seguinte.



**Figura 9-** Sala de Acesso à Antecâmara.

Na antecâmara (Figura 10), aprendi quais os procedimentos importantes para minimizar o risco de contaminação, tais como: a colocação da máscara cirúrgica, a lavagem assética das mãos, punho e antebraços, a utilização da bata cirúrgica estéril e luvas estéreis.



**Figura 10-** Antecâmara.

Na sala de preparação (Figura 11) são elaboradas as nutrições parentéricas em Câmara de Fluxo de Ar Laminar Horizontal, por uma equipa de Farmacêutico e Técnico de Diagnóstico e Terapêutica (TDT). Esta sala está equipada com material de fácil limpeza e *transfers* de entrada e saída para a área de controlo do produto acabado, onde este é posteriormente, embalado e colocado numa mala térmica para transporte.



Figura 11- Sala de Preparação de Nutrição Parentérica.

### Principais conhecimentos adquiridos:

A Unidade Curricular de Nutrição Humana ajudou-me bastante nos conceitos base, no entanto, com a experiência *in loco*, repleta de oportunidades enriquecedoras, proporcionou-me aproveitar ao máximo a azáfama vivenciada na NP.

#### 1. Conceitos Teóricos

A NP consiste no aporte total ou parcial de nutrientes por via intravenosa, com o objetivo de manter ou melhorar o estado nutricional dos doentes que não apresentam capacidade para assimilar a nutrição por via digestiva.

#### 2. Acompanhamento na validação das prescrições médicas

No caso de prescrição para adultos, são utilizadas bolsas *standard* no entanto, a avaliação nutricional do doente conta com o apoio da Nutricionista. A aditivação das bolsas comercializadas disponíveis é realizada apenas nos dias úteis. Ao fim de semana, são fornecidas as bolsas dos adultos para os três dias. Caso não se utilizem, procede-se à devolução de bolsas ao SF.

Para o serviço de Neonatologia é importante a preparação de fórmulas personalizadas consoante as necessidades nutricionais dos neonatos e bebés. Para este grupo etário, as bolsas são produzidas diariamente, sete dias por semana, uma vez que por apresentarem um metabolismo muito delicado, são necessárias modificações diárias nos volumes e aportes de macro e micronutrientes. O médico através do programa informático PrePare® prescreve a composição da preparação, sendo posteriormente avaliada pelo Farmacêutico. Nesta avaliação, é imprescindível que:





- ✓ O volume correspondente à soma de todos os componentes é o que está indicado na prescrição;
- ✓ O ritmo de perfusão é correto para o volume da preparação;
- ✓ A concentração das soluções utilizadas para preparação são as mesmas descritas na prescrição médica;

No decorrer da semana atribuída à NP, pude vivenciar a importância deste último ponto uma vez que me deparei com uma prescrição médica com cálculos para Solução de Potássio a 2 mmol enquanto que no SF, só se utiliza Solução de Potássio a 1 mmol. Se este pormenor tivesse passado despercebido e os farmacêuticos responsáveis não conferissem sempre a prescrição enviada, o neonato estaria a fazer metade daquilo que foi recomendado pelo médico já que se colocaria o volume pedido de uma solução com metade da concentração utilizada para os cálculos!

### **3. Identificação e caracterização das bolsas de nutrição disponíveis**

Quando se utilizam bolsas *standard* é importante dispor de uma variedade de misturas nutritivas com um diferencial no seu conteúdo calórico, no aporte de azoto, no volume final e na composição, com especial referência ao conteúdo ou não de lípidos, de modo a cobrir o maior número de situações clínicas.

O CHVNG/E dispõe de um conjunto de 9 bolsas *standard* tri-compartimentadas (Anexo A.I). Estas bolsas apresentam como principais vantagens o facto de implicar menor tempo de preparação, menor probabilidade de ocorrência de erro, menor número de manipulações e consequentemente, a diminuição da probabilidade de contaminação, menor custo e estarem facilmente disponíveis para inícios de terapêutica fora do horário de funcionamento da área. Apesar destas bolsas possuírem menor flexibilidade uma vez que não é possível uma individualização da prescrição, estas contemplam a satisfação das necessidades da maioria das situações clínicas dos doentes adultos.

No entanto, mediante a prescrição médica pode ser efetuada aditivação com oligoelementos, vitaminas hidro e lipossolúveis.

Existe apenas uma bolsa disponível que permite acesso venoso periférico. Esta é utilizada em detrimento das bolsas com acesso por cateter venoso central quando se pretende administrar soluções de baixa osmolaridade (<600 a 900 mOsm/L) por curtos períodos de tempo (10-14 dias).



#### 4. Aprendizagem da técnica asséptica de lavagem e de manipulação

Da pele desprendem-se células escamosas contendo microrganismos, razão pela qual se deve ser extremamente cuidadoso no procedimento de lavagem das mãos, punhos e antebraços. Esta limpeza e o uso correto dos elementos de proteção deve realizar-se segundo procedimentos *standard* (Anexo A. II).

#### 5. Acompanhamento do processo de manipulação

O farmacêutico responsável pela preparação das misturas nutritivas deve ser conhecedor dos fatores que podem influenciar a estabilidade destas para que se possa evitar o seu aparecimento, assegurando a qualidade galénica da preparação.

A preparação das bolsa de NP deve utilizar técnicas adequadas para assegurar: a compatibilidade físico-química, esterilidade, apirogenicidade e ausência de partículas, assim como a composição e doses prescritas. Para isso são utilizados procedimentos de acordo com as boas práticas para a preparação de NP.

Além dos cuidados descritos anteriormente, são necessários alguns cuidados adicionais, tais como:

- ✓ Utilizar bolsas que evitem a migração de partículas plastificantes;
- ✓ Não aditivar fosfato e cálcio de forma consecutiva;
- ✓ Não misturar lípidos diretamente em glicose sem a presença de aminoácidos;
- ✓ Não aditivar os eletrólitos diretamente às emulsões lipídicas;
- ✓ Adicionar os lípidos sempre no final para facilitar a inspeção visual;
- ✓ Homogeneizar a NP;
- ✓ Não deixar ar residual na bolsa.

O controlo microbiológico das bolsas de NP (meio de cultura Aeróbio e Anaeróbio) é efetuado diariamente na última bolsa preparada de Adultos e de Neonatologia. É ainda preparada uma bolsa de NP controlo, mensalmente, da qual se retiram amostras nos dias 1 e 8 (Manual de Procedimentos da Unidade de Preparação de Nutrição Parentérica, 2012).

Durante o estágio tive oportunidade de acompanhar a manipulação dentro da sala branca, em câmara de fluxo de ar laminar horizontal, e preparar uma bolsa lipídica de Neonatologia.

## 5. VISITA À UNIDADE II

O dia 29 de Abril foi reservado para visitar a Unidade II, onde se localiza o Serviço de Ortopedia e as especialidades Materno-Infantil, para onde são enviadas as bolsas preparadas pelo SF.

O início da manhã foi reservado para conhecer o SF desta Unidade, juntamente com o farmacêutico destacado para esta área e o AO que o auxilia (Figura 12).

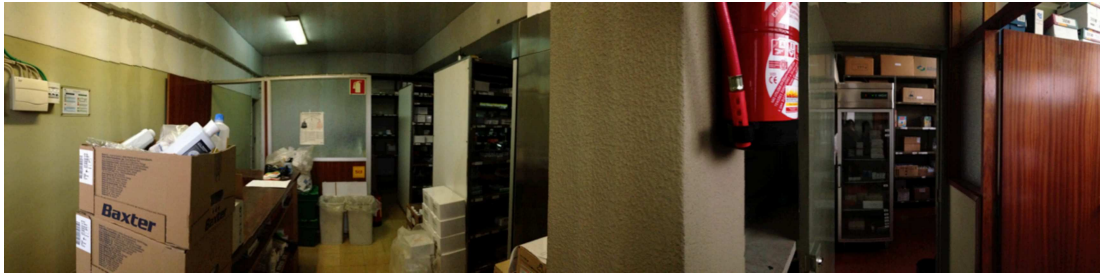


Figura 12- Serviço Farmacêutico da Unidade II.

No final da manhã, o desejo de conhecer os neonatos foi concretizado. É muito compensador, ao final de dois meses, associar o nome que me acompanhou todos os dias da semana dedicada à NP a uma cara, a um neonato nascido de parto pré-termo e saber que o trabalho farmacêutico ajuda a fornecer todos os nutrientes necessários para a sua luta diária.

## 6. CITOTÓXICOS

A Unidade de Produção de Citotóxicos (UPC) integra a produção estéril, conjuntamente com a NP, partilhando a área de acesso à antecâmara e à própria antecâmara (Figura 9 e 10). Além disso, é também constituída pela sala branca, onde se efetua a manipulação e sala de apoio (Figura 13).



Figura 13- Apoio à Área de Produção de Citotóxicos

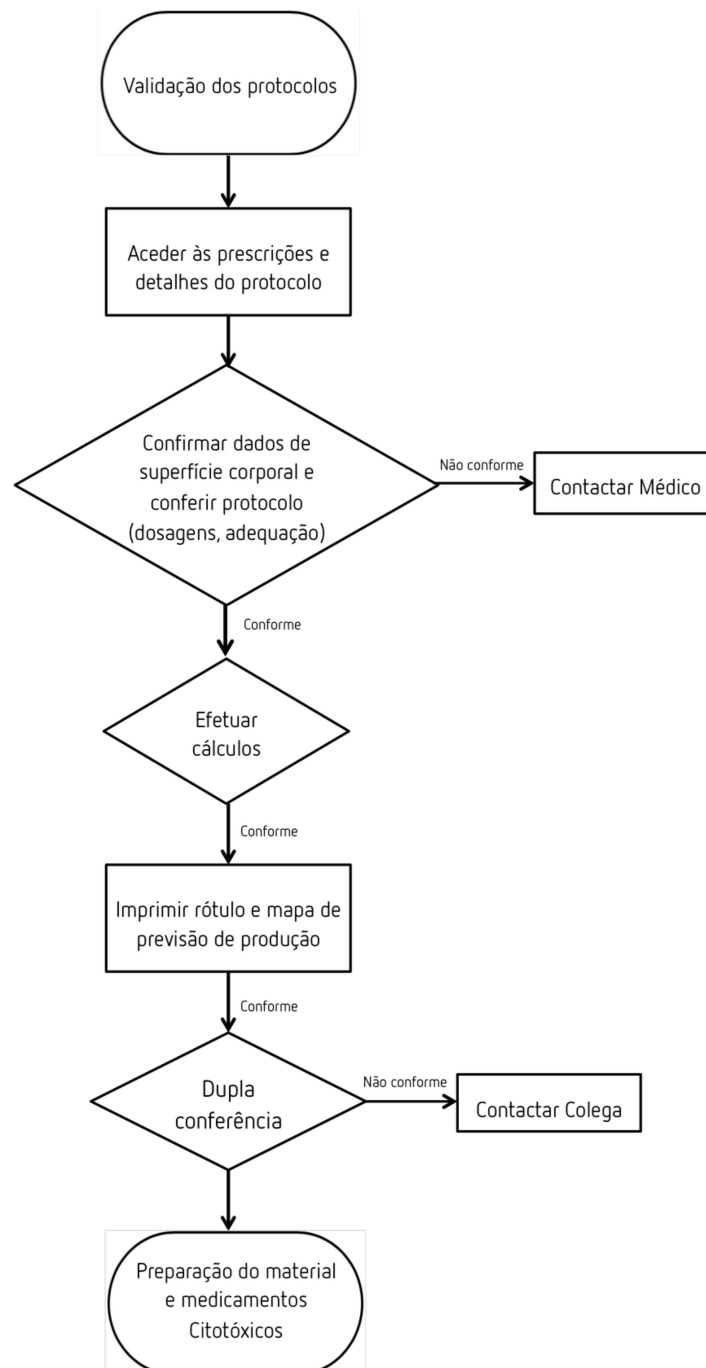
Nesta área todas as funções estão bem definidas, sendo constituída diariamente por dois farmacêuticos (um de apoio à área de produção e outro de apoio à manipulação), um TDT e dois AO.

A prioridade, neste caso, ao contrário do verificado na NP (proteção da preparação) é a minimização da exposição do operador a aerossóis e derrames acidentais. Isto, é conseguido através da adoção de medidas de engenharia, como a câmara de fluxo de ar laminar vertical (CFLv) tipo IIb, em sala pressurizada negativamente, evitando a saída de aerossóis de citotóxicos e através do equipamento de proteção individual apropriado para a sua manipulação.

Devido às suas características, estas substâncias exigem particular cuidado no que respeita ao seu transporte, armazenamento, manipulação e administração. Por isso, todos os profissionais envolvidos no circuito devem receber formação acerca dos riscos de exposição, dos procedimentos específicos a adotar e serem submetidos a exames médicos periódicos.

O processo de preparação destes medicamentos inicia-se com a receção das prescrições médicas (até 48 horas antes do início do tratamento), proporcionando a sua validação no dia anterior à preparação (Fluxograma I). No próprio dia, quando o doente reúne todas as condições clínicas para receber o tratamento, é confirmada pelo serviço

clínico o “OK para tratamento do doente X”, via e-mail (Manual de Procedimentos da Unidade de Preparação de Citotóxicos, 2012).



Fluxograma I – Processo de Validação dos Protocolos de Quimioterapia

Após a preparação do tratamento por um TDT e verificado por um farmacêutico (processo com dupla conferência), procede-se à rotulagem e coloca-se no *transfer* para a sala de apoio (Figura 14). De seguida, o AO acondiciona-as numa mala rígida e impermeável, onde são transportadas para o Hospital de Dia de Oncologia (HDO), assim como a medicação oral complementar ao ciclo, preparada pelo farmacêutico de apoio à área (Figura 15).

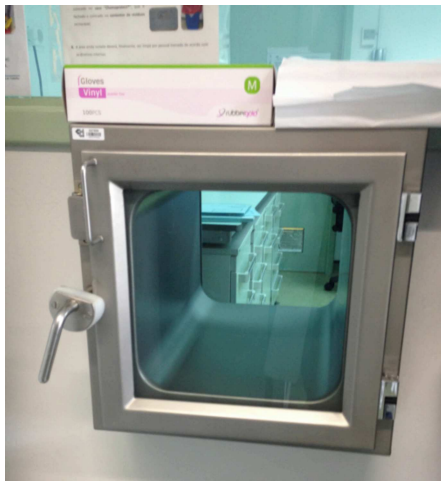


Figura 14 – *Transfer* da UPC



Figura 15 – Hospital de Dia de Oncologia

Durante essa semana, no âmbito da UPC, tive possibilidade de acompanhar a AO ao HDO. Com esta experiência compreendi o dinamismo do funcionamento da administração da quimioterapia e pude aperceber-me o motivo de várias dúvidas colocadas telefonicamente pelos enfermeiros à UPC.

Nesse dia, tive oportunidade de explicar a uma utente que apercebendo-se que era uma estagiária do SF, se interessou em saber mais sobre o circuito do seu medicamento. Esta curiosidade deve-se ao facto da doente chegar ao HDO às 10h30min para a consulta do “OK para quimioterapia” e o seu tratamento só chegar perto das 14 horas. Além disso, acresce o período da quimioterapia, implicando longos períodos de espera. Desta forma, combinei em explicar-lhe todo o circuito do medicamento no seu ciclo de tratamento seguinte. Foi uma experiência muito agradável, com envolvimento pessoal e profissional que pude experienciar *in loco*, o benefício que pode ter a intervenção de um profissional de saúde, no dia a dia do HDO. Desde esse dia até ao final do meu estágio no CHVNG/E acompanhei o percurso desta doente.



---

**Desafio:**

No segundo dia na UPC foi rececionado um protocolo com um regime terapêutico incomum. O respetivo protocolo já tinha sido preparado pela UPC no entanto, a dúvida centrava-se no facto de ser um regime indicado para a patologia em causa. Neste contexto, a farmacêutica responsável de apoio à preparação, encarregou-me de pesquisar se este protocolo de quimioterapia poderia ser aplicado à patologia da utente.

Acolhi o desafio e através dos dados da paciente, pus “mãos à obra” recordando os conselhos que foram dados na Unidade Curricular de Farmácia Hospitalar, principalmente numa aula de cariz teórico-prático em que fizemos um exercício semelhante.

Após a pesquisa, deparei-me com a existência do protocolo rececionado pelo SF com aprovação pela *NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology* para a patologia em questão.

Com este desafio compreendi que a seleção do esquema terapêutico assim como dosagem dos agentes antineoplásicos é bastante complexa. Frequentemente são necessárias, modificações de dose e iniciação de tratamentos de suporte devido à toxicidade esperada, variabilidade individual e comorbilidades associadas. Por isso, de forma a otimizar a terapêutica, torna-se necessário utilizar regimes terapêuticos aprovados por entidades de referência nesta matéria. Os clínicos devem escolher e adequar as opções de tratamento, baseando-se no paciente e suportando como máxima *“Treat the patient not the disease”*.



## 7. SISTEMAS DE DISTRIBUIÇÃO DE MEDICAMENTOS

Uma das principais funções do SF é assegurar a distribuição de medicamentos, com circuitos próprios que fomentam o uso racional do medicamento e o disponibilizam para o cumprimento da prescrição médica proposta, na dose e quantidade certa.

No CHVNG/E, podem ser considerados os seguintes métodos de distribuição:

- Distribuição de medicamentos a doentes em regime de internamento:
  - Distribuição Clássica ou Tradicional – Sistema de Reposição de *Stocks* Nivelados;
  - Distribuição Individualizada Diária em Dose Unitária (DIDDU)
- Distribuição de medicamentos a doentes em regime ambulatorio
- Distribuição de medicamentos sujeitos a legislação restritiva:
  - Medicamentos Estupefacientes e Psicotrópicos
  - Medicamentos Hemoderivados
  - Medicamentos de justificação obrigatória

### 7.1. DISTRIBUIÇÃO CLÁSSICA

Neste tipo de distribuição, os pedidos são efetuados pelos serviços pelo enfermeiro chefe e têm como objetivo a reposição de *stock* previamente definido e aprovado ou satisfação de necessidades pontuais. Esses pedidos dão origem a uma distribuição grossista de medicação. No entanto, torna-se impossível um controlo de existências em tempo real assim como a validação farmacêutica da prescrição médica. Para além disso, a acumulação de *stock* nos serviços dificulta a verificação dos prazos de validade levando a possíveis desperdícios de recursos.

Atualmente, a maioria dos serviços do CHVNG/E possuem Armazéns Avançados (AA) com *stocks* pré-estabelecidos, qualitativamente e quantitativamente. O SF gera os pedidos diários para os serviços consoante o acordado para cada dia da semana (reposição de *stocks* máximos ou mínimos).

Normalmente, os TDT utilizam o Kardex® para efetuarem a reposição dos AA (Figura 16). Este sistema de armazenamento é semi-automático e composto por um armário controlado eletronicamente gerido por um *software*.





Figura 16 – Kardex®

Na área de distribuição clássica está ainda incluído, embora seja um sistema preparado para a distribuição individualizada em dose unitária, o sistema de distribuição Pyxis®. Este sistema está inserido no Serviço de Psiquiatria e na Unidade de Cuidados Intensivos de Cirurgia Cardiorácica e armazena fármacos pré-estabelecidos pelos serviços clínicos e farmacêutico (Figura 17). A introdução de equipamentos semiautomáticos de distribuição contribuem, de uma forma geral, para uma maior segurança e racionalização na utilização dos recursos. Assim, o Pyxis® é constituído por várias gavetas de segurança (baixa, intermédia e alta) que permitem imputar o consumo diretamente ao doente, ao invés do tradicional consumo ao serviço permitindo um controlo mais apertado sobre os medicamentos e quantidades administradas (Figura 18, 19 e 20).



Figura 17 - Sistema de distribuição Pyxis®



Figura 18 – Gaveta de segurança baixa



Figura 19 – Gaveta de segurança intermédia



Figura 20 – Gaveta de segurança alta



Após a validação da prescrição médica destes serviços clínicos por parte do farmacêutico, o enfermeiro identifica-se, ficando com acesso à terapêutica farmacológica do doente. Na gaveta de segurança baixa, o utilizador tem acesso a todos os medicamentos existentes nos compartimentos. Nas gavetas de segurança intermédia, tem acesso apenas ao compartimento do medicamento registado. Nas gavetas de segurança alta, apenas é permitido o acesso à medicação registada para administração, bem como à quantidade exata necessária. Estes últimos compartimentos estão, normalmente, reservados aos medicamentos estupefacientes e psicotrópicos.

Durante o estágio, tive oportunidade de acompanhar um TDT e um Farmacêutico na reposição dos Pyxis® existentes.

O Farmacêutico responsável pela Distribuição Clássica é ainda responsável pela aquisição de produtos de saúde; dupla conferência na receção de estupefacientes/psicotrópicos, receção de hemoderivados; obtenção, cedência e regularização de empréstimos a outros hospitais e registar faltas de *stock*.

Esta última tarefa é executada através de um *software* próprio do CHVNG/E (GSFarma) em combinação com o SI da *Glintt – Healthcare Solution* que emite uma listagem de produtos e em quantidades inferiores ao definido como *stock* normal (abaixo dos 40%) e em falta, permitindo encomendar produtos antes de entrarem em rutura de *stock*. Assim, para proceder à aquisição de medicamentos, o farmacêutico responsável deve primeiramente consultar as existências (a fim de se certificar que estão corretas) e quais os movimentos efetuados nos últimos meses para estimar a quantidade necessária a encomendar através de indicadores de gestão disponibilizados pelo SI. Além disso, estes *softwares* emitem listagens de produtos que estão por rececionar para facilitar o contacto com as firmas, regularizando estas faltas (Manual de Procedimentos do Armazém Central/Distribuição Clássica, 2012).

### **Desafio:**

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



Esta seleção baseia-se no FHNM e adendas resultantes dos pareceres da CFT do Hospital e autorizações concedidas pelo CA.

Neste seguimento e durante a minha permanência na área de Distribuição Clássica foi-me solicitado para avaliar o Resumo das Características do Medicamento (RCM) de um medicamento genérico que, se tudo estivesse em conformidade, seria adquirido pelo CHVNG/E. Esta avaliação tornou-se necessária, uma vez que o medicamento genérico a adquirir era diferente do que estava disponível em *stock* no SF e tinha de ser garantida a semelhança de indicações e características. Para complementar a minha comparação foi analisado também o medicamento de marca.

Após análise, foi notório que o RCM do medicamento de marca possuía mais informação mais detalhada e completa em relação aos medicamentos genéricos. No entanto e em discussão com o farmacêutico responsável pela área concluiu-se que poderia ser substituído.



## 8. VALIDAÇÃO FARMACÊUTICA DA PRESCRIÇÃO MÉDICA

De forma a dar seguimento à formação na área de distribuição, torna-se necessário abordar numa primeira instância, a validação da prescrição médica. Este é um fator decisivo e imprescindível à DDDU aumentando a segurança e eficácia da terapêutica instituída.

O principal objetivo desta etapa é a avaliação da prescrição médica com espírito crítico, recorrendo a ferramentas de trabalho (em formato papel ou *online*) e a conhecimentos teóricos.

No entanto, o intuito desta validação não é focar na detecção de erros de prescrição mas sim, proceder à revisão do prescrito, devendo ter uma abordagem global e detetando possíveis fontes de erros, nomeadamente: doses inadequadas, medicamentos inapropriados, medicação repetida ou em ruptura no SF, frequências desajustadas e possíveis interações.

Durante esta semana, aprendi que a validação não é uma tarefa fácil nem imediata (muitas vezes necessita de consulta bibliográfica) e deve ser considerada como uma co-responsabilização com o médico prescriptor na terapêutica farmacológica do doente (Manual de Validação e Saída Unidose, 2012).

### **Desafio:**

No acompanhar do processo de validação, o farmacêutico responsável colocou algumas situações hipotéticas, que suscitavam dúvidas e era necessário encontrar uma evidência sustentável para resolução do caso. Após a apresentação de alguns detalhes do processo clínico, procurei solução para os problemas colocados. A pesquisa tornava-se obrigatória até encontrar a evidência que apoiasse o meu pensamento. Posteriormente, a ideia era apresentada e discutida.

Este exercício foi bastante enriquecedor uma vez que aprendi pormenores pertinentes sobre patologias específicas. Este tipo de metodologia de ensino (*case-based learning* e *problem-based learning*) utilizadas também em várias Unidades Curriculares do 5ºano, permitem que o contacto com novas situações facilite a aquisição de mais conhecimentos sobre questões muito particulares. Passo a exemplificar duas dessas situações:

## 1º Caso

**Dados:** Prescrição de Terlipressina 2mg → 6 em 6 horas.  
Diagnóstico: varizes esofágicas.

**Questão 1: A prescrição de terlipressina está indicada para o tratamento de varizes esofágicas?**

R.: Sim. A terlipressina está indicada no tratamento de urgência das hemorragias digestivas por rotura das varizes esofágicas tratando-se de um tratamento específico.

**Dados:** No CHVNG/E só está disponível a apresentação Glypressine® Solução injetável a 0,1mg/ml.

**Questão 2: O esquema terapêutico está correto?**

Não. O indicado para esta patologia é uma injeção de 1,7 mg (2 ampolas x 8,5 ml) de 4 em 4 horas. No entanto, como o princípio ativo está sob a forma de acetato e que 2 mg de acetato de terlipressina corresponde a 1,7 mg de terlipressina, leva-nos a crer que o médico pretendia fazer a posologia indicada. Esta hipótese terá de ser confirmada num contacto com o médico, seja pessoalmente como telefonicamente.

**Dados -** Acabou de esgotar Glypressine® Solução injetável a 0,1mg/ml no SF.

**Questão 3: Quais as alternativas viáveis a propor?**

Sandostatina® Solução injetável a 0,1 mg/ml (acetato de octreotido). A posologia recomendada nesta situação é de 25µg/h durante 5 dias. Então, se  $25\mu\text{g} \times 4\text{h} = 100\mu\text{g}$ /4 horas, deve administrar-se 1 ampola de 4 em 4 horas.



## 2º Caso

**Dados:** Homem, 70 anos prescrito juntamente com Antibioterapia (cefalosporina 3ª Geração), duas vacinas *haemophilus influenzae* tipo b 10µg e pneumocócica polissacarídica conjugada 20µg.

**Questão 1:** Porque razão se tenciona administrar a um homem com 70 anos duas vacinas usadas em recém-nascidos?

Após esplenectomia é aconselhado a administração destas duas vacinas para prevenção da septicemia uma vez que são os principais agentes responsáveis.

Para a resolução destes casos práticos, consultei o RCM dos medicamentos em causa e o UpToDate®, disponibilizado pelo CHVNG/E. Para esta tarefa foi essencial os conhecimentos e traquejo adquiridos na resolução de casos clínicos em contexto académico nas aulas práticas de Fisiopatologia e Farmacoterapia I e II e de Farmácia Hospitalar.

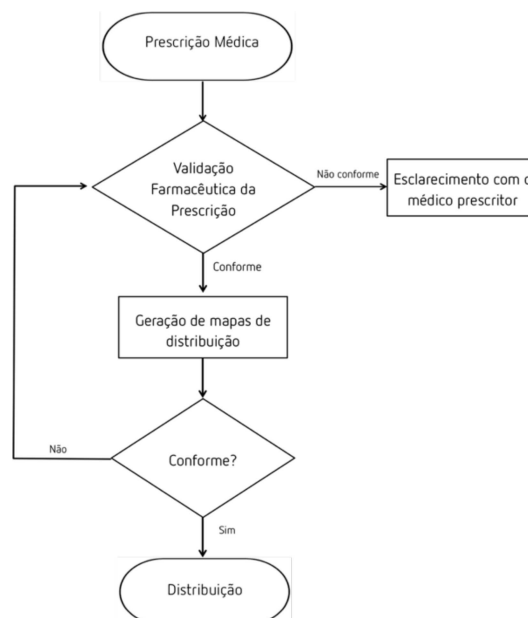
## 9. DISTRIBUIÇÃO INDIVIDUALIZADA DIÁRIA EM DOSE UNITÁRIA

Só após a validação farmacêutica de todas as prescrições médicas de cada serviço, podem ser gerados os mapas de distribuição da DIDDU, válidos por 24 horas. Esta etapa consiste na preparação da medicação individual para cada doente em malas com gavetas identificadas e é executada pelos TDT (Figura 21).



Figura 21- Área reservada à Distribuição Individualizada Diária em Dose Unitária

A terapêutica medicamentosa é conferida novamente pelos TDT, permitindo a correção de erros de medicação ainda não detetados. Todas as fases envolvidas posteriormente à avaliação/diagnóstico e prescrição médica são decisivas para o aumento da segurança e eficácia da terapêutica (Fluxograma III).



Fluxograma III – Procedimento de Distribuição Individualizada Diária em Dose Unitária

A distribuição em DDDU requer muitas vezes a necessidade de reembalar os medicamentos, acondicionando-os preservando informações como: denominação comum internacional, dosagem, lote e prazo de validade.

A sala é equipada com um sistema automatizado de identificação e reembalamento com mangas que conferem estanquicidade, proteção mecânica, proteção da luz e do ar, preservando a integridade e a atividade farmacológica. Posteriormente, é preenchida a Ficha de Reembalagem numerada sequencialmente e é colado um exemplar do rótulo na mesma. Este processo requer sempre uma dupla conferência.

O prazo de validade é atribuído consoante a proveniência dos medicamentos e o grau de manipulação que sofrem. Desta forma, os medicamentos reembalados com *blister* mantêm a validade indicada inicialmente e os medicamentos de frasco, fracionados ou que necessitam de reembalagem fora do *blister* é atribuída uma validade de 25% da indicada no *blister*, até um máximo de 6 meses.

#### **Desafio:**

Na semana dedicada à DDDU preparei juntamente com os TDT, as malas das camas de quatro serviços, dois no período da manhã e dois à tarde (Figura 22). Esta experiência proporcionou o contacto com as numerosas especialidades farmacêuticas disponíveis no CHVNG/E , possibilitando-me uma maior familiarização com as respetivas dosagens.



**Figura 22** – Malas da Distribuição Individualizada Diária em Dose Unitária



## 9. MEDICAMENTOS ESTUPEFACIENTES/PSICOTRÓPICOS E BENZODIAZEPINAS

Os medicamentos estupefacientes/psicotrópicos e benzodiazepinas são fármacos dose-dependentes que atuam no Sistema Nervoso Central, podendo desencadear fenómenos de dependência física e psíquica assim como o risco de sobredosagem (*overdose*). Por estes motivos merecem uma atenção redobrada tanto por parte dos médicos prescritores como dos farmacêuticos (Manual de Procedimentos de Distribuição de Estupefacientes/Psicotrópicos e Benzodiazepinas, 2014).

Assim, durante o dia atribuído para o contacto com este grupo de medicamentos pode assistir à receção e conferência de encomendas, registos de receção da medicação e à sua distribuição.

A receção de medicamentos controlados é efetuada pelo AO no entanto, e tal como abordado mais à frente, é segregada da restante encomenda e duplamente conferida por dois farmacêuticos. A medicação deve permanecer o menor tempo possível fora da sala-cofre reservada para o efeito (Figura 23). Nesta sala, o armazenamento das substâncias é efetuado em armário (benzodiazepinas) e em cofre (estupefacientes/psicotrópicos e metadona), cumprindo as especificações de conservação de cada um dos medicamentos.



Figura 23 – Sala dos medicamentos estupefacientes/psicotrópicos e benzodiazepinas

A distribuição desta classe de medicamentos aos serviços clínicos deve obedecer ao preconizado na legislação na Portaria 981/98 de 18 de Setembro.

No CHVNG/E podem distinguir-se três tipos de distribuição para este grupo de medicamentos:



1. **Tradicional** – efetuada mediante requisição pelos serviços clínicos. Após a utilização da medicação em *stock*, o enfermeiro deve apresentar o “Anexo X - Modelo nº1509 da Imprensa Nacional da Casa da Moeda (INCM)” (Anexo A. IV) por cada medicamento utilizado. O “Anexo X” é verificado pelo farmacêutico responsável que prepara os medicamentos requisitados em sacos individualizados para cada serviço. A Assistente Técnica (AT) fica encarregue de dar saída informática dos medicamentos, gerando um número de consumo que é anotado no respetivo “Anexo X”.
2. **Armazéns Avançados** – nesta distribuição o circuito é informático, respeitando a legislação, tendo sido autorizado pelo INFARMED previamente. Neste momento, este tipo de distribuição está apenas implementado em 5 serviços clínicos. O farmacêutico emite a listagem dos pedidos e prepara a medicação por serviço requisitante.
3. **Sistemas Semi-Automatizados Pyxis®**- tanto o pedido como a reposição destes medicamentos por este sistema de distribuição são efetuados pelo próprio farmacêutico. Este desloca-se aos serviços com *Pyxis®* e colocam os medicamentos estupefacientes/psicotrópicos nas gavetas de alta segurança e as benzodiazepinas nas gavetas de segurança intermédia.

De salientar que, toda a medicação preparada para distribuição é duplamente conferida por um segundo farmacêutico, existindo uma validação cruzada. O farmacêutico valida e prepara os medicamentos a enviar por meio de listagens informáticas/“Anexo X” enquanto que o segundo valida a medicação separada pela requisição. Esta é uma das etapas que demonstra o rigor com que a cedência desta classe de medicamentos é efetuada.

Durante o estágio tive oportunidade de acompanhar a conferência de várias requisições e de participar neste circuito de distribuição particular.



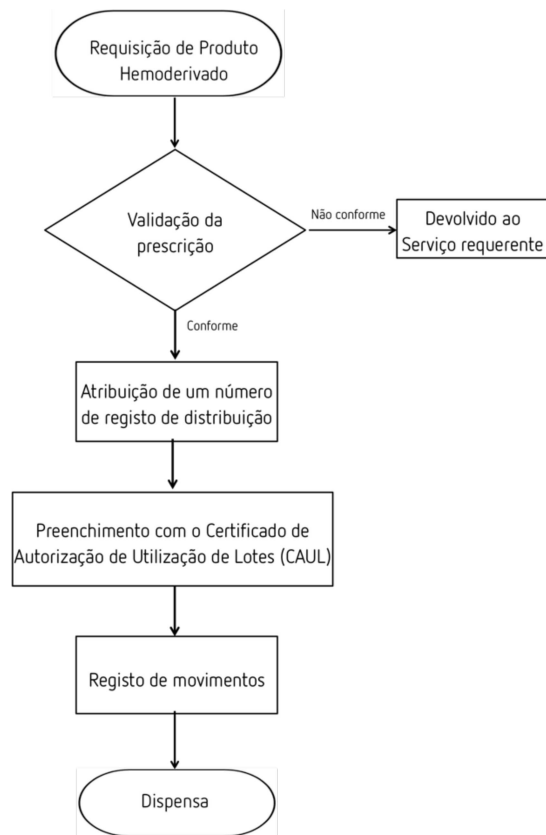
## 10. DERIVADOS DO PLASMA HUMANO

A utilização de produtos farmacêuticos derivados do plasma humano (como a albumina, imunoglobulinas e fatores de coagulação), usualmente denominados por hemoderivados, não exclui totalmente o risco de transmissão de doenças infecciosas pela presença de agentes infecciosos. De modo a reduzir o risco de transmissão deve efetuar-se:

1. Seleção de dadores através de entrevista médica;
2. Despiste das dádivas individuais e da *pool* plasmática de forma a assegurar a ausência de anticorpos Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH), Vírus da Hepatite C e Antígenos do Vírus da Hepatite B;
3. Pesquisa de material genético de HCV na *pool* plasmática;
4. Inclusão no processo de fabrico de métodos de inativação/remoção destes agentes, validados mediante a utilização de vírus modelo. Estes métodos são considerados eficazes para os três vírus mais patogénicos: VIH, Vírus da Hepatite C e Vírus da Hepatite B. No entanto, podem ser de valor limitado contra vírus sem involucro lipídico tais como o vírus da hepatite A e o parvovírus B19.

Consequentemente, por acarretarem risco biológico e de forma a garantir a rastreabilidade caso se detete uma relação de causalidade entre a administração destes medicamentos e a detecção de doença infecciosa transmissível pelo sangue, estes produtos encontram-se regulamentados pelo Despacho Conjunto n.º 1051/2000 de 14 de Setembro. Nele, recomenda-se que todas as atividades referentes à sua requisição, distribuição e administração sejam registadas no Modelo n.º 1804, exclusivo da Imprensa Nacional-Casa da Moeda (Anexo A.III). Este modelo é constituído por duas vias: Via Farmácia e Via Serviço. A dispensa só é realizada após a validação da requisição e preenchimento do quadro C pelo farmacêutico.

Nesse sentido, o CHVNG/E estabeleceu um procedimento uniforme para o registo de requisição clínica, distribuição aos serviços e administração aos doentes destes produtos (Fluxograma II).



**Fluxograma II – Dispensa de Hemoderivados**

É importante referir ainda que cada produto hemoderivado pertence unicamente ao doente para o qual foi solicitado. Por isso, todas as embalagens que saem do SF são etiquetadas com os dados dos doentes a que se destinam.

A Via Farmácia é arquivada no SF enquanto que a Via Serviço acompanha a medicação e será arquivada no processo clínico do doente. A documentação deve ficar arquivada por um período de 50 anos.

## 11. ENSAIOS CLÍNICOS

O constante crescimento e evolução do conhecimento científico faz com que o Farmacêutico Hospitalar esteja continuamente envolvido em atividades de investigação clínica seja de uma forma indireta, pela avaliação clínica da bibliografia, seja de uma forma direta, quando é integrado em equipas de investigação.

A sala de ensaios clínicos (EC) têm um acesso restrito, no sentido de assegurar a confidencialidade dos dados recolhidos, garantido pela introdução de código de acesso para abertura da porta (Figura 24).



Figura 24- Sala reservada aos Ensaio Clínicos

No CHVNG/E ainda não é possível efetuar a dispensa diretamente ao doente, devido aos constrangimentos da localização da sala de EC, uma vez que é uma sala sem acesso direto ao exterior. Por este motivo, ainda não é possível efetuar a consulta de seguimento farmacoterapêutico ao participante no ensaio. Desta forma, não é possível o farmacêutico reforçar informações sobre o esquema terapêutico, conhecer a história medicamentosa do doente, avaliar a medicação concomitante permitida e proibida e consciencializar o doente da importância da adesão à terapêutica. Esta informação é fornecida aos doentes pelo médico da equipa de investigação. Para além disso, os *Study Coordinators* podem reforçar os aspetos anteriormente abordados, acompanhando o EC e contactando de forma direta com o utente.

É notória a enorme complexidade de registos a serem efetuados (desde a contabilização da medicação dada como a devolvida - usada e não usada - até aos registos de procedimentos de todas as tarefas). A máxima "O que não está escrito, não



aconteceu!” é transversal ao SF mas adquire especial importância neste setor, em que tudo o que é feito precisa obrigatoriamente de ser registado.

É evidente a numerosa legislação, as Boas Práticas Clínicas e todos os documentos de referência a que os Ensaio Clínicos devem obedecer. A Lei n.º 21/2014 de 16 de Abril (Lei de Investigação Clínica) define conceitos-chave como o Promotor, Investigador, Boas Práticas Clínicas, EC, entre outras.

No âmbito da minha preparação para esta área, debruçei a minha atenção num manual de apoio intitulado por “*10 Golden GCP Rules for Pharmacists*” que compila os princípios mais importantes para a investigação clínica, baseando-se: na Declaração de Helsínquia, na *International Conference in Harmonization (ICH)* e nas *Good Clinical Practice (GCP)*.

Resumidamente, há 10 regras de ouro que ajudam o farmacêutico responsável pelos EC a entender e implementar as Boas Práticas Clínicas.

### **1. Obtenção, Leitura e Adesão ao Protocolo de Estudo**

O protocolo providencia informação importante acerca do desenho de estudo, objetivos, metodologia, condução e contactos, entre outros.

### **2. Discussão dos requisitos do estudo com o investigador e o monitor de estudo**

Todas as dúvidas em relação ao estudo devem ser esclarecidas, preferencialmente antes da contratualização com a instituição. Questões como: Qual a medicação que será garantida pelo Promotor? Qual o espaço necessário para o correto armazenamento? Como são efetuados os envios? Há necessidade da medicação ser acompanhada de termohigrómetro ou outro instrumento que permita a monitorização das condições de conservação durante o transporte? Como é efetuada a gestão do medicamento: automática (*Interactive Web Response System*) ou manual? O promotor deve assegurar que os produtos de investigação (comparador ativo e placebo, se aplicado) são idênticos, codificados e rotulados de forma a proteger o “*blinding*”.



### **3. Preparar áreas de armazenamento, ficheiros e registos adequados ao estudo**

Toda a informação referente a um estudo deve estar devidamente identificada, disponível e de fácil acesso aos colaboradores responsáveis pelos EC. No CHVNG/E, a medicação e documentação é guardada em armários dotados de fechadura, em sala de acesso restrito e condicionado apenas a pessoal autorizado.

### **4. Manter um registo detalhado dos produtos do promotor**

Particularidades como: quantidade recebida, hora, lote, validade, temperatura e humidade (registadas automaticamente através de um *datalogger* tanto na sua receção como no seu armazenamento).

### **5. Guardar registos de dispensa detalhados**

Devem existir registos das embalagens dispensadas com evidências de suporte (exemplo: cópia do rótulo anexada aos registos de dispensa).

### **6. Organizar medicação do sujeito por ordem numérica restrita**

Facilitando assim a dispensa da medicação para cada sujeito.

### **7. Verificar regularmente o *stock* e os prazos de validade**

Criação de mapas de prazos de validade a expirar.

### **8. Manter registo da medicação devolvida pelo sujeito**

Após a entrega da medicação por parte do doente, procede-se à reconciliação com o produto inicialmente fornecido. A contabilização da medicação devolvida, registos e cálculo da *compliance* é sempre efetuada pelo Farmacêutico conforme assisti no estágio.

### **9. Manutenção da ocultação do estudo**

A ocultação permite reduzir a introdução de *viés* deliberados ou não intencionais, acrescentando assim, maior credibilidade às evidências concluídas no estudo.

## 10. Destruir os produtos do ensaio com autorização do promotor

O CHVNG/E encarrega-se de destruir os medicamentos Citotóxicos e anticorpos monoclonais preparados na CFLv. Os restantes são recolhidos e destruídos pelos promotores dos estudos.

O cumprimento das normas *standard* para o desenho, condução, comportamento, monitorização, auditoria, registo, análise e *performance* permitem assegurar que os dados e resultados reportados são credíveis e seguros e que os direitos, integridade e confidencialidade dos sujeitos do ensaio estão protegidos.

Para dar início a um EC o promotor, realiza a Visita de *Feasibility* identificando potenciais centros de investigação com competências para o tipo de estudo a realizar. Nesta visita de qualificação são esclarecidas as dúvidas da equipa de investigação e fornecido o protocolo de estudo. Após o EC ser aprovado pelo INFARMED, pela instituição e ter um parecer favorável da Comissão de Ética para a Investigação Clínica (CEIC) e Comissão Nacional de Proteção de Dados (CNPd), segue-se a visita de início que pretende esclarecer dúvidas e particularidades dos procedimentos do protocolo. O Circuito do Medicamento Experimental é definido aquando da organização do processo para submissão às entidades competentes, sendo também enviada a Declaração do SF, assinada pela Diretora de Serviço, garantindo a existência de recursos humanos e logísticos para assegurar a correta condução do estudo cumprindo a legislação, GCP e protocolo. O promotor entrega o *Pharmacy File* ao farmacêutico responsável, sendo, nesta fase, delegadas as responsabilidades dos diferentes elementos da equipa de investigação que fica documentado no *Site Responsibility Log* (Figura 25).

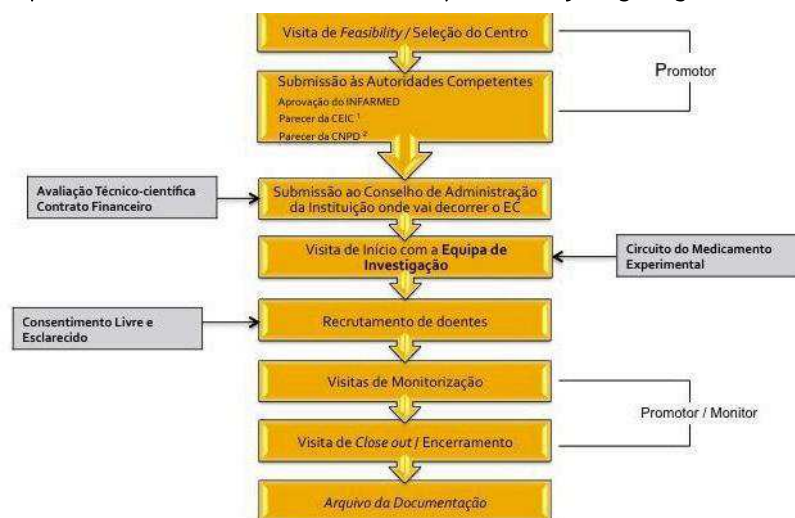


Figura 25- Condução de um Ensaio Clínico





A equipa farmacêutica dos EC no CHVNG/E é constituída por 4 farmacêuticos que obrigatoriamente, possuem formação e treino certificado em GCP devidamente documentado.

Uma das mensagens mais marcantes que retirei desta semana foi que os direitos, segurança e bem-estar do sujeito do ensaio devem prevalecer acima dos interesses da sociedade. Por isso, às vezes torna-se necessário, num ensaio *blinded*, quebrar o código, previamente autorizado pelo Promotor, como num caso de emergência médica em que seja importante saber qual dos tratamentos está a receber.

Para além dos EC, os farmacêuticos desta área estão ainda encarregues dos Programas de Acesso Precoce (PAP) a medicamentos para uso humano sem Autorização de Introdução no Mercado (AIM) ou que, ainda que detentores de AIM, não se encontrem comercializados em Portugal. Estes programas são autorizados pelo INFARMED e são regulados pela Deliberação 139/CD/2014 que declara que a autorização para utilização precoce do medicamento fica condicionada à verificação da eficácia e segurança, demonstradas com resultados de EC precedentes e desde que se possa assumir um benefício-risco favorável na utilização do medicamento. O PAP apesar de não dispensar um pedido de autorização excecional (AUE) para cada doente específico, não tem qualquer encargo financeiro para a entidade hospitalar.

A experiência vivenciada nesta área foi bastante favorável. Inicialmente foi apresentado todo o circuito que um EC atravessa, desde a sua proposta à sua autorização na Instituição. Além disso, adquiri ainda conhecimento da legislação em vigor neste âmbito e pude ainda contactar com as atividades diárias desenvolvidas pelo farmacêutico neste setor, como a preparação da medicação para vários doentes de diferentes estudos e cálculo da *compliance*.

No dia seguinte procedi à avaliação de um *Pharmacy Binder*, verificando se continha todos os documentos necessários e pedidos pela equipa através de uma *Checklist* preconizada para o efeito. Esta tarefa foi especialmente interessante para o crescimento profissional, uma vez que foi abordada na Unidade Curricular de Farmacoepidemiologia o seu enquadramento teórico.



## 12. ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DOS SERVIÇOS FARMACÊUTICOS

### 12.1. SELEÇÃO E REQUISIÇÃO DE PRODUTOS FARMACÊUTICOS

A seleção dos medicamentos para aquisição é essencial para o bom funcionamento de um hospital e por isso, exige que o Farmacêutico seja capaz de estimar os seus consumos, promover o uso racional do medicamento e minimizar os gastos.

Para além disso, na seleção deverá entrar em consideração a dose unitária perfeita eliminando os custos inerentes à sua individualização (quer por reembalamento quer por etiquetagem).

Esta seleção baseia-se no FHNM, autorizações concedidas pelo Conselho de Administração e adendas resultantes dos pareceres e relatórios da CFT.

O FHNM é um documento orientador que traduz a escolha seletiva perante uma larga oferta de medicamentos, de valor variável, e muitas vezes resultante apenas de uma indústria comercialmente agressiva. A sua filosofia passa por conter os medicamentos necessários a uma terapêutica adequada à generalidade das situações hospitalares. Não é, contudo, um instrumento coercivo da prescrição, pois a não inclusão de determinado medicamento é sempre passível de correção casuística.

O Despacho n.º 21844/2004 de 26 de Outubro, oficializa a nova classificação farmacoterapêutica, diferente da utilizada em edições anteriores, pois foi reconhecido como útil elaborar uma classificação harmonizada a utilizar simultaneamente pelas duas publicações do INFARMED: FHNM e Prontuário Terapêutico, este último orientado para o ambulatório. Desta forma, foi feita paralelamente uma correspondência entre a classificação harmonizada e a classificação ATC (*Anatomical Therapeutic Chemical Classification*) da Organização Mundial de Saúde (OMS).

Cada grupo farmacoterapêutico constitui um capítulo com uma introdução onde são resumidas as características dos medicamentos escolhidos, suas indicações e riscos. Também são referidos novos medicamentos que parecem promissores ou deram prova de eficácia em situações restritas, o que não implica a sua imediata introdução no FHNM. Raramente são aceites associações de fármacos pela reconhecida dificuldade de indicar de forma correta e individual a posologia de cada componente.



O FNHM possui ainda uma chamada de atenção para fármacos de prescrição limitada, a ser autorizada pela CFT de cada hospital. A razão desta limitação deve-se a um conjunto de circunstâncias que se podem verificar de forma isolada ou combinada para determinado medicamento: indicações muito restritas e especializadas, potencial elevado de efeitos adversos, exigindo uma rigorosa farmacovigilância e custo elevado.

Diversos medicamentos, indispensáveis em certas terapêuticas, por não possuírem AIM, carecem de uma AUE, tendo aqui a Comissão do FNHM um papel importante ao colaborar na sua seleção.

Consequentemente, todos os dias, são solicitados pelos serviços hospitalares novos pedidos de introdução de medicamentos que requerem uma análise individual para a sua aprovação. No âmbito de conhecer os procedimentos a executar no caso dos Medicamentos Extra-Formulário e Medicamentos de AUE foi dedicado um dia deste estágio na área administrativa.

O dia de trabalho começou com a triagem da documentação recebida proveniente dos serviços clínicos e respetiva distribuição pelas diferentes áreas seguida da apresentação do Circuito do Pedido de Autorização de Medicamentos.

Através do diálogo, tanto para situações que surgiram durante o dia como em situações hipotéticas, a AT explicou o procedimento a seguir em cada caso. Desta forma, decidi expor este assunto pelo mesmo método de aprendizagem.

### **1. Requisição de medicamento nunca adquirido pelo Hospital:**

Inicialmente, é enviado o pedido à Unidade de Gestão Integrada para se obter o parecer médico e económico. De seguida, caso haja um parecer positivo, é necessária avaliação da CFT. Como se trata de um novo medicamento, extra-formulário, o processo de autorização tem de passar pelo Conselho de Administração. No final destes procedimentos internos, é necessário que a avaliação económica do INFARMED esteja concluída e seja positiva. Caso isto não se verifique, torna-se necessário pedir ao INFARMED para a sua aquisição, a Autorização Especial (AE).

### **2. Requisição de medicamento para indicação não aprovada no RCM:**

Previamente aos procedimentos normais de aquisição de medicamentos extra-formulário, nestes casos, é obrigatório que o pedido seja avaliado pela Comissão de Ética para a Saúde (CES) da instituição, e só após parecer favorável será enviado à



Unidade de Gestão Integrada e posteriormente à CFT. Nestas situações é imperativo que exista consentimento livre e esclarecido assinado pelo doente, que deve constar do processo clínico.

### **3. Após os processos de autorização de aquisição estarem concluídos, quais são as exigências da dispensa?**

Dependendo do produto adquirido e da deliberação da CFT, pode seguir circuitos diferentes: justificação doente a doente avaliada em sede de CFT, justificação doente a doente avaliada pela Diretora do SF, medicamento de prescrição livre podendo ser utilizados em vários doentes.

### **4. Requisição de medicamento sem AIM em Portugal:**

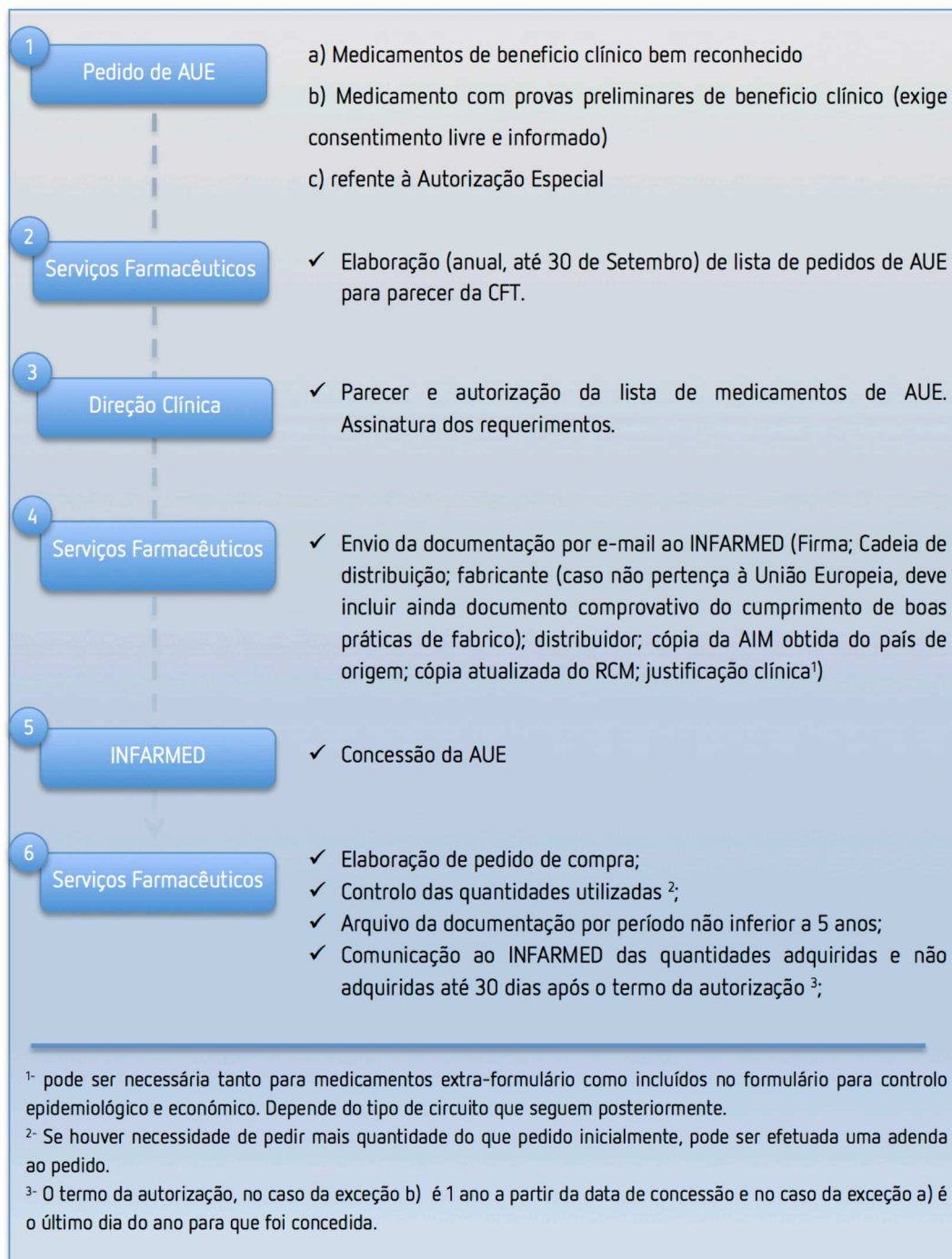
Na necessidade de adquirir um medicamento sem equivalentes ou alternativas terapêuticas em Portugal, o pedido segue o circuito do pedido de autorização de AUE (Fluxograma IV) e carece de autorização prévia a ser concedida pelo INFARMED ao abrigo do disposto no artigo 92.º do Decreto-Lei n.º 176/2006, de 30 de Agosto, quando observados os requisitos e condições definidas no regulamento aprovado pela Deliberação n.º 76/CA/2015, em 18 de Junho de 2015.

### **5. Requisição de medicamentos estupefacientes e psicotrópicos**

De acordo com o Decreto-Lei n.º 15/1993, de 22 de Janeiro e sucessivas atualizações, todo o circuito do medicamento contendo estupefacientes ou psicotrópicos é da responsabilidade dos farmacêuticos. Os seus pedidos de compra têm de ser validados pela diretora do SF que tendo registo no INFARMED, se habilita à aquisição desta classe de medicamentos. Para a aquisição das substâncias presentes nas tabelas I, II, III, IV, com exceção da II-A deve ser preenchido o formulário de requisição denominado "Anexo VII" da Portaria n.º981/98, de 8 de Junho (Anexo A. V).

No caso de serem adquiridos por AUE, a instituição deve ter um protocolo de farmacovigilância específico para o medicamento em causa.

Relativamente à metadona, a aquisição é feita diretamente à Administração Regional de Saúde da região Norte, não existindo qualquer tipo de encargo por parte do CHVNG/E.



**Fluxograma IV-** Procedimento de requisição de medicamento sem AIM em Portugal.



## 12.2. AQUISIÇÃO DE PRODUTOS FARMACÊUTICOS

Dando continuidade à análise anterior de pedidos de seleção e requisição de medicamentos, no último dia, fui visitar o Serviço de Aprovisionamento e Logística, onde está destacado um elemento que dá resposta às solicitações sem que ocorra rutura de *stock* ou atraso de resposta. Assim, tive oportunidade de:

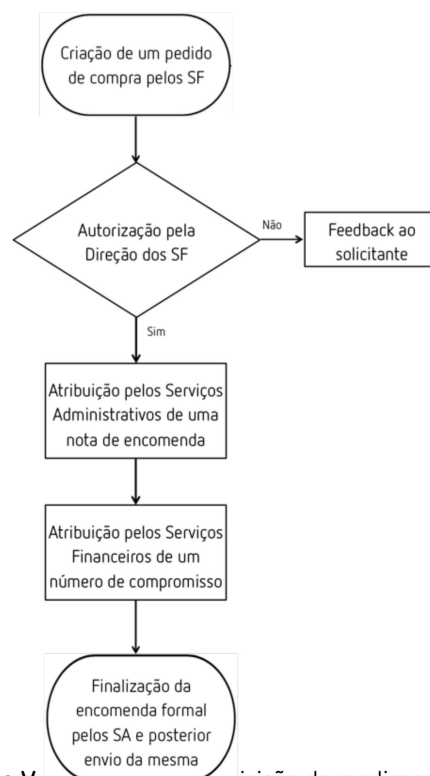
- ✓ Observar a gestão de encomendas tendo em conta a urgência/situações de consumo imprevisível, frequentes em ambiente hospitalar;
- ✓ Conhecer a interligação do SF com o Serviço de Aprovisionamento e Logística;

Em termos administrativos, a aquisição dos medicamentos baseia-se em quatro procedimentos:

1. **Catálogo de Aprovisionamento Público de Saúde (ACSS) inserido nos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde** – ferramenta facilitadora da aquisição de produtos através de Concursos Públicos de Aprovisionamento. O catálogo seleciona os fornecedores com melhores propostas facilitando a escolha para as aquisições, garantindo transparência nas compras e assegurando uma efetiva concorrência entre fornecedores.
2. **Concurso Público** – realizados pelo próprio CHVNG/E, são concursos de aprovisionamento internos do Hospital onde são pedidos aos laboratórios que comercializam o produto pretendido (consultado no INFARMED) as suas condições de aquisição como o preço e quantidades mínimas a adquirir. Recorre-se a este procedimento quando se pretende obter produtos farmacêuticos em menores quantidades ou em produtos que não incluídos no ACSS.
3. **Ajuste Direto** – processo de aquisição de um produto que não está abrangido por um Concurso Público ou, perante situações urgentes como uma ruptura de *stock* do medicamento que ganhou concurso. Este processo inicia-se com a consulta de preços aos laboratórios, sendo estas posteriormente apresentadas ao farmacêutico responsável, que deverá aprovar e escolher o laboratório.

4. **Pedidos de Empréstimo a Hospitais** – procedimento vantajoso quando é necessário um medicamento com urgência e não existe em *stock*. Deve-se contactar o hospital, enviar o pedido por *e-mail* e registar em arquivo, assim como agendar a sua devolução.

No final deste dia, pude compreender que desde a criação de um pedido de compra pelo SF até ao envio da Nota de Encomenda para o laboratório, existem procedimentos administrativos e burocráticos obrigatórios levando por vezes dias ou semanas, a formalizar o pedido à firma (Fluxograma V). Esta experiência foi essencial para a consolidação de aprendizagens relativas à importância que a gestão de *stocks* possui no dia a dia do SF.



**Fluxograma V** – processo de aquisição de medicamentos pelo SF

### 13.3. RECEÇÃO DE PRODUTOS FARMACÊUTICOS

Após a formalização do pedido de encomenda à firma até à receção da encomenda (Fluxograma VI), a rapidez do envio só depende dos laboratórios e distribuidores responsáveis pelo produto encomendado.

Na maioria das situações, a receção de medicamentos é efetuado pelo AO destacado para tal, numa área específica do SF, que possui um cais exterior de acesso. De seguida, é colocada na Fatura/Guia de Remessa um carimbo com a indicação dos itens que foram verificados (Figura 26) atestando que a encomenda foi recebida em conformidade, assinando e datando o documento.

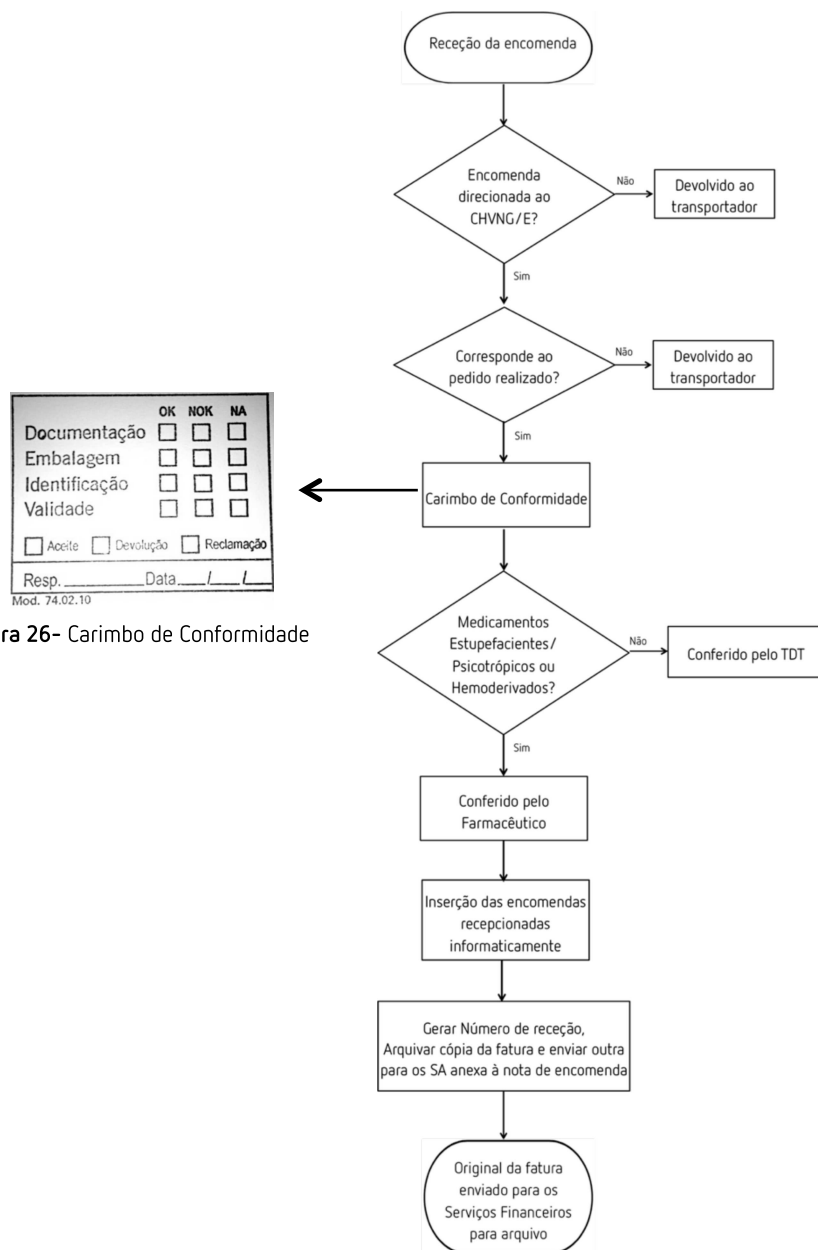


Figura 26- Carimbo de Conformidade

	OK	NOK	NA
Documentação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Embalagem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Identificação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Validade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Aceite <input type="checkbox"/> Devolução <input type="checkbox"/> Reclamação			
Resp. _____	Data ____/____/____		

Mod. 74.02.10

Fluxograma VI – Receção de Encomendas





Finalizado o processo de receção, a AT compara a guia de remessa com a nota de encomenda de modo a verificar se o pedido foi satisfeito. Regista também a entrada dos produtos no SI para que o *stock* físico igual ao *stock* informático.

O procedimento para receção dos produtos farmacêuticos é utilizado para a maioria dos produtos, no entanto, existem algumas exceções, tais como:

- a) Os derivados do plasma humano são conferidos por um farmacêutico que além de conferir se a encomenda recebida corresponde ao encomendado, deve também confirmar a presença de um certificado de análise e um Certificado de Autorização de Utilização de Lote (CAUL), para cada lote de medicamentos derivados do plasma humano recebidos.
- b) Os medicamentos experimentais destinados à utilização por parte dos doentes incluídos nos EC são encaminhados para o farmacêutico responsável que dá início ao processo de receção e conferência.
- c) Os medicamentos contendo estupefacientes e psicotrópicos são rececionados e conferidos por um Farmacêutico e de seguida, essa conferência é verificada por um segundo farmacêutico que assina, data e tira cópia da guia de remessa. As guias são alvo de numeração sequencial e entregues (original e cópia) à AT para que esta proceda ao registo da medicação.

#### **13.4. ARMAZENAMENTO DE PRODUTOS FARMACÊUTICOS**

Esta etapa, muitas vezes desconsiderada, é tão importante quanto as anteriores uma vez que, a organização dos produtos existentes conforme a área de utilização e as suas condições de conservação específicas, aumentará a eficácia dos profissionais, bem como da própria gestão farmacêutica. Para além disso, os AO têm o cuidado de armazenar os medicamentos seguindo o princípio do FEFO (*First to expire, first out*), identificando os produtos com prazo de validade inferior ou colocando-os na frente das prateleiras, deixando os produtos com validade mais longa atrás.

O armazenamento é feito de forma a garantir as condições necessárias de espaço, luz, temperatura, humidade e segurança dos medicamentos. Através de



termohidrómetros Vigie<sup>®</sup>, assegura-se a monitorização das condições de conservação de temperatura e humidade relativa adequadas. Este sistema está distribuído por todos os armazéns do SF e está programado para emitir alarmes, de acordo com as parametrizações definidas, sempre que ocorra um desvio de temperatura, via *e-mail* e *sms* para os farmacêuticos. Entende-se como condições de conservação adequadas uma temperatura máxima de 25°C, humidade inferior a 60% e proteção da luz solar direta. Os produtos refrigerados são armazenados a uma temperatura entre 2-8°C, num local isento de humidade.

### **Experiência:**

Durante a semana eleita para a Distribuição Clássica, pude passar algum tempo na receção de encomendas. Consequentemente, assisti à entrega de uma encomenda realizada com saída do distribuidor no dia 10 de Março (quinta-feira) que chegou ao SF apenas na segunda-feira da semana seguinte. O problema que se coloca é se as condições de armazenamento adequadas do produto foram garantidas no transporte. Confrontado com estes factos, o SF pediu o registo de temperatura durante a deslocação uma vez que a caixa recebida fazia referência a "PRODUTO DE FRIO". Após consulta da ficha do produto apenas era exigido que se mantivesse abaixo dos 22°C mas os registos de temperatura são essenciais para garantir também estas condições.

O produto esteve de quarentena durante 48 horas, sem poder ser usado, uma vez que os responsáveis pela expedição do produto, demoraram a fornecer estas informações.

Os registos foram entretanto enviados e o problema ficou resolvido – as condições tinham sido asseguradas. O produto saiu da quarentena e foi colocado no *stock*. Esta experiência propiciou com que aprendesse a lidar com estes constrangimentos causados pelas distribuidoras que asseguram o transporte.

Neste seguimento, considero de importância capital rececionar e conferir corretamente a medicação, pois questões simples como fatores de conservação, erros no envio, faturação discordante do rececionado, podem comprometer a utilização da medicação.

### 13.5. GESTÃO DE PRODUTOS FARMACÊUTICOS

A verificação dos prazos de validade, é realizada mensalmente nos armazéns do SF, evitando eventuais desperdícios ou rupturas inesperadas de *stock* (Figura 27). Quando se deteta atempadamente, tenta-se escoar os produtos para os serviços com mais rotatividade ou proceder à sua devolução ao fornecedor. Em ambos os casos, deve-se avaliar a situação pois pode significar diminuição do consumo, falhas no processo de armazenagem ou compras em excesso. Durante o meu estágio tive oportunidade de participar nesta tarefa.

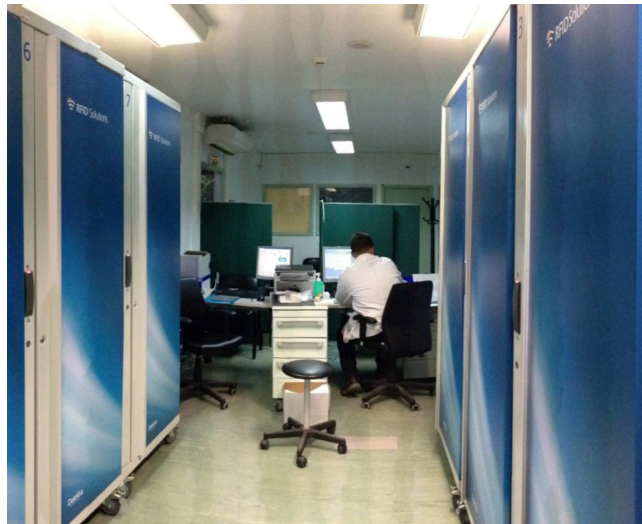


Figura 27- Armazém Central dos Serviços Farmacêuticos

## 13. AMBULATÓRIO HOSPITALAR

A distribuição de medicamentos em regime ambulatorio no SF surge da necessidade de vigilância e controlo de patologias crónicas e terapêuticas prescritas. Devido ao elevado custo da medicação e ao grau de toxicidade potencial dos fármacos utilizados, este tipo de distribuição permite assegurar uma utilização segura, eficaz e racional do medicamento.

A dispensa de medicação é feita, habitualmente, por dois Farmacêuticos Hospitalares, em instalações individualizadas (Figura 28).



**Figura 28-** Zona de ambulatório do CHVNG/E.

No ambulatório do CHVNG/E pode verificar-se a dispensa de medicamentos abrangidos pela legislação e não abrangidos. A grande maioria são abrangidos pela legislação, sendo que as condições de cedência destes medicamentos encontram-se descritas em vários Decretos-Lei, Despachos e Portarias. No CHVNG/E estão abrangidas as seguintes situações:

- a) Doença renal crónica (IRC);
- b) Esclerose lateral amiotrófica (ELA);
- c) Esclerose múltipla (EM);
- d) Acromegália;
- e) Doença de Crohn;
- f) Artrite reumatóide, espondilite anquilosante, artrite psoriática, artrite



- idiopática juvenil e psoríase em placas;
- g) Hepatite C;
  - h) VIH;
  - i) Oncologia;
  - j) Fibrose quística;
  - k) Planeamento familiar;
  - l) Deficiência em hormona de crescimento.

Em todas estas situações, os medicamentos são cedidos diretamente aos utentes, com exceção de:

- Infiximab, Tocilizumab, Omalizumab e medicação para hipertensão pulmonar - distribuídos em Hospital de Dia;
- Medicamentos distribuídos em TOD (toma sob observação direta) para o Hospital de Dia – Doenças Infeciosas nos utentes não cumpridores da terapêutica anti-retrovírica instituída;
- Medicamentos referentes ao planeamento familiar - cedidos ao serviço requisitante (regra geral à Unidade II);
- Medicamentos distribuídos para os doentes em hemodiálise.

O setor de ambulatório no CHVNG/E tem tido um crescimento significativo, principalmente devido:

- a) ao aumento da esperança média de vida dos utentes com patologias crónicas às quais estão associados tratamentos medicamentosos que se prolongam no tempo;
- b) ao alargamento da dispensa de medicamentos a outras patologias contempladas em despachos legais;
- c) à diminuição do tempo de internamento (que reduz tanto os custos como riscos associados com o internamento permitindo que os utentes possam continuar a fazer os tratamentos em ambiente familiar).



A distribuição é efetuada para períodos máximos de um mês, à exceção de utentes oncológicos em hormonoterapia cuja cedência é efetuada para dois ou três meses, para os doentes de diálise peritoneal, a medicação é cedida para 2 meses e para doentes com HIV a medicação pode ser cedida no máximo para 3 meses, desde que o médico assistente autorize. É importante saber gerir as quantidades dispensadas com as quantidades que são possíveis de encomendar dentro dos prazos projetados, por isso, no Ambulatório é frequente explicar-se aos utentes que é necessário manter a filosofia de que se deve dispensar o suficiente para um mês para que possa haver medicação para todos, não correndo risco de ruptura de *stock*. No entanto, em situações devidamente justificadas e autorizadas pela CFT é possível a dispensa de medicação para períodos mais longos. Esta dispensa é gratuita e só é possível a venda de medicamentos, quando em situação de emergência, se verifique não haver no mercado local os medicamentos necessários. Para isso, é necessário que o utente traga consigo uma receita com três carimbos de farmácias comunitárias diferentes com a indicação de que o medicamento está esgotado. O Farmacêutico receciona a receita e envia um *e-mail* aos Serviços Financeiros com o nome do medicamento e o montante a pagar. O utente dirige-se a estes Serviços para efetuar o pagamento e volta novamente à Farmácia onde levanta o medicamento pretendido com o recibo de pagamento.

No âmbito do ambulatório hospitalar, denota-se uma preocupação em motivar os utentes para o cumprimento do regime farmacoterapêutico instituído. Esta sensibilização passa por consciencializar o utente do esforço que o Serviço Nacional de Saúde (SNS) faz para que o acesso à sua medicação não comporte qualquer custo para o consumidor. Ao evidenciar o preço de custo da medicação que utiliza, promove-se a adesão e conseqüentemente promove-se a eficácia do tratamento, reduzindo, assim, custos para o SNS a longo prazo. Neste sentido, aquando da primeira dispensa da medicação, solicita-se ao utente que assine o Termo de Responsabilidade, de acordo com a deliberação do INFARMED (circular normativa N.º. 01/CD/2012) em que assume total responsabilidade da medicação (como o cumprimento do esquema terapêutico, corretas condições de conservação, entre outros) a partir do momento em que lhes é dispensada.



Estes episódios revelam-se mais frequentes nos casos de medicação de VIH. A vergonha, que muitos escondem de si mesmos, tem como consequência piorar a situação. Fazê-los aceitar a sua doença é o primeiro passo para o cumprimento dos esquemas posológicos da medicação. Neste âmbito, o Farmacêutico, promove uma gestão sustentável da doença (crónica) atenuando o estigma social associado.

Uma forma de contornar possíveis constrangimentos causados pelo supracitado, é o facto de ser possível que familiares ou amigos cuidadores possam ir buscar a medicação do utente desde que possuam a fotocópia do seu documento de identificação.

## **HEPATITE C**

No que diz respeito ao tratamento da Hepatite C, é necessária, para cada doente, uma autorização prévia pela CFT que é posteriormente enviada ao INFARMED, validando a terapêutica. Só depois é possível efetuar a encomenda da medicação para o utente. Para se proceder à dispensa dos medicamentos deve-se em primeira instância verificar qual o lote e número de encomenda associada ao doente.

É importante referir que após a dispensa deste tipo de medicação, efetua-se o seu registo em formato Excel® atualizando o número de cedências efetuadas ao doente e data da primeira dispensa.

## **THALIDOMIDE CELGENE®**

A Talidomida é utilizada para o tratamento do mieloma múltiplo e deve ser prescrita e dispensada de acordo com um programa especial implementado para prevenir a exposição do feto ao fármaco.

A concessão da AIM para o medicamento foi aprovada uma vez que os benefícios desta terapêutica são superiores aos seus riscos. No entanto, enquanto farmacêuticos, temos como co-responsabilidade garantir que este fármaco seja utilizado de forma segura e correta.

Assim, devido às reconhecidas implicações da utilização deste fármaco por mulheres gestantes, para poder ser fornecido, deve-se assegurar que:

1. O Formulário de Autorização de Prescrição (Anexo A. VI) é devidamente



preenchido, contendo os seguintes dados:

- a) Hospital/Instituição, Idade, Indicação Terapêutica, Posologia
  - b) Categoria de risco do utente:
    - i. Mulher sem potencial para engravidar: não são necessários mais dados.
    - ii. Homem: deverá ser aconselhado relativamente aos riscos e benefícios da terapêutica, incluindo o risco de defeitos congénitos, uma vez que a talidomida fica presente no esperma. Desta forma deve-se recomendar o uso de preservativo em todas as relações sexuais, caso a parceira esteja grávida ou tenha potencial para engravidar e não esteja a utilizar um método eficaz para a prevenção da gravidez.
    - iii. Mulher com potencial para engravidar: devidamente informada dos riscos e sabe como proceder; data do último teste de gravidez (só são aceites testes realizados na data da consulta ou nos três dias anteriores assim como só serão aceites resultados negativos);
  - c) Identificação do Médico prescritor, assinatura e data.
2. Deve-se entregar o Livro do Doente com a secção do calendário de tratamento adequadamente preenchido contendo ainda aconselhamento do Programa de Prevenção de Gravidez assim como a dose diária e a data da próxima consulta.

A CELGENE® fornece alguns conselhos relativos à dispensa:

- ✓ Dispensar os *blisters* de Talidomida intactos, as cápsulas não podem ser reembaladas.
- ✓ A dispensa de Talidomida deverá ocorrer no prazo máximo de 7 dias após a sua prescrição.
- ✓ Dispensar um máximo de 4 semanas para mulheres com potencial para engravidar e 12 semanas para os restantes doentes.
- ✓ Arquivar o Formulário de Autorização de prescrição e devolver à Celegene® o duplicado.





A farmácia de ambulatório do CHVNG/E encontra-se munida de armários equipados com Sistema de Identificação por Radiofrequência (RFID). Esta tecnologia permite que o acesso seja restrito e personalizado – cada Farmacêutico possui um cartão ou pulseira com a mesma tecnologia garantindo-lhe o acesso à medicação.

Com este sistema, os erros humanos são minimizados já que há a detecção de movimento de entrada e saída de *stock* assim como, há comparação da medicação colocada na estação de conferência com a medicação indicada na prescrição médica verificando se está tudo em conformidade e corresponde ao retirado do sistema.

Aquando da minha passagem por esta área, tive oportunidade de preparar medicamentos para o serviço de hospital de dia sob supervisão de um Farmacêutico colocando-os num saco devidamente identificado com o serviço a que se destinavam.

Além disso, diariamente deve ter-se o cuidado de verificar as existências dos medicamentos com maior consumo, efetuando um pedido de compra para que não falte medicação.

Com esta experiência, consegui ter uma perceção mais alargada sobre os fármacos com dispensa mais significativa.

De acordo com os registos efetuados, no final do ano 2014, segundo o Relatório da Direção-Geral da Saúde “Portugal - Infeção VIH, SIDA e Tuberculose em números – 2015” encontravam-se em seguimento ambulatório 30956 pessoas infetadas de VIH. Esta foi uma realidade chocante que pude constatar durante a minha permanência pela farmácia em ambulatório. Além disso, constatei que se deve tratar a infeção por VIH como uma doença crónica uma vez que esta pode ter apenas manifestações tardias devido ao retardamento da deterioração do sistema imunitário. O atraso no desenvolvimento de infeções oportunistas e neoplasias potencialmente mortais é conseguido através da associação de fármacos para a redução da carga viral, levando consequentemente à polimedicação.



## 14. MANIPULAÇÃO GALÉNICA NÃO ESTÉRIL

O CHVNG/E sofreu uma reestruturação na área de manipulação galénica não estéril e por isso, a maioria dos manipulados são adquiridos através de uma farmácia comunitária. No entanto, quando há a sua produção, o Farmacêutico é responsável pela realização dos procedimentos, seja como manipulador, seja como supervisor. O Farmacêutico deve ter conhecimento do conjunto de substâncias cuja utilização na preparação e prescrição de medicamentos manipulados não é permitida, que constam na lista da Deliberação n.º 1985/2015, de 17 de Setembro.

O laboratório está equipado segundo a lista aprovada de equipamento mínimo de existência obrigatória para as operações de preparação, acondicionamento e controlo de medicamentos manipulados definidos na Deliberação n.º 1500/2004, de 7 de Dezembro.



## 15. PREPARAÇÃO DE MEDICAMENTOS ESTÉREIS

No CHVNG/E são preparados manipulados estéreis pelo Farmacêutico e TDT responsáveis pela área de NP. Como tal, todos os procedimentos utilizados na NP para manipulação estéril com técnica asséptica são adotados para estas preparações.

Durante o meu estágio pude assistir à preparação de *Alglucosidase alfa* (Myozime<sup>®</sup>) indicada para a doença de *Pompe*. Outro manipulado para doenças lisossomais é o *Velaglucerase alfa* (VPRIV<sup>®</sup>) usada na doença de Gaucher (Fortuna, 2014).

As preparações para o bloco de oftalmologia são três: o *Bevacizumab* (Avastin<sup>®</sup>), o *Alflicercept* (Eylea<sup>®</sup>) e o *Ranibizumab* (Lucentis<sup>®</sup>). Estes medicamentos são indicados para o tratamento da degenerescência macular da idade, através de administração intravitrea (Rodrigues, et al., 2008).



---

## 16. FORMAÇÃO

No âmbito do Estágio em ambiente de Farmácia Hospitalar tive a oportunidade de assistir a duas formações. A primeira realizada no hospital sobre medicamentos biológicos no tratamento contra o cancro, mais especificamente sobre o anti-corpo monoclonal humanizado *Panitumumab*. A ação centrou-se na exposição das taxas de sucesso e nas etapas de preparação na CFLv.

A segunda formação realizou-se em período pós-laboral, na última semana de estágio. Esta experiência foi proporcionada pela AbbVie – “Da proteção à escolha” focalizando a importância da envolvimento do doente na decisão da sua farmacoterapia uma vez que aumenta a adesão e cumprimento do tratamento. O profissional de saúde deve fazer com que o doente tome decisões informadas promovendo a sua aceitação da sua doença.

Além disso, tive a possibilidade de assistir às XVII Jornadas de Ciências Farmacêuticas intitulada por “Marketing Farmacêutico: A realidade Portuguesa”, onde foi discutido o meio de divulgação de serviços, produtos e tendências a nível nacional e internacional.



## 17. REFLEXÃO CRÍTICA

Ao longo de dois meses tive oportunidade de contactar com os diversos sectores da farmácia hospitalar. Esta experiência permitiu-me compreender tanto a orgânica de funcionamento como as atividades desenvolvidas no SF e o seu posicionamento na estrutura hospitalar.

Um aspeto que me chamou à atenção e que considero importante, relaciona-se com a ideologia de trabalho e com a forma como este é distribuído pelos colaboradores do SF. A rotatividade do serviço entre os elementos da equipa do SF nas diversas áreas disponíveis, permite-lhes proporcionar uma compreensão global do trabalho desenvolvido e executar tarefas diversificadas. Esta metodologia de trabalho possibilita, por isso, que os Farmacêuticos não fiquem alocados a tarefas específicas, potenciando assim a manutenção dos seus conhecimentos. A rotatividade foi refletida no meu estágio, uma vez que pude trabalhar com pessoas diferentes com personalidades bastante distintas e formas de trabalhar únicas.

A falta de recursos humanos é notória, no entanto torna-se mais evidente na área da validação das prescrições médicas. Na minha opinião, nesta área seria interessante apostar numa especialização em cada serviço permitindo assim, uma maior familiarização com a medicação e protocolos de atuação de cada especialidade sendo possível, assim, melhorar a farmacoterapia do doente. Na realidade o que se verifica é que há bastante pressão para a aprovação das prescrições por parte dos TDT que só conseguem preparar a DDDU após aprovação pelo Farmacêutico. Para além disso, os Farmacêuticos que efetuam a validação da prescrição médica ainda acumulam a tarefa de distribuição dos estupefacientes/psicotrópicos! Esta rotina bem agitada pode acidentalmente provocar lapsos na terapêutica instituída, apesar dos esforços notórios por parte da equipa.

Nota-se ainda que há falhas de comunicação entre os profissionais de saúde (mais notório entre farmacêuticos e enfermeiros) uma vez que surgem constrangimentos que seriam facilmente colmatados se houvesse reuniões conjuntas para esclarecimento de dúvidas ou de procedimentos. Desta forma, os processos fluíam de outra forma, fomentando o espírito de equipa e entreatajuda entre os colegas, gerava-se um ambiente de compreensão mais propício a um bom funcionamento.



---

## CAPÍTULO II: FARMÁCIA CENTRAL DE OVAR

### 1. INTRODUÇÃO

Após a experiência inesperada vivenciada no estágio em farmácia hospitalar, sou recebida no mês de maio na Farmácia Central de Ovar (FCO) de braços abertos.

Durante as treze semanas de estágio tive a oportunidade de assimilar as dinâmicas de funcionamento de uma farmácia comunitária, bem como o papel do farmacêutico, não só no contexto de farmácia como também na comunidade.

Além disso, contactei com os diferentes níveis de intervenção farmacêutica, reforçando e interligando os conhecimentos adquiridos nas várias unidades curriculares do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas.

Neste relatório serão abordados os temas propostos para o Estágio II, dando mais relevo à experiência adquirida, uma vez que as atividades em farmácia comunitária estão de certa forma padronizadas pelas orientações em vigor.



## 2. HISTÓRIA DA FARMÁCIA CENTRAL DE OVAR

Falar da FCO não é apenas falar de uma farmácia, é muito mais do que isso... é falar de toda a sua “história e das suas gentes”, que a tornam tão especial (Figura 29)!

A sua origem remonta a 1904, ano em que foi fundada pelo farmacêutico Dr. Carlos Baptista. A segunda proprietária foi a Dra. Alice Amaral que juntamente com o seu marido, distinto técnico de farmácia, manipulava com grande mestria pomadas medicinais que resolviam com sucesso os problemas de quem o procurava. Este casal manteve a propriedade da farmácia durante 50 anos, tendo-a vendido em 1986 à Dra. Maria José Mações de Castro Torres Coelho natural da Póvoa de Varzim e licenciada em Ciências Farmacêuticas pela Faculdade de Farmácia da Universidade do Porto.



Figura 29 – Farmácia Central de Ovar

Em 1986, com 26 anos de idade, a Dra. Maria José realizou obras de remodelação do espaço interior da farmácia que se encontrava antiquado e ainda adaptado a uma realidade em que o medicamento manipulado constituía o principal meio de tratamento (Figura 30). Nesta altura, a farmácia ficou preparada para dispensar os produtos industrializados que adquiriam uma importância cada vez maior.



Figura 30 – Espaço interior da farmácia (2012)



Em 2012, volta-se a investir numa profunda remodelação, tendo sido instalado o sistema de dispensa automático de medicamentos, aumentado e melhorado o laboratório, além de ter sido criado um espaço de atendimento privado. Esta última e recente modernização teve como principal objetivo dar resposta às novas exigências do mercado farmacêutico e da conjuntura atual, permitindo também melhorar as condições de trabalho para os colaboradores (Figura 31).



**Figura 31** – Espaço interior atual (2016)





### 3. SISTEMA DE GESTÃO DE QUALIDADE

A farmácia comunitária é uma porta de entrada no Sistema de Saúde dada a sua acessibilidade à população e prestação de cuidados de saúde de elevada diferenciação técnico-científica, servindo a comunidade com a maior qualidade (Conselho Nacional da Qualidade, 2009).

O conceito de “qualidade” de um produto ou serviço, segundo Deming, define-se em duas perspetivas: a do produtor e a do cliente. Do ponto de vista do produtor, a qualidade associa-se à concepção e produção de um produto que vá ao encontro das necessidades do cliente. Por outro lado, o cliente associa a qualidade ao valor e utilidade do produto. Contudo, a percepção de qualidade é influenciada por fatores externos, nomeadamente: culturais, económicos e necessidades e expectativas de cada indivíduo.

A qualidade dos serviços farmacêuticos, é demonstrada através da acreditação pela Ordem dos Farmacêuticos em relação às Boas Práticas Farmacêuticas para a Farmácia Comunitária (BPF-FC) e aos Procedimentos Operativos Normalizados produzidos pelo Sistema da Qualidade da Ordem dos Farmacêuticos, respeitando a norma NP EN ISO 9001:2008.

Neste sentido, a FCO tem implementado um Sistema de Gestão da Qualidade (SGQ) dinâmico e de melhoria contínua que lhe permite a acreditação supracitada, sendo-lhe atribuído, por isso, uma dupla certificação.

A utilização do ciclo de Deming no SGQ permite definir o nível de desempenho que a farmácia quer atingir com os seus processos (Figura 32).

Quando ocorre a identificação de não-conformidades deve-se atuar com eficácia e rapidez, investigando as causas e executando as ações corretivas adequadas ao problema.

Todos os colaboradores têm presente estas linhas de orientação, prestando assim um serviço de qualidade.

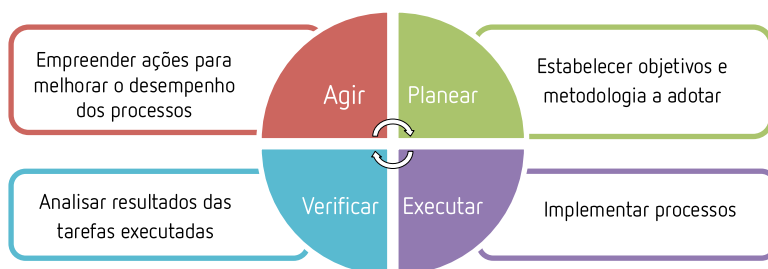


Figura 32- Ciclo de Deming (Plan, Do, Check, Act)



## 4. ORGANIZAÇÃO DO ESPAÇO FÍSICO E FUNCIONAL DA FARMÁCIA

### 4.1. Espaço Físico

A fachada do edifício é o cartão de visita da farmácia, revestida pelo *ex libris* da cidade de Ovar, o azulejo, torna-se num elemento atrativo à população vareira.

Para além da sua boa localização, no coração da cidade, é facilmente identificável pela cruz verde luminosa. Do exterior é ainda visível o nome da farmácia, a Direção Técnica, o horário de funcionamento, o local do atendimento noturno e a farmácia de serviço permanente.

Na montra são expostas as melhores ofertas captando a atenção de quem passa, convidando-o a entrar (Figura 33). Esta deve contar uma história, ser dinâmica e cuidada. O efeito de profundidade e comprimento ajudam a uma perceção 3D, estimulando assim, o sucesso da montra.



Figura 33- Montra (06/05/2016)

O interior da FCO, após a remodelação de 2012, foi idealizado de forma a privilegiar uma boa organização dos produtos aumentando, ainda, a funcionalidade das áreas de trabalho para os seus colaboradores.

Uma mais valia desta farmácia é também o seu longo comprimento que proporciona a disposição de inúmeros produtos nos lineares, sem sobrecarregar demasiado o consumidor, permitindo, assim, manter um aspeto *clean* e expor uma grande diversidade de produtos e marcas comerciais.

Além disso, o posicionamento dos balcões de atendimento no fundo da farmácia permite que o utente circule por este espaço até ser atendido. Assim, o consumidor pode apreciar e escolher o que considera mais adequado, sendo depois devidamente aconselhado, no ato da dispensa.

A área de atendimento ao público apresenta 5 postos de atendimento com duas saídas do *robot* e com acesso ao *cashlogy*, utilizado para fazer todos os pagamentos em numerário (Figura 34).



Figura 34- Área de atendimento ao público

O acesso ao gabinete de atendimento personalizado é feito pela área de atendimento. Este espaço é um local reservado, permitindo que o utente se sinta mais confortável para ser ouvido e falar sobre os seus problemas de saúde (Figura 35), proporcionando um atendimento mais personalizado e com maior privacidade.



Figura 35 – Gabinete de atendimento personalizado

Este gabinete é principalmente utilizado para avaliação de parâmetros bioquímicos e fisiológicos e administração de injetáveis. Além disso, é ainda utilizado para a prestação de outros serviços, tal como para as consultas de podologia, nutrição e terapia da fala (Figura 36).



Figura 36 – Serviços prestados



A área da recepção de encomendas situa-se na área reservada aos colaboradores da farmácia (Figura 37).



Figura 37 – Área de recepção de encomendas

Neste espaço são rececionadas e conferidas as encomendas diárias realizadas aos fornecedores. Esta área é ampla e bem iluminada, apresentando duas bancadas de trabalho onde se executam os trabalhos que permitem o normal funcionamento da farmácia, designadamente: trabalhos de gestão e tesouraria, emissão de notas de devolução, consulta e gestão de *stocks*, verificação do receituário e arquivo geral da farmácia.

Na execução das obras de reformulação optou-se pela instalação de um sistema robotizado de armazenamento que facilita a organização e gestão diária, apresentando inúmeras vantagens, nomeadamente:

- Arrumação automática;
- Rentabilidade do espaço;
- Maior disponibilidade para o atendimento;
- Controlo facilitado sobre *stocks* e prazos de validade;
- Rapidez na dispensa de medicamentos;
- Menor frequência de erros na dispensa;
- Dispensa efetuada segundo o FEFO - *First to Expire, First Out*.

No *robot* são armazenados todos os medicamentos acondicionados em embalagens compatíveis com o mesmo. As embalagens restantes, cujos ângulos não são retos encontram-se nos expositores da farmácia ou armazenados num armário deslizante.

Apesar de não ser visível externamente, a FCO é constituída por três andares. O andar superior está reservado à área de descanso, instalações sanitárias e armazém.



O laboratório localiza-se no segundo andar e destina-se à preparação de medicamentos manipulados. Este espaço encontra-se devidamente equipado com todo o material legalmente exigido e possui boas condições de higiene, segurança, iluminação, ventilação, temperatura e humidade adequadas à preparação de medicamentos manipulados (Figura 38).



Figura 38 – Laboratório

Além disso e tendo em conta que a atividade farmacêutica está em constante atualização é crucial acompanhar a evolução técnica e científica. Por isso, a FCO faz questão de disponibilizar à sua equipa ferramentas que permitem uma rápida consulta de informação atualizada com qualidade.

Para além das publicações de existência obrigatória numa farmácia comunitária: Farmacopeia Portuguesa, edição em papel ou formato eletrónico *on-line* e o Prontuário Terapêutico em formato electrónico, a FCO possui ainda outras fontes de informação (Figura 39).

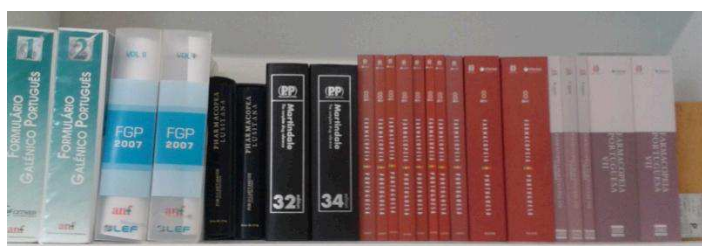


Figura 39 – Biblioteca

O escritório administrativo também se encontra no segundo piso da farmácia e é maioritariamente utilizado pela Diretora Técnica e pela Diretora Geral de Planeamento e Gestão Financeira para tratar de assuntos de gestão ou realizar reuniões com fornecedores/promotores comerciais.

Em suma, todas as áreas funcionais da FCO obedecem ao estipulado pelo Decreto de Lei n.º 171/2012 de 1 de Agosto que surge como a segunda alteração ao



Decreto-Lei n.º 307/2007, de 31 de agosto, estabelecendo o regime jurídico das farmácias de oficina.

A FCO encontra-se ainda equipada com sistema de videovigilância e segurança com alarme, sistema de ar condicionado, equipamentos de monitorização de temperatura e de humidade (termohigrómetro) que controlam as condições corretas de armazenamento e frigorífico conservando os medicamentos entre 2°C-8°C.

#### 4.2. Recursos Humanos

A qualidade do serviço de uma farmácia é um aspeto crucial que deve ser assegurado e está intimamente relacionado com as instalações, equipamentos, disponibilidade dos produtos solicitados e com a equipa técnica da farmácia.

Na FCO, a equipa é constituída por seis farmacêuticos, um ajudante técnico e um auxiliar de armazém estando responsável pela coordenação a Diretora Técnica, Dra. Maria José Coelho (Figura 40).



Figura 40 – Equipa da Farmácia Central de Ovar

A equipa é maioritariamente constituída por jovens farmacêuticos responsáveis, dinâmicos e com imenso espírito de iniciativa. Isso reflete-se no dia a dia onde se denota uma postura proativa dos colaboradores em todas as tarefas que realizam, estando sempre presente a centralização da sua atividade no utente.

Além disso, a equipa é coesa e o respeito entre todos é um fator que predomina. É de destacar o bom ambiente de trabalho que favorece a produtividade e auxilia no cumprimento dos objetivos propostos.



Para o bom funcionamento da FCO, cada elemento da equipa é responsável por um ou mais cargos específicos (Figura 41).

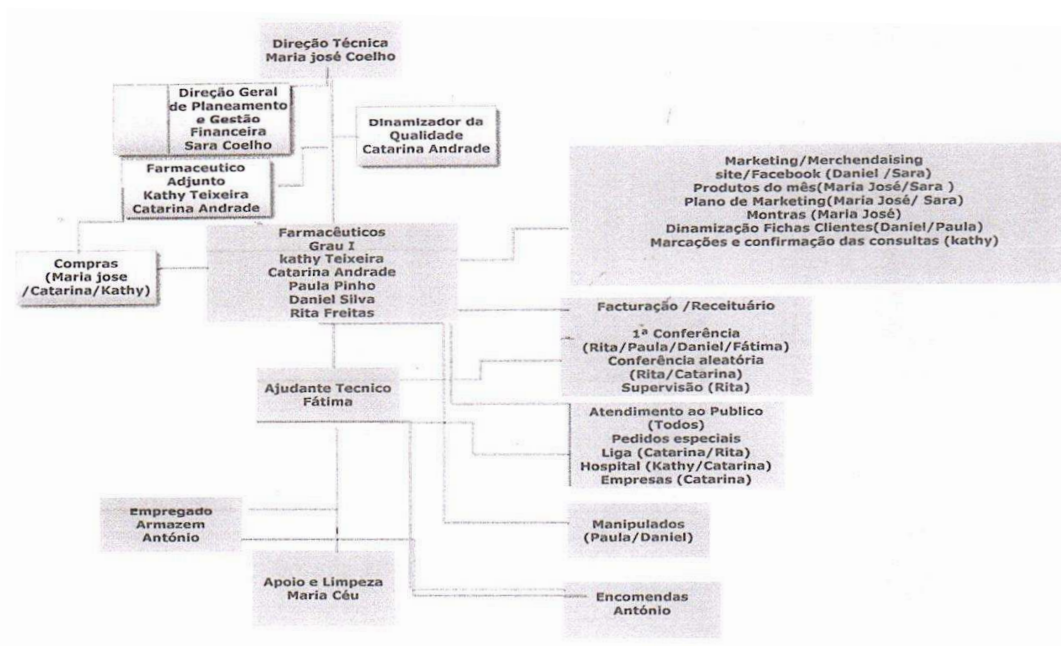


Figura 41 – Organograma da Farmácia

### 4.3. Sistema Informático

A informatização da informação é uma peça imprescindível na gestão e administração de uma farmácia. O *software* utilizado na FCO é o *Sifarma 2000*<sup>®</sup>, propriedade da *Glintt – Healthcare Solution*<sup>®</sup>. Este SI constitui um sistema de suporte ao profissionais de saúde, permitindo uma maior facilidade, rapidez e segurança na execução das tarefas realizadas.

Além de ser uma ferramenta facilitadora na gestão diária da farmácia, auxilia na melhoria das margens de lucro, na prática centrada no utente e no controlo do circuito do medicamento/produto de saúde desde a entrada na farmácia até à sua dispensa. Este instrumento de trabalho é uma fonte de informação fiável, facilitando o acesso à informação científica dos medicamentos, nomeadamente: efeitos secundário, indicações terapêuticas, interações medicamentosas, entre outras.

Cada colaborador possui um código próprio e confidencial que lhe permite o acesso à plataforma. Assim, todas as atividades realizadas por esse utilizador ficam automaticamente identificadas com o seu código.

O contacto entre o utente e a farmácia é simplificado pela criação de uma ficha por utente, permitindo um maior controlo e seguimento farmacoterapêutico. A dispensa



---

de medicação fica automaticamente registada na ficha do utente pelo que é possível a verificação dos laboratórios normalmente dispensados ao utente, assim como as respetivas dosagens, evitando erros ou duplicação da medicação.

Este SI foi utilizado nas aulas da Unidade Curricular Prática de Farmácia I e II e no estágio do ano anterior, pelo que me senti familiarizada com os seus procedimentos, dominando assim parte das tarefas a realizar.





## 5. ENCOMENDAS E APROVISIONAMENTO

A aquisição de produtos é maioritariamente feita através da compra a distribuidores grossistas ou diretamente a empresas pela Diretora Técnica/Farmacêutica responsável.

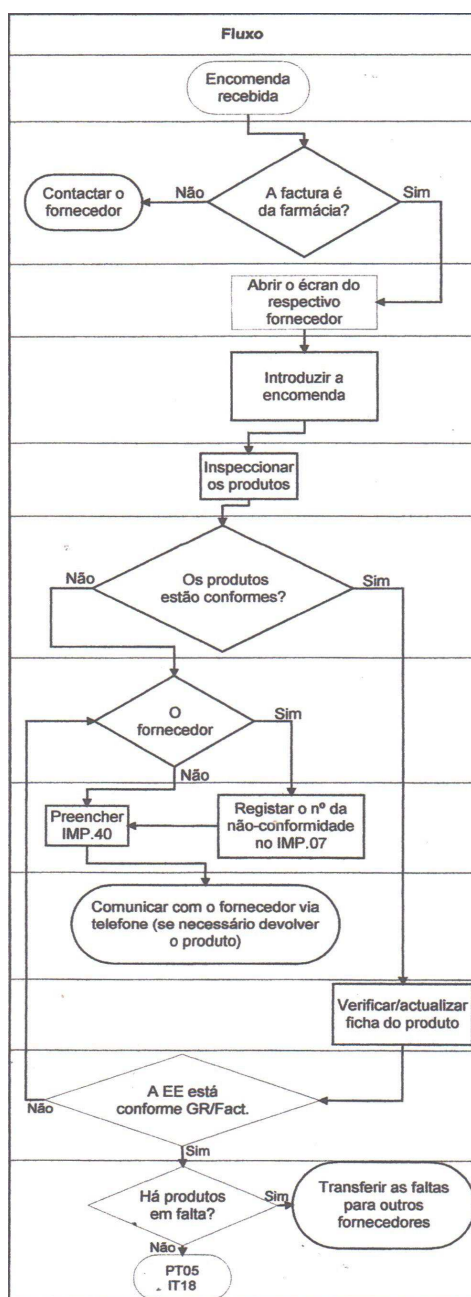
Devido à capacidade de adquirir medicamentos a preços mais competitivos, com bonificações e pelas condições de pagamento e entrega dos produtos, a aquisição destes é feita preferencialmente à *Alliance Healthcare* e seguindo-se a *OCP Portugal*.

Na FCO são efetuadas duas encomendas diárias a cada fornecedor preferencial, uma no final da manhã e a segunda no final da tarde. Além disso, através da ficha do produto é possível realizar uma encomenda forçada, permitindo no imediato, a confirmação da disponibilidade do produto pretendido, assim como a hora de entrega estimada. Deste modo, as encomendas chegam à farmácia cinco vezes por dia.

No procedimento de aquisição, a gestão do aprovisionamento e existências são criteriosamente tomados em consideração de modo a evitar estagnação de capital, imobilização de produtos ou mesmo rutura de existências. Sendo assim, torna-se importante atender a alguns fatores como: sazonalidade, hábitos de prescrição, características da comunidade (idade, nível socioeconómico), rotatividade de cada produto, espaço físico para armazenamento, prazo de validade, entre outros.

Com o SI, a receção e verificação de encomendas está bastante facilitada. No entanto, deve proceder-se de acordo com a Instrução de Trabalho inserida no SGQ da FCO (Fluxograma VII).

Durante o estágio I, as tarefas relacionadas com a receção de encomendas e seu armazenamento foram executadas de forma autónoma. Por isso, a DT entendeu que deveria avançar para a próxima etapa: o atendimento ao público.



Fluxograma VII - Gestão de Encomendas  
(Farmácia Central de Ovar, 2012)



## 6. INTERVENÇÃO FARMACÊUTICA

### SOLUÇÕES DE SAÚDE INTEGRADAS E CENTRADAS NO UTENTE

Os utentes sempre tiveram grande confiança no farmacêutico como prestador de cuidados de saúde. No entanto, a forma discreta com que o farmacêutico desempenha a sua função, mascara a eficácia e o profissionalismo da sua intervenção. Face às crescentes necessidades nos cuidados de saúde, seja por dificuldade de acesso aos cuidados primários ou por questões económicas, as farmácias e farmacêuticos esforçam-se por aprofundar o seu nível de formação. Assim, nota-se uma tendência crescente em desmistificar o conceito do farmacêutico apenas como dispensador de medicamentos, reconhecendo a importância da intervenção farmacêutica e o serviço por ele prestado, enquanto especialista do medicamento.

Deste modo, apresento de seguida os três níveis de intervenção: o nível I (onde se destaca a intervenção não especializada com resolução das preocupações *minor* do utente), o nível II (uma intervenção especializada com resolução das preocupações *major*) e o nível III (intervenção especializada efetuada por farmacêuticos ou outros especialistas usualmente remunerada).

No início do atendimento, na fase de acolhimento, é importante realizar perguntas abertas e neutras para que o utente exponha o motivo da sua ida à farmácia. À medida que comunica, o farmacêutico tenta perceber qual o tipo de intervenção a aplicar.

Para compreender o contexto e enquadramento da situação o farmacêutico deve continuar o diálogo com perguntas abertas orientadas e evoluir para questões fechadas neutras com o objetivo de verificar a situação suspeita. Além disso, é essencial saber o destinatário do pedido do utente, assim como a sua idade, se tem outros problemas de saúde ou qual a medicação habitual, uma vez que a sua resposta pode condicionar o raciocínio farmacêutico. Outro parâmetro importante para a indicação farmacêutica é a caracterização do(s) sintoma(s): localização, duração, intensidade (escala de 0 a 10), contexto, *timing*, manifestação de sintomas associados, fatores agravantes/precipitantes/atenuantes.



Na intervenção propriamente dita deve-se promover um acordo mútuo entre o farmacêutico e o utente, uma vez que a adesão do utente é fulcral para o sucesso dos conselhos recomendados (Ordem dos Farmacêuticos, s.d.).

O espaço e momento para o esclarecimento de dúvidas deve estar sempre presente para que o utente se sinta confortável em solicitar explicações adicionais. Se for útil e pertinente para o caso, pode-se complementar a intervenção com a cedência de informação em suporte papel.

Idealmente, tenta-se sempre fazer uma monitorização solicitando ao utente o *feedback* da sua evolução. Em situações de doenças crónicas, esta última recomendação foca-se no reforço da importância da monitorização dos parâmetros para confirmar se a terapêutica instituída está a ser efetiva.

Em todos os níveis de indicação farmacêutica, a fase de acolhimento e enquadramento do caso, devem estar presentes, não devendo ser descuradas.

## **6.1. NÍVEL I – INTERVENÇÃO FARMACÊUTICA**

### **6.1.1. Dispensação de Medicamentos/ Produtos de Saúde por Apresentação de Prescrição Médica**

A apresentação de prescrição médica pode motivar dois tipos de dispensa: de repetição, em que o atendimento foca-se maioritariamente na efetividade do tratamento, na adesão à terapêutica, segurança (resultados negativos associados à medicação) ou numa primeira vez, dando-se mais atenção à adequabilidade da indicação terapêutica, da posologia prescrita e, se aplicável, validação da técnica de administração.

#### **6.1.1.1. Prescrição médica eletrónica**

Com vista à racionalização no acesso ao medicamento, à diminuição dos custos de prescrição e à monitorização de todo o sistema de prescrição e dispensa, no âmbito do SNS, foi estabelecido o princípio de obrigatoriedade da prescrição eletrónica para que seja obtida a comparticipação de medicamentos.



Através do Despacho n.º 2935-B/2016 de 25 de fevereiro, a prescrição médica sem papel adquiriu caráter obrigatório a 1 de abril de 2016, para todas as entidades do SNS. No entanto, até que a prescrição eletrónica possa ser completamente desmaterializada, adota-se a solução que passa pela emissão da receita por meios eletrónicos e pela sua impressão em papel, para efeitos de dispensa do medicamento (receita eletrónica com papel).

Este projeto nacional da receita sem papel atingiu, a 18 de agosto, os 90% em todo o SNS. Fora do SNS já representa 20%, com tendência para continuar a aumentar (Serviço Nacional de Saúde, 2016).

Com a receita sem papel, o utente poderá indicar ao seu médico um número de telemóvel para receber as informações da prescrição por mensagem de texto. Em alternativa, no ato da consulta terá a possibilidade de receber a guia de tratamento em suporte papel ou consultá-la na Área do Cidadão, desde que esteja registado. Por mensagem de texto, o utente receberá o número da prescrição, o código de acesso e dispensa e o código de direito de opção (Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, s.d.). O sistema eletrónico apresenta as vantagens e desvantagens para os intervenientes (Figura 42).

**Figura 42** – Vantagens e Desvantagens da receita sem papel (Farmácias Portuguesas).

	Vantagens	Desvantagens
<b>Utente</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Maior conveniência do acesso à medicação (opta por levar todos os produtos prescritos ou apenas parte deles);</li><li>- Todos os produtos de saúde prescritos são incluídos numa única receita;</li><li>- Evita a perda de receitas;</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Privacidade e confidencialidade dos dados dos utentes garantida?</li><li>- Sem conhecimento dos medicamentos prescritos na receita sem papel via mensagem de texto.</li></ul>
<b>Médico Prescritor</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Facilidade na prescrição em simultâneo de diferentes tipologias de medicamentos (a mesma receita poderá incluir medicamentos comparticipados e não comparticipados)</li><li>- Aumento da segurança da prescrição por parte dos prescritores;</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Falha do sistema que serve de base à receita sem papel, da responsabilidade dos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS) que impossibilita tanto a prescrição médica como a compra da medicação por parte do utente na farmácia.</li></ul>
<b>Farmácia</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Processo de dispensa de medicamentos mais agilizado;</li><li>- Diminuição significativa no número dos erros de dispensa de medicamentos;</li><li>- Redução do volume e tempo dispensado na conferência de receituário;</li></ul>	
<b>SNS</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Promoção do combate à fraude;</li><li>- Diminuição do desperdício de consumíveis (vantagens ambiental e económicas);</li><li>- Generalização do uso do Cartão do Cidadão como meio de autenticação eletrónica;</li></ul>	



O constrangimento de não discriminarem na mensagem de texto os produtos contidos na receita é facilmente contornado com a ajuda do SI onde se imprime a receita e todos os seus elementos inerentes, facilitando assim a sua dispensa numa necessidade futura.

No caso de existir uma falência técnica do sistema, a validação da prescrição médica pela Plataforma de Integração dos SPMS fica comprometida, uma vez que é efetuada obrigatoriamente em modo *online*. Nestas situações, o código matriz (QR Code), gerado pelo sistema central e comunicado ao *software* de prescrição no momento do registo da Receita Sem Papel permite a dispensa *offline* de receitas. Este código, impresso na parte inferior da guia de tratamento permite o acesso aos dados da prescrição no momento de dispensa e validação da mesma (Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, 2016).

No entanto, este procedimento tem implicações para a farmácia pois necessita de possuir equipamento apropriado para a leitura destes códigos.

#### **6.1.1.2. Prescrição médica manual**

As receitas manuais são de caráter excepcional e representam uma minoria das receitas apresentadas na FCO. A identificação da exceção que justifica a utilização da receita manual deve estar obrigatoriamente assinalada com uma cruz na alínea correspondente.

#### **Caso Prático – F. R.**

Utente do género feminino, dirige-se à Farmácia com uma receita médica especial, contendo medicamentos estupefacientes e psicotrópicos.

Quando questionada se a medicação era para a própria, respondeu-me que não, pelo que lhe pedi o cartão de identificação da utente e da adquirente. A utente, indignada com este pedido referiu que nunca lhe tinham solicitado tais informações para a dispensa da medicação. Neste sentido e de forma a consciencializar a cuidadora para a importância do controlo desta classe de medicamentos, durante o atendimento informei-a sobre algumas características particulares que esta classe comporta.



Os medicamentos estupefacientes e psicotrópicos são fármacos que atuam no Sistema Nervoso Central. Estas substâncias são substâncias controladas atendendo ao potencial de dependência física e psíquica. Desta forma, as substâncias ativas contidas nas tabelas I e II do Decreto-Lei n.º15/93, de 22 de janeiro ou qualquer das substâncias referidas no n.º 1 do artigo 86.º do Decreto-Regulamentar n.º 61/94, de 12 de outubro, têm que ser prescritas isoladamente e numa receita especial (RE).

No ato da dispensa destes medicamentos é necessária a introdução de dados referentes ao médico prescriptor, utente e adquirente, garantindo a sua rastreabilidade e controlo. No final da venda, além do verso das receitas ser impresso, será emitido documento de psicotrópicos que fica arquivado por ordem de número de registo.

Adicionalmente, a farmácia fica encarregue de enviar ao INFARMED o registo de psicotrópicos e estupefacientes (Figura 43).

<b>Assunto do e-mail</b>	Deve conter o nome da farmácia, código de conferência de faturas, período e informação em causa: Exemplos: Farmácia "denominação" (1234): Receitas manuais (jan 2015) Farmácia "denominação" (1234): Dados dos adquirentes (jan 2015) Farmácia "denominação" (1234): Registo de entradas e saídas (jan-dez 2015)
<b>Periodicidade e informação a enviar</b>	<b>Mensalmente até dia 8</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Cópias das receitas manuais contendo medicamentos das tabelas I e II com exceção da II-A</li><li>• Lista das receitas dispensadas contendo medicamentos das tabelas I e II com exceção da II-A incluindo os seguintes dados:<ul style="list-style-type: none"><li>- Identificação do médico – nome e número da Ordem;</li><li>- N.º da receita;</li><li>- Identificação do medicamento dispensado (nome e número de registo);</li><li>- Quantidade dispensada;</li><li>- Identificação (nome, número do bilhete de identidade/cartão do cidadão ou outro documento legalmente previsto) e idade do adquirente.</li></ul></li></ul> <b>Anualmente até dia 31 de Janeiro de cada ano</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Registo das entradas e saídas dos medicamentos contendo substâncias incluídas nas tabelas I, II e IV, de acordo com o Anexo IV, com a inclusão da seguinte informação:<ul style="list-style-type: none"><li>- Identificação do medicamento incluindo o número de registo;</li></ul></li><li>• Devem ser mencionados os totais das substâncias ou preparações armazenadas e as utilizadas durante o ano, bem como qualquer diferença, para mais ou menos, relativamente aos correspondentes registos anteriores.</li></ul>

**Figura 43** - Registos de psicotrópicos e estupefacientes (INFARMED - Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I.P. , 2015).



### 6.1.2. Dispensação de Medicamentos/ Produtos de Saúde sem Apresentação de Prescrição Médica – Indicação Farmacêutica

Segundo as BPF-FC, a indicação farmacêutica, define-se como o ato profissional pelo qual o farmacêutico se responsabiliza pela seleção de um produto de saúde e/ou indicação de medidas não farmacológicas, com o objetivo de tratar um problema de saúde considerado como um transtorno *minor*, de caráter não grave, autolimitado, de curta duração, que não apresente relação com manifestações clínicas de outros problemas de saúde do utente.

Esta atuação envolve quatro etapas (Ordem dos Farmacêuticos, s.d.), nomeadamente:

(1) Apresentação do problema pelo utente:

- Procura aconselhamento acerca de sintomas;
- Solicita um medicamento específico;
- Procura conselhos sobre saúde em geral.

(2) Entrevista ao utente:

- Características do sintoma;
- O que motivou a apresentação do problema;
- Episódios semelhantes no passado e o seu tratamento;
- Outros problemas de saúde manifestados pelo utente;
- Medicação habitual;
- Expectativas face ao tratamento ou terapêutica;

(3) Intervenção Farmacêutica:

- Indicar um medicamento ou outro produto de saúde para tratar os sintomas *minors* apresentados.
- Disponibilizar outros serviços de cuidados farmacêuticos, como acompanhamento farmacoterapêutico ou educação para a saúde;
- Encaminhar o utente ao médico nas situações em que o farmacêutico considere a necessidade de diagnóstico médico.

(4) Avaliação dos resultados clínicos:





- Registo da intervenção em suporte informático ou em papel contendo informação referente ao problema apresentado, intervenção farmacêutica e o seu resultado.

Atualmente, na FCO, a última etapa ainda não é executada.

Apesar do SI facilitar bastante o acompanhamento farmacêutico ainda não está especificamente preparado para a implementação desta quarta etapa, uma vez que deveria dispor de um modelo de registo da intervenção, no qual se registaria todas as atividades realizadas nesse âmbito. Contudo, este constrangimento pode ser contornado, colocando-se um aviso na ficha de cada utente. Esta solução permitiria um acompanhamento personalizado, privilegiando a proximidade e valorizando o atendimento.

É de salientar ainda que, na dispensação de medicação, seja por apresentação de receita médica ou não, o farmacêutico deve focar-se, na resolução do problema apresentado pelo utente, interagindo com o mesmo de forma a garantir que a solução apresentada é aquela que melhor responde às suas necessidades.

### **Caso Prático – T. S.**

Utente, do género feminino, desloca-se à Farmácia no dia 04/07/16 com dor na micção. Este sintoma surgiu-lhe na noite anterior e refere ter piorado mas nega hematuria. Pelo que solicita um antibiótico para infeções urinárias, convicta do seu diagnóstico. A utente foi aconselhada a ir ao médico uma vez que este é o único profissional de saúde a quem cabe diagnosticar e instituir a terapêutica adequada. Adicionalmente, tentei sensibilizar a utente para correta utilização dos antibióticos de forma a travar o aumento das bactérias resistentes à antibioterapia pondo fim à automedicação.

Durante o meu percurso académico fui alertada para a recorrência destas situações. A compreensão do papel do farmacêutico na prevenção do aumento do número de resistências a antimicrobianos que foi reforçado durante o período de estágio em ambiente hospitalar.

Neste âmbito foi desenvolvido o Programa de Prevenção e Controlo de Infeção e Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA), criado pelo Despacho n.º 2902/2013, de 22 de fevereiro, sedado na Direção-Geral da Saúde, tendo como objetivo geral a redução



da taxa de infecções associadas aos cuidados de saúde, hospitalares e da comunidade, assim como a taxa de microrganismos com resistência aos antimicrobianos e a vigilância contínua da infecção hospitalar, do consumo de antibióticos e da incidência de microrganismos multirresistentes.

As infecções associadas aos cuidados de saúde e o aumento da resistência aos antimicrobianos representam um problema crescente à escala mundial. Consciente que o elevado nível de resistência aos antibióticos constitui um “perigo para a saúde mundial”, a OMS atualizou, em 2015, o Relatório Global sobre a Vigilância da Resistência aos Antimicrobianos, no qual salienta que se trata de uma crescente ameaça à saúde pública e geradora de preocupação em múltiplos setores.

A situação mais preocupante verifica-se na bactéria *Escherichia coli*, responsável pela maior parte das infecções urinárias não complicadas, com resistência elevada aos antibióticos da classe das quinolonas (Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos, 2016).

#### **6.1.2.1. Normas de Orientação Terapêutica**

Com o objetivo de sistematizar e uniformizar a intervenção dos profissionais de saúde, garantindo aos doentes igualdade no acesso às terapêuticas são elaboradas normas de orientação terapêutica, à luz do atual conhecimento.

Para isso, são várias as entidades que contribuem positivamente para que os profissionais de saúde possam basear cada vez mais e melhor a decisão farmacoterapêutica na mais recente evidência científica e num profundo conhecimento das relações benefício/risco e custo/efetividade.

Deste modo, a Ordem dos Farmacêuticos apresentou as “Normas de Orientação Terapêutica” para as patologias cujos grupos terapêuticos representaram, em 2009, o maior peso nos encargos do SNS.

Além disso, criou o Centro de Informação do Medicamento (CIM) em 1984 que se destina a disponibilizar informação independente, avaliada e atualizada sobre medicamentos e terapêuticas, auxiliando na tomada de decisões (Anexo A. VII).

A Direção-Geral da Saúde também disponibiliza *guidelines*, árvores de decisão, orientações terapêuticas e informações em prol da harmonização de atuação perante a mesma situação clínica.



A participação do farmacêutico no cuidado do doente e em atividades de promoção da saúde necessita do apoio de informação sobre os medicamentos, sendo indispensável para a prática de cuidados farmacêuticos. No entanto, estas normas não conseguem abranger todas as complexidades inerentes a cada indivíduo e não substituem a imprescindível avaliação médica, nem constituem, para o médico, a única abordagem possível em cada caso.

### **6.1.3. Preparação de Medicamentos Manipulados**

Apesar dos medicamentos manipulados representarem uma pequena percentagem dos medicamentos cedidos na FCO, esta prática ancestral constitui uma mais-valia em várias áreas: para a farmácia pois disponibiliza este serviço ao utente, para a profissão porque são de exclusiva produção farmacêutica e para o utente já que permite personalizar a terapêutica consoante as suas necessidades, colmatando as inexistências do mercado.

Face ao ano anterior, denota-se um aumento significativo de solicitações nesta área de intervenção. Consequentemente, a FCO, adaptou-se a este crescimento, desenvolvendo um método informatizado para o preenchimento dos documentos: ficha de preparação, cálculo do preço de venda ao público e criação do rótulo com o intuito de reduzir o tempo gasto na preparação de medicamentos.

No decurso do meu estágio tive inúmeras oportunidades de participar na área de produção, consolidando de forma prática esta atividade farmacêutica. Tal como sucedido no Estágio I, houve necessidade de contactar o Laboratório de Estudos Farmacêuticos (LEF) para nos fornecer informações sobre os procedimentos a adotar relativamente à manipulação de uma Fórmula Magistral não descrita no Formulário Galénico Português (FGP).

A FCO compromete-se a produzi-los num prazo máximo de 48 horas. Sempre que as condições não estejam reunidas, caso rutura de stock de uma matéria-prima, a FCO recorre aos serviços de outra farmácia, com a qual tem acordo para responder à necessidade solicitada pelo utente no prazo convencionado.

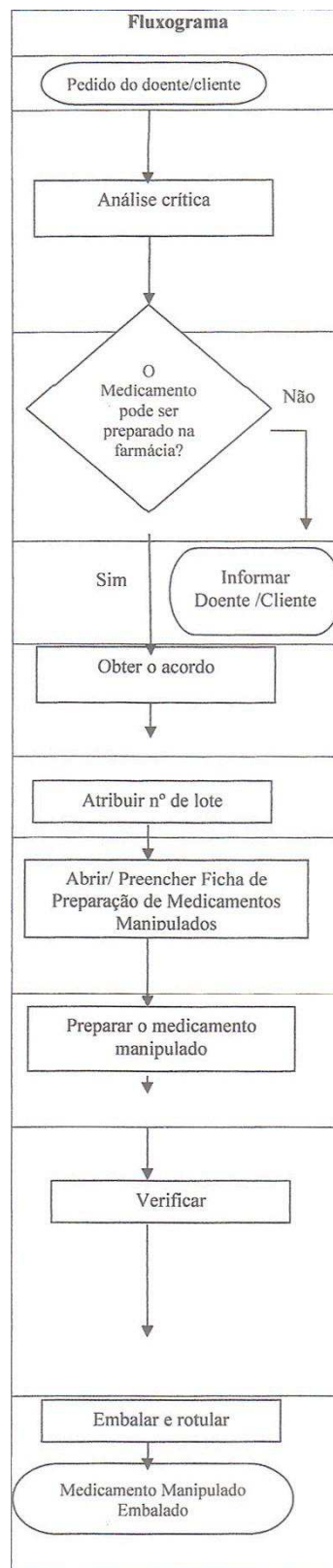
Alguns medicamentos manipulados são passíveis de comparticipação (30% do seu preço) pelo SNS. Os mesmos são elencados no Anexo ao Despacho N.º 18694/2010, de 18 de novembro.



Em harmonia com o SGQ, a FCO tem sistematizado o processo de seguindo as Boas Práticas de Preparação de Medicamentos Manipulados estipuladas pelo Despacho do Ministério da Saúde n.º 18/91, de 12 de Agosto e as BPF-FC, garantindo a qualidade e segurança da preparação (Fluxograma VIII).

Os documentos de suporte a este procedimento que permitem a sua rastreabilidade são:

- Boletins de análise e ficha de segurança das matérias-primas;
- Atribuição do número de lote;
- Ficha de preparação e respetivo rótulo;
- Registo de movimento das matérias-primas associado ao lote;
- Registo dos controlos e calibrações dos aparelhos de medida.



**Fluxograma VIII** - Produção de medicamentos manipulados (Farmácia Central de Ovar, 2011)



#### 6.1.4. Determinação de parâmetros – “CheckSaúde”

A determinação de parâmetros bioquímicos e fisiológicos são dois dos vários serviços disponibilizados pela FCO que permitem a medição de indicadores do estado de saúde do utente. Os utilizadores destes serviços possuem um cartão, onde se registam os valores das medições de forma a manter um historial.

Na prestação destes serviços, o farmacêutico, além de explicar os resultados obtidos, deve sensibilizar os utentes para os fatores de risco relacionados com o estilo de vida nomeadamente: tabagismo, hipertensão, obesidade, sedentarismo e consumo excessivo de álcool.

A elevada frequência destes fatores na sociedade portuguesa alertam para a importância de aconselhar medidas não farmacológicas e estimular a adoção de um estilo de vida saudável, prevenindo doenças não-transmissíveis (Figura 44).

Além disso, os hábitos alimentares inadequados dos portugueses constituem o primeiro fator de risco de perda de anos de vida. Estudos internacionais apontam a má alimentação como responsável por 11,96%



Figura 44 – Promoção de estilos de vida saudáveis

do total de anos de vida prematuramente perdidos pelas mulheres portuguesas, percentagem que sobe para 15,27% no género masculino. A obesidade e outras doenças crónicas, como as doenças cardiovasculares, cancro ou diabetes *mellitus* estão claramente dependentes de uma alimentação saudável e da adoção de um estilo de vida saudável com a prática regular de exercício físico (Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável, 2016).

##### 6.1.4.1. Parâmetros Fisiológicos

A determinação da pressão arterial é um dos serviços mais requisitados na FCO. Diariamente, são diversas as situações que levam os utentes a recorrer a este serviço: utentes hipertensos que pretendem monitorizar os seus valores, utentes com uma sensação de fraqueza ou tonturas, utentes curiosos, entre outros.

Para este efeito, a FCO possui um medidor automático de pressão arterial que emite os valores de pressão arterial sistólica, diastólica e frequência cardíaca.



Antes de se iniciar a medição, é importante garantir que o utente não fumou, ingeriu bebidas com cafeína ou álcool e não praticou exercício físico na meia hora antecedente à medição. Na determinação deve ter-se alguns aspetos em consideração para que os valores obtidos sejam credíveis. Para isso, o utente:

- deve estar confortável com o braço relaxado numa superfície plana;
- deve permanecer imóvel e sem falar durante a medição;
- deve sentar-se e relaxar durante 5 minutos, caso seja necessário;

Nas determinações efetuadas a utentes não diagnosticados com hipertensão arterial e que apresentem valores elevados, não se deve alarmá-lo, explicando que poderá ser uma situação pontual motivada por diversos fatores. É importante aconselha-lo a monitorizar a sua pressão arterial mais frequentemente e adotar algumas medidas não farmacológicas neste âmbito. Se estas medidas não forem suficientes para a normalização dos valores se continuarem recorrentemente elevados, torna-se necessário encaminhar o utente para a consulta do médico de família fazendo-se acompanhar do historial de determinações (Figura 45).

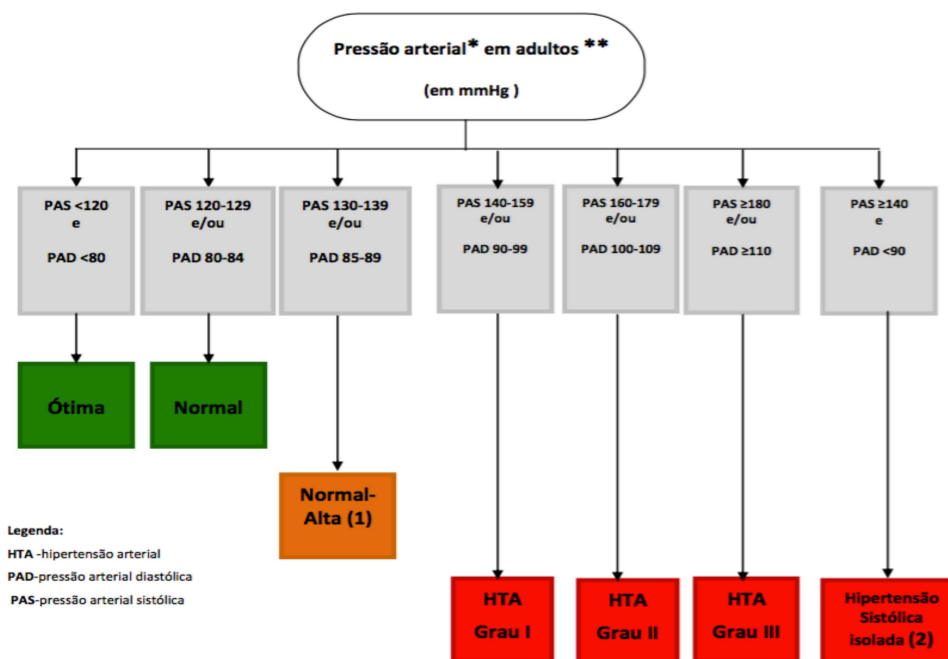


Figura 45 – Valores de Referência para a pressão arterial (Direção-Geral da Saúde, 2011)

No caso de determinações efetuadas a utentes com hipertensão arterial diagnosticadas é relevante perguntar a medicação utilizada e a adesão à terapêutica instituída pelo médico. Nestas situações, os conselhos não farmacológicos adquirem



mais importância no controlo e gestão da doença tais como: redução da ingestão de sal, cessação de hábitos tabágicos, aumento da ingestão de frutas e vegetais e a prática regular de exercício físico.

A experiência vivenciada durante o estágio, contribuiu para a perceção de que a maioria da população tem valores de pressão arterial elevados e mesmo assim desvaloriza os conselhos sugeridos pelos farmacêuticos.

A determinação do peso e medição da altura é efetuado através de uma balança que se encontra à entrada da FCO. Este aparelho emite ainda o cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC) que permite de uma forma rápida e simples, constatar se um indivíduo adulto tem baixo peso, peso normal ou excesso de peso, internacionalmente adotado para classificar a obesidade (Figura 46).

Classificação	IMC (Kg/m <sup>2</sup> )	Risco de Comorbilidades
Baixo peso	< 18.5	Baixo (mas risco aumentado de outros problemas clínicos)
Varição normal	18.5 – 24.9	Médio
Pré-obesidade	25.0 – 29.9	Aumentado
Obesidade Classe I	30.0 – 34.9	Moderado
Obesidade Classe II	35.0 – 39.9	Grave
Obesidade Classe III	≥ 40.0	Muito grave

OMS 2000

**Figura 46** – Classificação da obesidade no adulto em função do IMC e risco de comorbilidades (Direção-Geral da Saúde, 2005).

A medição do perímetro abdominal permite associar os valores obtidos ao risco de desenvolver complicações metabólicas e consiste na medição do perímetro da cintura, utilizando uma fita métrica, no ponto médio entre o rebordo inferior da costela e a crista ilíaca (Figura 47). Esta determinação é realizada no âmbito da consulta de nutrição, uma vez que permite também ajudar e sensibilizar o utente para uma alimentação mais consciente, que permita encontrar equilíbrio para a sua saúde.

Risco de complicações metabólicas	Circunferência da Cintura (cm)	
	Homem	Mulher
Aumentado	≥ 94	≥ 80
Muito aumentado	≥ 102	≥ 88

**Figura 47** – Relação entre o perímetro abdominal e o risco de complicações metabólicas (Direção-Geral da Saúde, 2005)



#### 6.1.4.2. Parâmetros Bioquímicos

Na FCO tive oportunidade de determinar valores de glicemia capilar, colesterol e triglicerídeos.

A determinação dos níveis de glicemia é solicitada frequentemente por utentes diagnosticados com Diabetes *mellitus*, uma vez esta determinação permite identificar a efetividade da terapêutica e monitorizar a sua condição. O farmacêutico tem um papel fundamental no acompanhamento do doente diabético, devendo alertar para as consequências que podem advir da não adesão à terapêutica farmacológica e/ou da não adoção de medidas não farmacológicas que permitem o controlo da doença. Deve-se ainda estimular a autovigilância, a prática regular de exercício físico, uma alimentação moderada e ensinar o utente a identificar uma crise de hipoglicemia e hiperglicemia.

Relativamente à determinação do colesterol total e dos triglicerídeos devem ser analisados em jejum de 12 horas. A alteração dos níveis e/ou função das lipoproteínas plasmáticas - dislipidemia – estão diretamente relacionadas com manifestações clínicas da doença aterosclerótica. Por isso, a preocupação crescente em minimizar os principais fatores de risco cardiovascular faz com que os utentes encarem estas determinações como uma medida de controlo e identificação precoce de indivíduos com risco acrescido de doenças cardiovasculares.

Na interpretação dos resultados obtidos deve-se ter em consideração os valores de referência e a história clínica do doente (Figura 48).

Parâmetro a determinar	Valores de Referência (mg/dL)
Glicemia	Jejum: <110
	Pós-prandial: <140
Colesterol total	<190
Triglicerídeos	<150

**Figura 48** – Valores de referência nos parâmetros bioquímicos determinados na FCO (Direção-Geral da Saúde, 2011)





### **6.1.5. Informação para a saúde**

Segundo as BPF-FC, a educação para a saúde é, um processo ativo que pretende criar na população, conhecimentos, habilidades e atitudes para saber prevenir e lidar com a doença, oferecendo-lhe a possibilidade de participar na tomada de decisões acerca da sua saúde. Esta educação visa mudar os comportamentos individuais de risco e por conseguinte, melhorar a saúde das pessoas, bem como a sua qualidade de vida.

Neste âmbito, o farmacêutico assume grande responsabilidade tanto na manutenção e promoção da saúde como na prevenção da doença. Para isso, intervenção farmacêutica deve ser focada no doente e no uso racional do medicamento, descartando por completo os interesses comerciais que daí possam advir. A abordagem ao utente deve ser direcionada para satisfazer as suas necessidades, privilegiando uma linguagem acessível para uma melhor compreensão. Por último, mas não menos importante, o farmacêutico deve também motivar a adesão à terapêutica seja farmacológica ou não, evidenciando as vantagens da sua prática.

O desconhecimento da necessidade e dos cuidados específicos da terapêutica contribuem para o seu fracasso e, este, para o desperdício de recursos e acréscimo dos encargos com os cuidados de saúde. Por isso, de forma complementar à informação oral prestada, o farmacêutico pode disponibilizar informação em suporte escrito.

Nesse sentido, a FCO esforça-se diariamente por dinamizar projetos e disponibilizar informação que contribuem para esta consciencialização (Conselho Nacional da Qualidade, 2009).

#### **6.1.5.1. Diálogo com o utente sobre temas de saúde**

Na FCO, é frequente o farmacêutico motivar o utente para a necessidade de se informar cada vez mais e melhor sobre questões relacionadas com a sua saúde e participar ativamente na decisão da terapêutica a instituir, responsabilizando-o pela sua saúde.

A OMS estima que 50% dos cidadãos em todo o mundo não tomam os medicamentos prescritos corretamente, por diversas razões (World Health Organization, 2003). Estima-se que seja possível poupar cerca de 370 mil milhões de euros através do Uso Responsável do Medicamento (Figura 49) (Institute for Healthcare Informatics, 2012).



Figura 49 – Oportunidades de melhoria através do uso responsável do medicamento (Ordem dos Farmacêuticos).

Neste sentido, a promoção do Uso Responsável do Medicamento junto do cidadão deve reforçar a importância do uso do medicamento apenas quando necessário, bem como a seleção apropriada do medicamento de forma a garantir a sua efetividade.

O diálogo com o utente também é benéfico já que pode conduzir o utente a tomar decisões que modifiquem o seu comportamento relativamente a hábitos nefastos para a saúde.

#### 6.1.5.2. Atividades para a Promoção de Saúde

A FCO encontra-se sempre disponível para esclarecer aos utentes todas as dúvidas que surjam sobre a utilização de dispositivos terapêuticos sejam eles: dispositivos inalatórios, para administração de insulina, de autovigilância e de determinação da glicemia capilar.

Segundo as orientações das BPF-FC, os farmacêuticos comunitários devem promover e participar em atividades de promoção da saúde em cooperação com outros organismos ligados à saúde. Nesse âmbito, a FCO foi convidada a participar numa sessão dinamizada pelo Dr. Eurico Silva envolvendo enfermeiros, farmacêuticos e médicos com o objetivo de ensinar a técnica inalatória aos utentes utilizadores de dispositivos inalatórios, otimizando o sucesso da sua farmacoterapia.

Além disso, a FCO estimula a população através das redes sociais via *Facebook* e do website *farmacentral.pt* a adquirir conhecimentos e a adotar estilos de vida saudáveis (Figura 50).

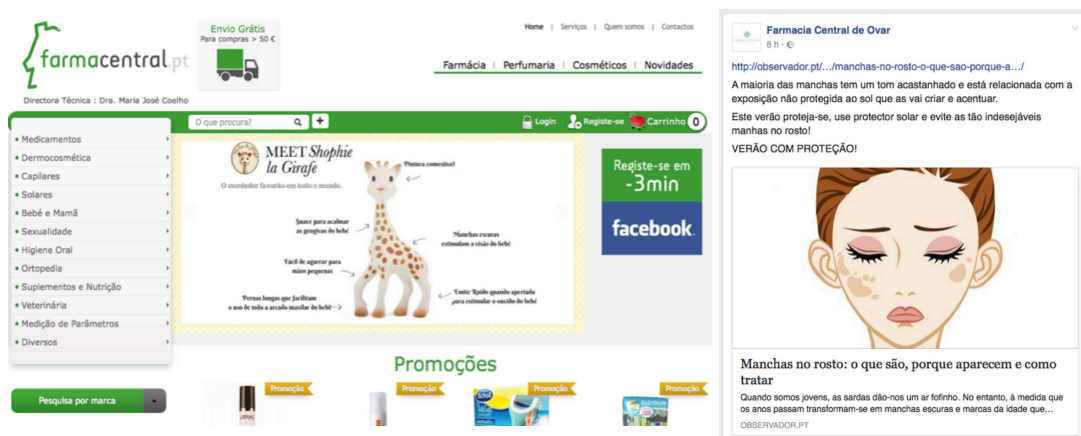


Figura 50 – Meios de comunicação da FCO.

### 6.1.5.3. Atividades para a Prevenção da Doença

Os programas de prevenção da doença devem estar focados na diminuição dos fatores de risco retardando a progressão da doença. Neste campo de ação, a FCO em colaboração com a Câmara Municipal de Ovar dinamizou a determinação da pressão arterial e da glicemia capilar para rastreio de Hipertensão Arterial e Diabetes *mellitus* (Figura 51).

Desta forma, pretendeu-se sensibilizar o utente da necessidade de monitorizar certos parâmetros, prevenindo doenças cardiovasculares, entre outras. Os farmacêuticos transmitem os benefícios da adoção de hábitos e estilos de vida saudáveis, necessários para alcançar objetivos terapêuticos, assim como ajudam na prevenção de possíveis complicações agudas e crónicas do problema de saúde.



Figura 51 – Dinâmica conjunta com a Câmara Municipal de Ovar



#### 6.1.5.4. Campanhas de educação para a saúde

Durante o estágio tive oportunidade de participar em várias campanhas e rastreios de saúde promovidos pela FCO (Figura 52). Na minha opinião, as ações de sensibilização adquirem especial importância, uma vez que permitem ao farmacêutico identificar indivíduos pertencentes a determinados grupos de risco e em relação aos quais pode ser disponibilizado o serviço de acompanhamento farmacoterapêutico ou ser encaminhado para outros serviços de saúde.



Figura 52 – Diversidade de Rastreios realizados pela FCO

A palestra sobre obesidade “Uma intervenção transversal” contou com a participação de uma farmacêutica, uma dietista e uma técnica de radiofrequência e cavitação (Figura 53). No processo de educação para a saúde o farmacêutico recorreu a material educativo audiovisual, adequando-o ao público alvo.



Figura 53 – Palestra sobre obesidade: “Uma intervenção transversal”.



Com o objetivo de divulgar e transmitir mensagens associadas a comportamentos de risco, a FCO tem incluído no seu plano de intervenção na comunidade, uma ação de sensibilização sobre doenças sexualmente transmissíveis. O público-alvo desta ação seria maioritariamente a camada jovem, uma vez que se verifica o principal foco de incidência na faixa etária entre os 15 e 24 anos. O objetivo da ação seria desmistificar dúvidas e preconceitos relacionados com esta temática. Deste modo, o papel da farmácia na educação para a saúde torna-se um elemento chave para prevenção da doença na comunidade, na medida em que as doenças sexualmente transmissíveis são um risco para todos aqueles que tenham uma vida sexual ativa, independentemente da idade, género ou condição socioeconómica.

Por convite da Prof. Doutora Áurea Lima, colaborei ainda, em parceria com a FCO, no Projeto Escolas Uriage 2016 intitulado por “Cuidados a ter ao Sol”, alertando as crianças em idade pré-escolar da Creche da Santa Casa da Misericórdia de Ovar sobre os riscos e benefícios da exposição solar. Esta missão pretendia sensibilizar a população portuguesa, especialmente as crianças pequenas para os cuidados a ter ao sol.

Esta ação envolveu cerca de uma centena de crianças que participaram na preparação das férias do Uri, interagindo com as questões que lhes eram colocadas e esclarecendo todas as dúvidas sobre o sol.

Além disso, foi esclarecido qual o horário mais adequado para a exposição solar, como ver através da sombra se o sol é “perigoso”, assim como, o equipamento obrigatório para levar à praia como a t-shirt escura de manga curta, o chapéu de abas largas, os óculos de sol, água, toalha e protetor solar!

Este é um projeto, sem dúvida, muito gratificante e enriquecedor para todos os intervenientes (Figura 54).



Figura 54 – Projeto Escolas Uriage



### 6.1.6. Farmacovigilância

O papel do farmacêutico em farmácia comunitária tem sofrido várias evoluções ao longo dos tempos, deixando de ser um mero executor de dispensa de medicação e passando também por ser co-responsável por conceder o medicamento na dose adequada, acompanhando toda a informação necessária à sua correta utilização. Recentemente, nota-se um aumento na contribuição dos farmacêuticos na deteção de reações adversas a medicamentos (RAM).

Dado a imprevisibilidade das reações, todos os medicamentos disponíveis no mercado estão sob um processo de farmacovigilância contínuo. Deste modo, no caso de qualquer suspeita de RAM seja esta descrita no RCM ou não, deve ser notificada. Para isso, pode-se preencher o formulário de notificação espontânea e enviar à Unidade de Farmacovigilância (Anexo A. VIII).

A alternativa mais intuitiva, rápida e de fácil acesso consiste no acesso ao website do Portal RAM do INFARMED e no preenchimento do formulário referente à notificação (Figura 55).

Figura 55 – Notificação de RAM no Portal RAM

Aquando da queixa por parte do utente é indispensável informar que um medicamento antes de ser autorizado, é alvo de ensaios clínicos que comprovam que o medicamento é seguro e eficaz de acordo com a informação disponível naquele momento. Nesses estudos torna-se possível detetar reações adversas mais frequentes porém, podem existir algumas reações adversas raras ou de aparecimento tardio, as quais, por esse motivo, podem não ser detetadas durante a fase experimental do medicamento.

É também de salientar que para efetuar corretamente a notificação é necessário recolher informação sobre o medicamento suspeito, como o lote, data de início e



suspensão, indicação terapêutica e outros medicamentos que esteja a tomar. O utente deve descrever os sintomas apresentados e relacioná-los com a toma do medicamento suspeito.

Durante o meu estágio, tive oportunidade de notificar suspeitas de RAM à Unidade Regional de Farmacovigilância do Centro (UFC).

### **Caso Prático – M.P.**

Utente do género feminino, 42 anos, dirige-se à farmácia para esclarecer o modo de utilização de um nebulizador. Após breve familiarização com o dispositivo pedi para me elucidar sobre o regime posológico instituído pela médica. Nesse momento, constatei que a médica prescreveu uma carteira de Combivent Unidose® (2,5 mL) com uma monodose de soro fisiológico (10 mL), excedendo assim, a capacidade máxima do aparelho que era apenas de 8 mL.

Quando discutido este constrangimento com os colegas acordou-se em reduzir a quantidade de soro fisiológico para metade, uma vez que se pretendia respeitar a quantidade recomendada pela médica prescritora para eficácia na terapêutica mas cumprindo também a capacidade máxima do aparelho, importante para o seu correto funcionamento.

A utente regressa à farmácia uma semana depois para comprar outros medicamentos e refere uma queixa de palpitações, tremores e pingo no nariz associado à utilização de Combivent Unidose®. Num contacto efetuado pela própria com a médica foi-lhe recomendado a diminuição da dose para metade, fazendo apenas metade de uma carteira.

Mesmo que exista apenas a suspeita de que um medicamento ou a combinação de vários medicamentos possa ser causa de uma reação adversa, os profissionais de saúde devem enviar essa informação à Unidade Regional de Farmacovigilância, de forma a que possam obter cada vez mais conhecimentos sobre este medicamento. No Anexo A. IX pode ser consultado a causalidade atribuída à notificação enviada baseando-se na classificação definida pela OMS em 1991 que determina os graus de probabilidade para a avaliação da causalidade de uma RAM (Figura 56).



Estas reações adversas geralmente são desvalorizadas pelos utentes, omitindo inconscientemente ao farmacêutico. Neste caso, houve exposição do transtorno causado pela toma da medicação, facto este que não pode ser ignorado e deve ser reportado. Através da notificação de reações adversas, contribuímos para um conhecimento mais alargado do perfil de segurança dos medicamentos, já que um medicamento considera-se seguro quando os riscos são aceitáveis, tendo em conta os benefícios esperados e as alternativas terapêuticas existentes.

Por isso, deve-se ter sempre em consideração que a segurança não é ausência de risco!

Graus de Probabilidade	
<b>Definitiva (Certa)</b>	Um acontecimento clínico que ocorre com uma relação temporal plausível e não pode ser explicado por doenças concomitantes ou outros fármacos. A resposta à suspensão do fármaco deve ser plausível clinicamente. O acontecimento deve ser convincente do ponto de vista farmacológico ou fenomenológico, utilizando, se necessário, dados de reexposição.
<b>Provável</b>	Um acontecimento clínico que ocorre com uma relação temporal aceitável, em que o nexo de causalidade com doenças concomitantes ou outros fármacos é pouco provável e em que a evolução após a suspensão do fármaco é aceitável, do ponto de vista clínico. A informação sobre o resultado da reexposição não é necessário para a atribuição deste grau de probabilidade.
<b>Possível</b>	Um acontecimento clínico que ocorre com uma relação temporal aceitável mas que pode também ser explicada por doenças concomitantes ou outros fármacos. A informação sobre a evolução após a suspensão do fármaco pode não estar disponível ou ser inconclusiva.
<b>Improvável</b>	Um acontecimento clínico com uma relação temporal que torna improvável o nexo de causalidade com o fármaco e em que a associação com outros fármacos ou doenças concomitantes constitui uma explicação plausível.
<b>Condicional</b>	Um acontecimento clínico notificado como uma reação adversa mas em que é necessária informação adicional para uma avaliação de causalidade adequada ou em que o processo de avaliação ainda está em curso.
<b>Não Classificável</b>	Uma notificação que sugere uma reação adversa mas em que não é possível fazer uma avaliação de causalidade porque a informação é insuficiente ou contraditória e não pode ser complementada ou confirmada.

Figura 56 – Avaliação de Causalidade (OMS, 1991)

### Caso Prático – H. D.

Utente do género masculino, 37 anos, dirige-se à farmácia para a compra habitual de Zonegran®. No entanto, por motivos económicos, solicitou a dispensa do medicamento genérico Zonisamida Ratiopharm®, uma vez que este lhe ficaria com a comparticipação, a custo zero.





Após a substituição e toma do medicamento genérico durante uma semana, o utente tem uma convulsão tónica (com contração súbita dos músculos), mas com ausência de movimentos clónicos bilaterais repetitivos. Quando se dirigiu à farmácia, resolveu informar o farmacêutico que lhe havia dispensado a medicação e fez-se prontamente a notificação da reação adversa no portal [www.ufc.aibili.pt](http://www.ufc.aibili.pt) da UFC (Figura 57).

The screenshot shows the AIBILI website interface for reporting adverse reactions. The header includes the AIBILI logo and the text 'Association for Innovation and Biomedical Research on Light and Image'. Below the header is a navigation menu with links for AIBILI, ADMIN. SERVICES, CENTRES, UNITS, PROJECTS, PUBLICATIONS, PRESS, and DOWNLOADS. The main content area is titled 'UFC // PharmacoVigilance Unit of the Centre Region'. It features a form with several sections: 'Doente' (Patient) with fields for name (initials), sex (Masculino/Feminino), date of birth, weight (kg), and height (cm); 'Identificação' (Identification) with fields for name, specialty, work location, and email; and 'Medicamento' (Medication) with radio buttons for 'Comercializado' and 'Ensaio Clínico', and a field for 'Nº de Protocolo E. Clínico'. There are also radio buttons for 'Local de Observação' (Hospital, Centro de Saúde, Outro) and a 'Melhor meio de contacto' field. On the right side, contact information for Francisco Batel Marques or Carlos Fontes Ribeiro is provided, including phone, fax, and email addresses.

Figura 57 – Notificação de RAM à UFC

Após a submissão da notificação fui contactada telefonicamente pela UFC que pediu o esclarecimento de alguns pormenores como a confirmação do facto do doente não ter uma convulsão durante todo o período de tempo em que tomou Zonigran® (cerca de 2 anos) e que tal só aconteceu com a substituição do mesmo pela Zonisamida Ratiopharm®. No Anexo A. X é apresentada a causalidade atribuída à notificação enviada.

O medicamento genérico e o produto de referência são considerados bioequivalentes (e, portanto, intermutáveis).

Os estudos de bioequivalência são executados com base na Nota de Orientação Europeia sobre a investigação da biodisponibilidade e da bioequivalência (CPMP/EWP/QWP/1401/98) na qual é indicada que os limites de confiança de 90% do rácio de C<sub>max</sub> (concentração plasmática máxima) e AUC (área abaixo da curva de concentração) devem estar compreendidos entre 80 e 125%.

O intervalo predefinido para a demonstração da bioequivalência pode diferir entre 20 a 25%, no entanto, as Autoridades Regulamentares concluíram que, com esta



norma, a diferença entre o produto original e o produto genérico é de menos de 5%. (Associação Portuguesa de Medicamentos Genéricos e Biossimilares, 2016).

A ocorrência desta reação adversa ao medicamento deveu-se, na minha opinião, a uma oscilação da biodisponibilidade do fármaco levando a que a concentração plasmática não fosse suficiente de forma a garantir uma concentração dentro do intervalo terapêutico. Curiosa acerca da ausência de causalidade atribuída à substituição do medicamento de marca pelo medicamento genérico decidi ligar à UFC para melhor esclarecimento.

A conversa com o Dr. Diogo Mendes foi bastante esclarecedora na medida em que a UFC avalia a reação adversa notificada (neste caso, a convulsão, que foi atribuída a classificação de possível) e não o acontecimento, ou seja, a troca entre os medicamentos. No entanto, esta descrição foi incluída no processo para facilitar o acesso a investigações futuras que analisassem particularmente estas circunstâncias.

O aumento da utilização de medicamentos genéricos pela população europeia é em grande parte devido à oferta de um tratamento com menor custo, principalmente, para as doenças crónicas que normalmente estão associados a um aumento dos custos com a saúde. Além disso, os medicamentos genéricos garantem cuidados de saúde sustentáveis a uma população envelhecida sem poder económico (Associação Portuguesa de Medicamentos Genéricos e Biossimilares, 2016).

Acompanhando esta tendência, a quota de medicamentos genéricos (QMG) no SNS tem aumentado desde 2010 em cerca de 15,4% (Figura 58).



**Figura 58** – Evolução da quota de medicamentos genéricos, em unidades, no mercado do SNS (Associação Portuguesa de Medicamentos Genéricos e Biossimilares, 2016).



A consciencialização da importância de ajudar a comunidade farmacêutica a saber mais sobre os medicamentos e a notificar as reações adversas que nos comunicarem, provém inteiramente de uma aula de Farmácia Hospitalar. A sessão despertou-nos interesse em contribuir ativamente para a farmacovigilância dos medicamentos comercializados em Portugal.

De facto, nenhum medicamento é livre de efeitos colaterais mas de forma a ser autorizado e permanecer no mercado, os benefícios esperados têm de ser superiores aos potenciais riscos do medicamento.

## 6.2. NÍVEL II – INTERVENÇÃO FARMACÊUTICA

O Nível II consiste numa intervenção especializada com a prestação de cuidados farmacêuticos.

### 6.2.1. Administração de Vacinas e Medicamentos Injetáveis

A administração de vacinas não incluídas no Plano Nacional de Vacinação é um dos serviços de promoção da saúde que podem ser prestados nas farmácias, de acordo com a Portaria n.º. 1429/2007 de 2 de Novembro.

De forma a garantir a uniformidade de atuação e condições necessárias à segurança dos utentes e dos farmacêuticos é necessário que todas as farmácias adotem o mesmo procedimento.

Para tal, o INFARMED procedeu à regulamentação desta atividade através da Deliberação n.º. 139/CD/2010, de 21 de Outubro complementada pela Circular Informativa n.º. 178/CD/2010, de 4 de Novembro. Embora estas deliberações se refiram apenas à administração de vacinas não incluídas no Plano Nacional de Vacinação, considera-se que, pelas semelhanças entre os serviços elas são extensíveis à administração de medicamentos injetáveis (Figura 59) (Ordem dos Farmacêuticos, 2015).



Figura 59 – Requisitos obrigatórios para a administração de medicamentos injetáveis (Ordem dos Farmacêuticos, 2015).



Nos últimos sete anos, centenas de milhares de portugueses têm sido vacinados nas farmácias – em particular contra a gripe sazonal –, através de um serviço de qualidade, em condições de segurança e com níveis elevados de satisfação.

A extensa e incomparável cobertura do território português pelas farmácias proporciona uma significativa melhoria da acessibilidade à vacinação, tendo permitido aumentar fortemente a taxa de cobertura vacinal da população (Ordem dos Farmacêuticos, 2015). É, sem dúvida, um importante contributo em termos de Saúde Pública.

Neste sentido, tenciono, após inscrição na Ordem dos Farmacêuticos inscrever-me na formação complementar específica que habilita os farmacêuticos a administrar vacinas nas farmácias comunitárias, competência apenas reconhecida após inscrição.

### 6.2.2. Cuidados Farmacêuticos

Este serviço diferenciado com vista à resolução das preocupações *major*, abrange os cuidados envolvidos no Nível I e visa, também, a promoção à adesão e otimização da terapia farmacológica.

#### Caso Prático – P.E.

Utente género masculino, desloca-se à farmácia no dia 30/05/2016 e pede pastilhas para deixar de fumar. Quando questionado sobre a sua efetiva vontade em deixar este vício referiu que “já tentei deixar de fumar uma vez, no entanto, continuei no mesmo grupo de amigos (fumadores) e não consegui resistir. Agora deixei esse grupo porque troquei de trabalho e gostava muito de voltar a tentar” (sic).

Desta forma, expliquei-lhe que sem motivação e força de vontade seria muito difícil deixar de fumar, uma vez que o tratamento apenas com as pastilhas não é suficiente. Além disso, expliquei-lhe que o tratamento com pastilhas é mais adequado para quem pretende, numa fase inicial, a redução da quantidade de cigarros fumados por dia, pelo que aconselhava tratamento através dos pensos da *Niquitin*. Quando questionado se tem outros problemas de saúde, referiu não ter.

Face aos dados apresentados, questionou-se sobre a carga tabágica para cálculo da exposição ao fumo de tabaco quantificada em UMA (Unidades Maço Ano = n°



cigarros fumados por dia / 20 x nº anos, neste caso 7,5 UMA). Dado esta vontade de deixar de fumar de forma abrupta e tendo em consideração que fumava menos de 10 cigarros por dia, o utente optou por levar uma embalagem *Niquitin - Fase 2*.

Ficou acordado que na semana seguinte entraria em contacto com o P.E. de forma a fazer um *follow-up* da situação.

Tendo sido este o primeiro atendimento relacionado com a temática de cessação tabágica senti necessidade e interesse em saber mais acerca da forma de atuação neste tipo de intervenção.

Na semana 1, após o contacto telefónico, P.E. dirigiu-se à farmácia e referiu que tinha conseguido reduzir drasticamente os cigarros fumados, tendo apenas fumado dois cigarros mas que “nem souberam bem” (sic). Parabenizei-o pelo empenho e aconselhei-o a ter alguns “truques na manga” para afastá-lo da dependência psicológica, uma vez que a terapia de substituição nicotínica o ajudam a lidar com a dependência física. No caso de sentir a falta de um cigarro na boca pode concentrar-se numa distração que desvie a sua atenção por cerca de 15 minutos para não ceder à tentação como:

- ✓ Dar um passeio pela cidade;
- ✓ Executar técnicas de relaxamento;
- ✓ Praticar exercício físico;
- ✓ Dedicar mais tempo aos seus *hobbies*;
- ✓ Comer uma peça de fruta;
- ✓ Ligar a um amigo;

Para além disso, informei-o acerca da importância em escolher um dia para deixar de fumar – o denominado “dia D” – em que a partir daquele dia não poderia voltar a pegar num cigarro. Nesse dia, pediu-me para na próxima semana voltarmos a encontrar.

Na semana 2 regressou à farmácia para me dar as novidades. P.E. referiu que “só me apetece comer, mas vou-me inscrever num ginásio de um amigo”. Mais uma vez, felicitei-o pelos progressos apresentados e motivei-o a fazer uma mudança duplamente positiva, ou seja, substituir o cigarro por um hábito saudável: hidratar-se mais, ter uma alimentação saudável e manter-se ativo.



Nesse dia, terminava o último penso e quando questionado se queria continuar o tratamento, o P.E. referiu que não “eu consigo fazer sem isso agora”. Depois de alertado relativamente à importância da continuidade e diminuição da quantidade progressiva de nicotina do organismo, insistiu que conseguia. Assim, respeitando a sua decisão e vontade, ficou acordado que lhe ligaria na semana seguinte como combinado.

A verdade é que nunca mais voltou à farmácia nem retribuiu os dois contactos telefónicos efetuados. Na minha opinião, considerei que não seria adequado a insistência no contacto, de forma a não o afastar permanentemente da farmácia e a respeitar a sua privacidade.

### 6.3. NÍVEL III – INTERVENÇÃO FARMACÊUTICA

O nível III é constituído por uma intervenção especializada efetuada por farmacêuticos ou outros especialistas e é usualmente remunerada. É adequado para identificação de problemas relacionados com medicamentos e para controlo e gestão de doenças crónicas. Este serviço, é frequentemente intitulado por consultas farmacêuticas e realiza-se no intervalo entre consultas médicas, em estreita articulação com o médico, sempre que necessário.

#### 6.3.1. Acompanhamento Farmacoterapêutico

A 8 de julho de 2016, na sequência do Concurso de Conhecimentos Clínicos da Associação Portuguesa de Estudantes de Farmácia, a AcF, uma empresa de prestação de serviços farmacêuticos acolheu um dos grupos vencedores para um estágio de 8,5 horas em Acompanhamento Farmacoterapêutico.

Durante esta oportunidade assisti a quatro consultas farmacêuticas lideradas pela Dra. Mónica Condinho que abordaram temas específicos tais como: cessação tabágica, pé diabético, obesidade grau I e diabetes *mellitus* tipo II.

Ao longo do dia identifiquei-me com a filosofia da AcF que define “A prática profissional centrada no doente, desenvolvida com o objetivo de contribuir para a melhoria do seu estado de saúde e qualidade de vida. Assim, baseando-se numa abordagem global das necessidades de saúde do doente, o farmacêutico estuda e



acompanha, de forma contínua e integrada, o perfil farmacoterapêutico, as patologias e as preocupações de saúde do doente” (AcF , 2016).

A metodologia utilizada nas consultas farmacêuticas é muito semelhante à aprendida e utilizada no trabalho de seguimento farmacoterapêutico, no âmbito da Unidade Curricular Farmácia Hospitalar (Figura 60).

Metodologia na prestação de cuidados farmacêuticos baseada no método IASER®	
<b>I. Identificação de pacientes com oportunidade de melhoria na sua farmacoterapia</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Entrevista Clínica com possível determinação de parâmetros (glicemia capilar e pressão arterial);</li><li>- Historial Farmacoterapêutico - Analisar todos os medicamentos que o doente trouxe (“saco dos medicamentos”);</li><li>- Historial clínico detalhado sobre o estado de saúde atual do doente.</li></ul>
<b>A – Atuação Farmacêutica</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Baseada na metodologia SOAP (Subjetivo, Objetivo, Avaliação e Plano), através da deteção, prevenção e/ou resolução de problemas relacionados com os medicamentos (PRM).</li><li>- Deve ser elaborado um Plano de Atuação previamente estabelecido com o paciente e executar as intervenções necessárias por grau de prioridade para resolver os PRM/Problemas de Saúde não tratados que o paciente possa apresentar.</li></ul>
<b>S – Seguimento Farmacoterapêutico</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Análise da evolução do doente após uma Intervenção Farmacêutica, pelo compromisso de uma avaliação continuada de parâmetros fisiológicos, bioquímicos e clínicos de forma personalizada nos doentes com PRM. O Plano de Cuidados Farmacêuticos inclui a definição dos objetivos a atingir pelo doente, o reporte dos problemas ao médico, o aconselhamento sobre terapêutica e medidas não farmacológicas</li></ul>
<b>E – Avaliação dos Resultados</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Avaliar se o PRM identificado e a morbilidade relacionada foram resolvidos, e ainda, de prevenir ou identificar novos PRM no doente recapitulando a informação disponível e realizando propostas de melhoria da qualidade de vida.</li></ul>
<b>R – Resultados das intervenções farmacêuticas</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Análise dos resultados, difusão e aperfeiçoamento das intervenções farmacêuticas.</li></ul>

Figura 60 – Metodologia na prestação de cuidados farmacêuticos baseada no método IASER® (Martí & Torres, 2005).

O balanço deste dia foi muito positivo, já que regressei com o espírito farmacêutico reavivado, com cada vez mais vontade de o ser e dar todos os dias o melhor de mim, com o bem-estar do doente no topo das prioridades.

Consciente das aptidões e habilidades que competem à nossa profissão, os farmacêuticos podem aumentar o seu desempenho, mudando o foco profissional, do produto para o serviço ao utente.



No entanto, a prestação de um serviço de acompanhamento farmacoterapêutico exige tempo, formação em fisiopatologia e farmacoterapia, aquisição de conhecimentos metodológicos e competências clínicas e comunicacionais que podem transformar-se em barreiras para a implementação efetiva do serviço.

A AcF surge como forma de ultrapassar essas barreiras e, por outro lado, de contribuir para a sustentabilidade económica da farmácia, quer no imediato quer a médio-prazo, uma vez que o modelo de remuneração tradicional baseado na margem do produto está esgotado (Figura 61).



#### Formação creditada pós-laboral, In-loco

Melhora a capacidade interventiva dos seus colaboradores através de formações creditadas, na farmácia e em horário pós-laboral.



#### Rastreabilidade do serviço prestado

Registo de todos os serviços que a farmácia presta e respetivos *outcomes*, por uma entidade externa.



#### Aumenta o número de utentes e fideliza.

Prestação de um serviço diferenciado que capta novos utentes e fideliza, pela melhoria clínica que induz.



#### Aumenta a sustentabilidade económica da sua Farmácia.

Pelo pagamento das consultas.

Pelos produtos/serviços que são aconselhados no âmbito das consultas.



#### Aumenta a credibilidade clínica da sua farmácia.

O doente reconhece a mais-valia de ser cliente da sua farmácia pela melhoria do estado de saúde associada ao serviço.

Os médicos e outros profissionais de saúde atribuem valor ao serviço prestado na farmácia, algo, até então, não (re)conhecido.

A divulgação do trabalho desenvolvido, com coautoria da farmácia, melhora a sua visibilidade científica junto das organizações/instituições profissionais.

Figura 61 – Vantagens apresentadas pela AcF na implementação do serviço (AcF, 2016).





## 7. SEGMENTO VETERINÁRIO NA FARMÁCIA COMUNITÁRIA

O ESPAÇO ANIMAL (Figura 62) é um serviço dinamizado pela Global Vet que permite às farmácias comunitárias, a resposta eficaz na dispensa e no aconselhamento de medicamentos e outros produtos veterinários. Através de formação adequada, bem como de um apoio técnico-científico de retaguarda, a equipa da FCO



Figura 62 – Espaço Animal

oferece um aconselhamento competente e de qualidade aos seus utentes no segmento veterinário, constituindo, desta forma, uma boa opção no apoio à saúde, conforto e bem-estar dos animais.

A preocupação crescente com a saúde dos animais por parte dos proprietários, aliando a proximidade e confiança na equipa da farmácia faz com as pessoas solicitem cada vez mais informações sobre medicamentos veterinários, mesmo antes de se dirigirem ao médico veterinário. A acessibilidade dos medicamentos e diminuição de despesas por parte do consumidor faz com que seja um setor cada vez mais explorado.

No entanto, devido à falta de formação especializada neste âmbito, o farmacêutico deve fazer um aconselhamento baseado no problema apresentado, nunca sobrepondo a atividade do médico veterinário. Este aconselhamento foi abordado na Unidade Curricular Prática de Farmácia I pelo Dr. Carlos Godinho, médico veterinário e colaborador da GlobalVet (Figura 63).

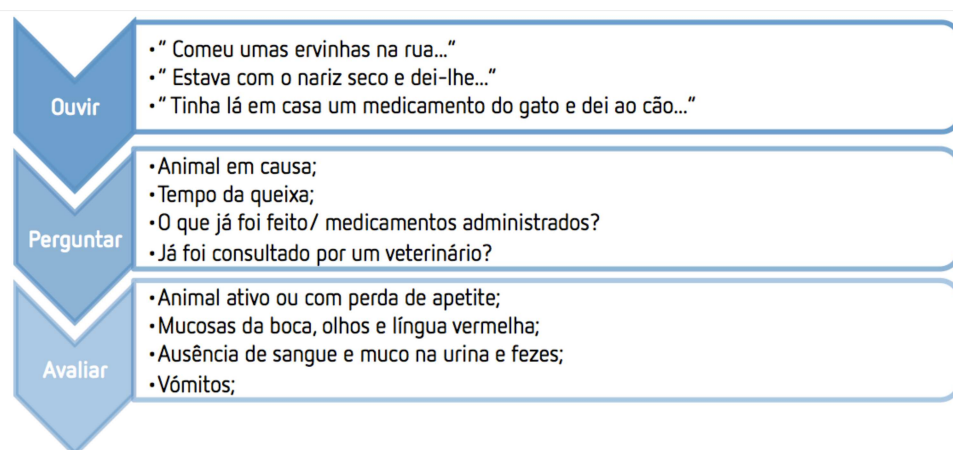


Figura 63 – Aconselhamento farmacêutico no setor veterinário

No entanto, sempre que o atendimento seja uma situação mais específica e delicada deve-se encaminhar para o veterinário ou em caso de impossibilidade, recorrer à linha de apoio com conhecimentos mais aprofundados que temos ao nosso dispor. Em



---

relação aos casos atendidos, destaco o pedido de ajuda para a diarreia de três porcos da Índia recém nascidos. Após o conselho ao utente sobre a ida a uma clínica veterinária, o mesmo referiu que não tinha possibilidades assim, de forma a apaziguar o sintoma dos roedores, efetuei o contacto telefónico com a linha de apoio composta por médicos veterinários.

Neste caso específico, fui informada que é normal que permaneçam junto da mãe protetora e desta forma contactem com os seus excrementos, por isso, a diarreia poderia ser originada pela transmissão de parasitas da progenitora. A solução apresentada foi a desparasitação dos bebés e a limpeza com compressas embebidas com clorhexidina no peito da progenitora.



## 8. CONTABILIDADE E GESTÃO DA FARMÁCIA

Hoje em dia, a gestão de uma farmácia, é um grande desafio devido ao agravamento da situação de crise económica que Portugal tem sofrido.

A transformação no setor da saúde faz com que os farmacêuticos assumam cada vez mais papéis de gestores e adotem estratégias para aumentar rentabilidade da sua farmácia. Assim, é importante ser um bom líder e ter uma equipa que se motiva pelas conquistas alcançadas e não pelas recompensas financeiras.

As sucessivas alterações legislativas desde 2005, reestruturam as margens de lucro, a liberalização da propriedade, o aumento da quota de medicamentos genéricos e a possibilidade de venda de MNSRM fora das farmácias, aumentando assim, a concorrência no setor diminuindo a sua rentabilidade.

Em suma, o gestor farmacêutico, para responder a estas dificuldades, gere os meios disponíveis em torno de objetivos comuns, garantindo a sustentabilidade do negócio.

### 8.1. Grupo *HealthPorto*

Os grupos de compras são um instrumento poderoso de negociação com as empresas grossistas e com a própria indústria farmacêutica. Assim, de forma a maximizar os descontos comerciais obtidos por esta via, a FCO está inserida no grupo *HealthPorto*, constituído aproximadamente por 80 farmácias, ocupando neste momento, o terceiro lugar quanto ao alinhamento de vendas e o quinto lugar ao nível de compras do Grupo.

No início de cada mês, concentram-se as compras na encomenda de maior volume denominada por encomenda *willing* (Figura 64), sendo esta maioritariamente constituída por produtos de venda livre. Esta encomenda tem como principal vantagem a isenção do valor da *fee* cobrada à farmácia relativamente aos produtos adquiridos através do Grupo. Estes produtos carecem de uma taxa adicional uma vez que o distribuidor grossista compra diretamente à indústria em grande quantidade beneficiando as farmácias pertencentes a esta grupo de compras com um desconto comercial significativo.



Figura 64 – Encomenda *willing*

## 8.2. Planeamento de Objetivos de Venda

A dinâmica da farmácia sofreu alteração em relação ao ano passado uma vez que foi estabelecido um planeamento de objetivos de venda de alguns produtos do portefólio. O *sell out* é articulado através de uma reunião mensal para atualização da equipa sobre os produtos a evidenciar. Estes objetivos são aplicados sem pressão sob os colaboradores, não havendo qualquer penalização ou prejuízo se não for possível o seu alcance.

A política da farmácia neste aspeto é bastante clara: apesar das técnicas de *marketing* e vendas estarem direcionadas para um produto específico numa determinada gama de produtos, prevalece sempre a escolha do utente e a adequação do produto à finalidade a que se destina! Não se coloca em questão a alteração do produto benéfico e apropriado para o utente em prol dos objetivos da farmácia. Da mesma forma, esta política é aplicada quanto à questão de opção entre medicamentos genéricos ou de marca.

Quando se trata da primeira utilização, o utente é questionado sobre a sua preferência entre o medicamento genérico ou de marca, respeitando-se sempre a sua decisão. No caso de se verificar a utilização prolongada de um medicamento, também se respeita sempre a continuidade do tratamento, nem que para isso seja necessário a encomenda do produto.



### 8.3. Gestão de *Stocks*

A gestão de *stock* eficiente é essencial para evitar um inventário demasiado grande e, conseqüentemente, manter o equilíbrio nos produtos necessários, assegurando um bom funcionamento.

Numa farmácia, cerca de 75% do seu volume de faturação corresponde somente a 10% dos artigos em stock, sendo que 20% adicionais do volume de faturação correspondem a cerca de 25% dos artigos e os restantes 5% correspondem a 65% dos artigos. Conclui-se que apenas 10% dos artigos existentes na farmácia são fundamentais à sua dinâmica comercial, o que faz com que seja imperativo identificá-los e priorizá-los relativamente aos demais. Ainda assim, os restantes 75% de artigos devem ter-se em consideração, não só pelos custos que implicam, mas também porque estes podem ser, muitas vezes, o fator que diferencia comercialmente a farmácia para o consumidor (Aguiar, 2012).

A FCO, garante a satisfação do utente sem colocar em causa a viabilidade financeira da farmácia, recorrendo frequentemente às encomendas forçadas instantâneas pelo distribuidor preferencial. Esta flexibilidade possibilita a aquisição de medicamentos ou produtos de saúde de forma rápida, permitindo que a farmácia mantenha a liquidez necessária.

A Diretora Técnica tem um papel ativo nesta área, realizando um controlo rigoroso do *stock*, que contribui para que os *stocks* informáticos coincidam com os *stocks* físicos. Nesse sentido, foi-me pedido para fazer um levantamento da localização e distribuição dos medicamentos e produtos de saúde armazenados nas gavetas da área de atendimento ao público, de forma a catalogar no SI o seu correto local de armazenamento.

Com este acervo verificou-se que o programa indicava a existência de uma embalagem em *stock* e perdia-se imenso tempo à procura do produto, principalmente porque não havia uma localização específica e diferentes pessoas arrumavam em diferentes locais. Assim, foi possível realizar a correção de alguns *stocks* e ajudar a localizar produtos com pouca saída.



## 8.4. Processamento de Receituário e Faturação

O correto processamento do receituário é fundamental para que a Farmácia possa ser reembolsada do valor das comparticipações feitas ao longo do mês. Para isso, é necessário que todas as prescrições estejam em conformidade. Na FCO, as receitas são conferidas todos os dias pelos colaboradores no ato da dispensa de MSRM e pelo responsável pelo receituário do mês, detetando eventuais erros com a maior brevidade possível (Figura 65).

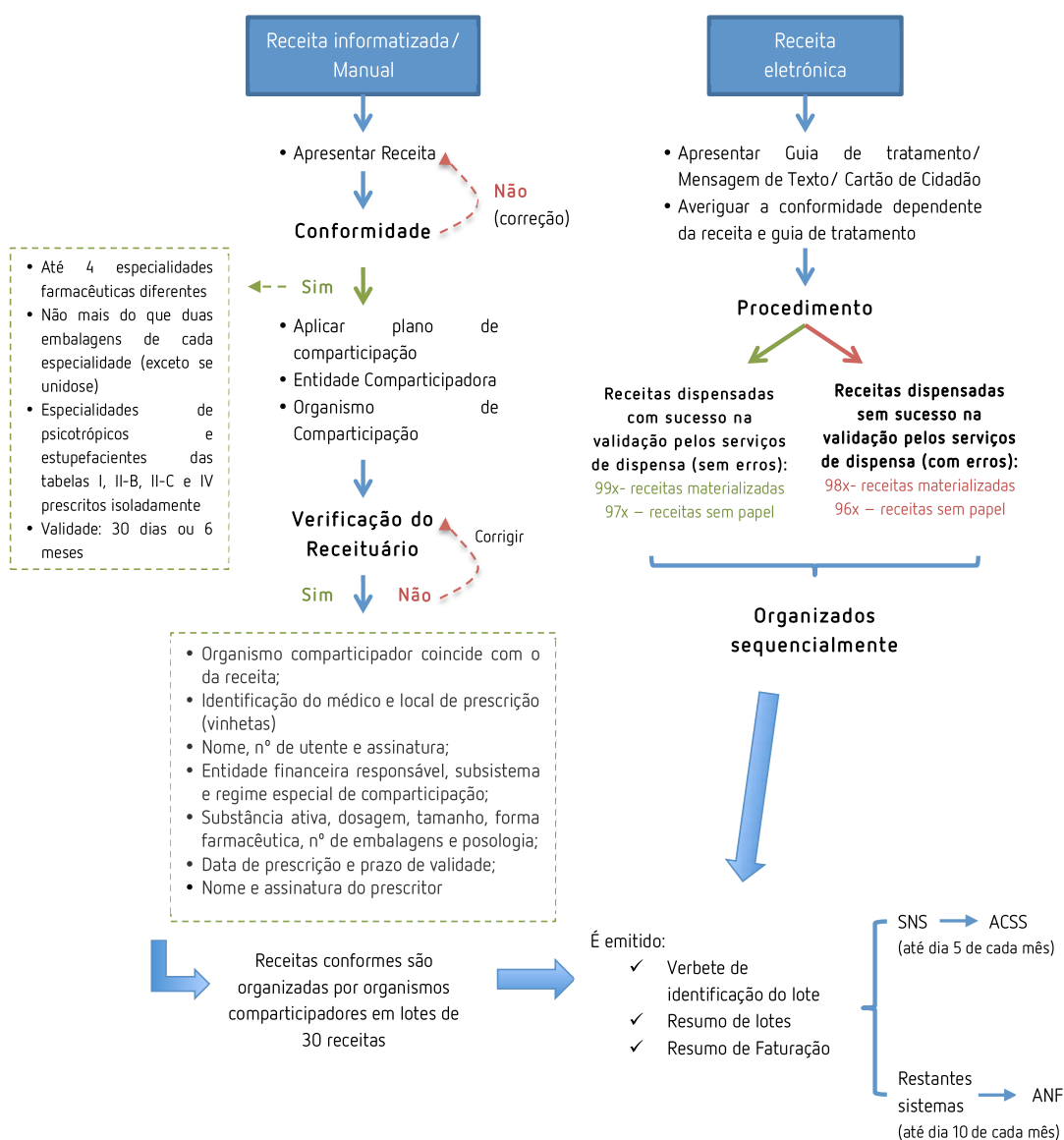


Figura 65 – Conferência do Receituário



## 8.5. Papel do SGQ na Gestão da Farmácia

A melhoria contínua da qualidade da prestação dos serviços e cuidados farmacêuticos é um objetivo sempre presente nas metas da SGQ da FCO, permitindo uma permanente satisfação de todos os utentes e colaboradores.

Desta forma e em parceria com a *Glantt – Healthcare Solutions*<sup>®</sup>, a Dra. Maria José implementou o programa *Kaizen*, uma filosofia que possibilita a rentabilização de recursos, otimização dos serviços e redução do desperdício.

Esta estratégia inclui a organização da equipa, de forma a melhorar o seu próprio trabalho e a organização de espaços para garantir uma gestão mais eficiente dos recursos materiais e humanos.

## 8.6. *Customer Relationship Management (CRM)*

O CRM é uma estratégia de gestão de relacionamento com o cliente direcionada para a compreensão e antecipação das suas necessidades. A FCO, nesse sentido, aderiu ao cartão Sauda+, uma ferramenta apoiada pelo SI que promove uma mudança de atitude corporativa, estimulando as campanhas em vigor e mantendo um bom relacionamento com seus clientes, armazenando e cruzando dados sobre os seus consumos e preferências (Strauss, 2011).

Deste modo, a DT com o objetivo de rentabilizar as vantagens que o cartão Sauda+ oferece, decidiu organizar uma formação para possibilitar aos colaboradores uma maior dinamização do cartão junto do utente.

Na ótica do consumidor, a adesão a este cartão permite a obtenção de pontos por todas as compras realizadas nas farmácias aderentes. Estes pontos podem ser trocados diretamente por produtos incluídos no catálogo ou transformados em vales de dinheiro a abater em qualquer compra.

Em relação à farmácia, estas condições permitem fidelizar alguns utentes transformando-se numa das principais vantagens da adesão ao serviço.

A formadora elucidou-nos ainda sobre as estratégias a adotar para promover o abate de pontos em produtos, visto que esta é a opção que dá maior margem de lucro à farmácia. Para isso, pode ser consultado na janela do comportamento comercial, o perfil do utente com os produtos do seu interesse e de consumo habitual. Com este método torna-se mais fácil a sugestão de produtos que o utente costuma adquirir, mas com



---

vantagens promocionais. Além disso, na página do cartão associado à conta do utente, existe uma sugestão de produtos com os pontos disponíveis no momento.

No entanto, este sistema de CRM carece de algumas limitações que condicionam o fluxo normal de trabalho, nomeadamente: a demora na resposta do sistema, o facto do mesmo ser pouco intuitivo e ainda a ausência da informação de *stock* relativamente aos produtos sugeridos.





## 9. COMEMORAÇÃO DOS 30 ANOS

No mês de maio tive a felicidade de comemorar o trigésimo aniversário da farmácia como propriedade da Dra. Maria José, renovando a sua imagem (Figura 66).

Para tal, diferentes ações foram dinamizadas pela equipa ao longo das quatro semanas do mês de maio, sendo que às apelidadas “quintas-feiras mágicas”, havia a oferta de uma lembrança para compras superiores a 15 euros (Figura 67). O facto de se realizar neste dia específico da semana fez-me recordar os conselhos dados durante a frequência da unidade curricular de Prática de Farmácia I e II, uma vez que é o dia mais apelativo para incentivar a adesão dos utentes.

No dia 15 de Maio, realizou-se a II Caminhada Solidária da Farmácia Central de Ovar que contou com mais de 300 participantes (Figura 68).



Figura 66 – Logótipo da FCO



Figura 67 – Ações dinamizadas na FCO



Figura 68 – II Caminhada Solidária da Farmácia Central de Ovar



## 10. REFLEXÃO CRÍTICA

No decorrer do primeiro mês do estágio de início ao atendimento ao público inicialmente acompanhada pelo meu orientador. A verdade é que os primeiros atendimentos surgiram algumas dificuldades, para além do contacto com o público cidadão ser totalmente diferente do público encontrado em ambiente hospitalar, sentia que havia um mundo de conhecimentos que ainda não dominava completamente.

Desde modo, fui-me deparando com várias situações que me suscitaram interesse e vontade de aprender mais. Assim, em horário pós-laboral, efetuei pesquisas, de forma a aprofundar os meus conhecimentos, preparando-me para uma eventual próxima vez. Este investimento é compensador principalmente pela contribuição para a promoção da saúde e bem-estar do utente, bem como para a prevenção da doença.

De facto, somos confrontados com situações distintas, para grupos etários diferentes, tornando cada circunstância num caso único, por isso, inicia-se o atendimento com todas as gavetas de opções terapêuticas abertas e através da anamnese consegue-se fechar uma a uma, até encontrar a que contém a opção mais adequada.

De facto, pela experiência vivida nestes 3 meses, constatei que o farmacêutico comunitário é um amigo, um socorrista, um bom ouvinte e acima de tudo um *cocktail* de paciência, para muitos um bombeiro de serviço!



## CONCLUSÃO

Este estágio inserido no 5º Ano do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas permite facultar aos alunos as ferramentas necessárias para que se possam adaptar facilmente e singrar no mercado de trabalho atual, estabelecendo, deste modo, a ponte entre os ainda estudantes e os profissionais da nossa área.

O estágio em contexto hospitalar tem como intuito colmatar a componente prática do programa curricular, complementando, assim, a aprendizagem teórico-prática adquirida na formação académica e dando consistência aos conhecimentos ministrados.

A experiência no CHVNG/E proporcionou uma compreensão global do trabalho desenvolvido e executado pelos farmacêuticos. No entanto, penso que a potencialidade dos farmacêuticos não é totalmente aproveitada. Apesar da rotatividade verificada, potenciando assim a manutenção dos seus conhecimentos nas diversas áreas, não beneficia a especialização numa área de interesse. Além disso, existem várias áreas em que o farmacêutico não tem opinião crítica no processo.

Relativamente à experiência em farmácia comunitária, na FCO, superou as minhas expectativas na medida em que a integração e articulação de todos os serviços e de todas as funções e responsabilidades do farmacêutico centrado no seu doente reflete o espírito do conceito de Cuidados Farmacêuticos. Esta é uma abordagem direcionada às necessidades dos doentes relacionadas com medicamentos, quer estes sejam manipulados quer sejam industrializados, seguindo assim as BPF-FC.

Além disso, a equipa da farmácia ensinou-me de forma prática e integrada, consolidando, através do exemplo, a ética e a deontologia próprias da profissão farmacêutica, motivando-me a procurar a excelência e trabalhar com paixão.

Termino assim esta etapa do meu percurso académico com o sentimento de dever cumprido e com uma enorme vontade de ser FARMACÊUTICA.

*“Escolhe um trabalho que goste e não terás de trabalhar um dia na tua vida”*

Confúcio

## BIBLIOGRAFIA

AcF . (2016). *Acompanhamento Farmacoterapêutico*. Obtido em 17 de julho de 2016, de <http://www.ac-ft.pt/sobre/>

Aguiar , A. H. (2012). *Boas Práticas de Gestão na Farmácia*. Hollyfar - Marcas e Comunicação.

Associação Portuguesa de Medicamentos Genéricos e Biossimilares. (2016). *APOGEN*. Obtido em 20 de agosto de 2016, de <http://www.apogen.pt/o-que-sao-os-medicamentos-genericos.php>

Conselho Nacional da Qualidade. (2009). *Boas Práticas Farmacêuticas para a Farmácia Comunitária* (3.ª edição ed.). Ordem dos Farmacêuticos.

Deming , W. E. (1990). *Qualidade: a revolução da administração*. Marques Saraiva.

Direção-Geral da Saúde. (2011). *Norma da Direção-Geral da Saúde - Hipertensão Arterial: definição e classificação* .

Direção-Geral da Saúde. (2011). *Norma da Direção-Geral da Saúde - Abordagem Terapêutica da Hipertensão Arterial* .

Direção-Geral da Saúde. (2011). *Norma da Direção-Geral da Saúde - Abordagem Terapêutica das Dislipidemias no Adulto*.

Direção-Geral da Saúde. (2011). *Norma da Direção-Geral da Saúde - Diagnóstico e Classificação da Diabetes Mellitus*.

Direção-Geral da Saúde. (2005). *Programa Nacional de Combate à Obesidade*. Lisboa.

Farmácia Central de Ovar. (2011). Sistema de Gestão da Qualidade. *Processo de Preparação de Medicamentos Manipulados* .

Farmácia Central de Ovar. (2012). Sistema de Gestão da Qualidade. *Instrução de Trabalho - Gestão de Encomendas* .

Farmácias Portuguesas. (s.d.). *Nova Receita Eletrónica*. Obtido em 30 de agosto de 2016, de <http://www.receitaelectronica.pt/#/beneficios>

Fortuna, A. (2014). Diagnóstico e Tratamento de Doenças Lisossomais. In G. d. Lisossomais. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge.

INFARMED - Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I.P. . (2015). Circular Informativa N.º 166/CD/100.20.200 . In *Registos de psicotrópicos e estupefacientes*.

Institute for Healthcare Informatics. (2012). *Advancing the responsible use of medicines - Applying levers for change*.

Hutchinson, D. (2005). *10 Golden GCP Rules for Pharmacists*.

*Manual de Validação e Saída Unidose*. (2012). Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho.

*Manual de Acolhimento do Estagiário.* (2012). Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/ Espinho, E.P.E.

*Manual de Nutrição Artificial.* (2003). Ordem dos Farmacêuticos - Conselho do Colégio da Especialidade em Farmácia Hospitalar.

*Manual de Procedimentos da Unidade de Preparação de Citotóxicos.* (2012). Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho, E.P.E.

*Manual de Procedimentos da Unidade de Preparação de Nutrição Parentérica.* (2012). Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho, E.P.E.

*Manual de Procedimentos de Distribuição de Estupefacientes/Psicotrópicos e Benzodiazepinas.* (2014). Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho, E.P.E.

*Manual de Procedimentos do Armazém Central/Distribuição Clássica.* (2012). Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho, E.P.E.

Martí, M. C., & Torres, N. V. (2005). Manual para la Atención Farmacéutica.

Ministério da Saúde. (2012). Decreto-Lei n.º171/2012, de 1 de agosto. *Legislação Farmacêutica Compilada*. Diário da República, 1.ª série - N.º148 - 1 de agosto de 2012.

Ministério da Saúde. (2007). Decreto-Lei n.º307/2007, de 31 de Agosto. *Regime jurídico das farmácias de oficina*. Diário da República, 1.ª série - N.º168 - 31 de agosto de 2007.

Ministério da Saúde. (21 de outubro de 2010). Deliberação n.º139/CD/2010. INFARMED.

Ministério da Saúde. (2013). Despacho 2902/2013, de 22 de fevereiro. Diário da República, 2.ª série - N.º38 - 22 de fevereiro de 2013.

Ministério da Saúde. (2010). Despacho n.º18694/2010, 18 de novembro. Diário da República, 2.ª série - N.º242 - 16 de dezembro de 2010.

Ministério da Saúde. (2007). Portaria n.º1429/2007 de 2 de novembro. Diário da República, 1.ª série - N.º211 - 2 de novembro de 2007.

Ordem dos Farmacêuticos. (s.d.). Norma específica sobre indicação farmacêutica. In *Boas Práticas de Farmácia Comunitária*.

Ordem dos Farmacêuticos. (s.d.). *Uso Responsável do Medicamento*. Obtido em 30 de agosto de 2016, de <http://www.usoresponsaveldomedicamento.com/#section-opportunidades>

Ordem dos Farmacêuticos. (2015). *Administração de vacinas e medicamentos injetáveis por farmacêuticos - Uma abordagem prática*.

Organização Mundial da Saúde. (1991). *Avaliação da Causalidade - Graus de Probabilidade*.

*Orientação de Boa Prática para a Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde – Documento de Apoio*. (2010). Direção-Geral da Saúde.

Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável. (2016). Portugal - Alimentação Saudável em Números – 2015. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos. (2016). *Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos em números - 2015*. Direção-Geral da Saúde.

Serviço Nacional de Saúde. (22 de agosto de 2016). *Receita Sem Papel atinge 90% no SNS*. Obtido em 30 de agosto de 2016, de <https://www.sns.gov.pt/noticias/2016/08/22/receita-sem-papel-chega-aos-90/>

Serviços Partilhados do Ministério da Saúde. (2016). Prescrição Eletrónica Médica - Especificação dos Serviços para integração com o Sistema Central de Prescrições . Lisboa.

Serviços Partilhados do Ministério da Saúde. (s.d.). Obtido em 30 de agosto de 2016, de <http://spms.min-saude.pt/product/receita-sem-papel/>

Strauss, J. (2011). E-MARKETING. São Paulo.

Rodrigues, E., Maia, M., Penha, F., Dib, E., Bordon, A., Júnior, O., et al. (2008). Technique of intravitreal drug injection for therapy of vitreoretinal diseases. *Arq. Bras. Oftalmol.* , 71 (6), pp. 902-7.

World Health Organization. (2003). Adherence to long-term therapies: evidence for action.