



IPG Politécnico
da Guarda
Polytechnic
of Guarda

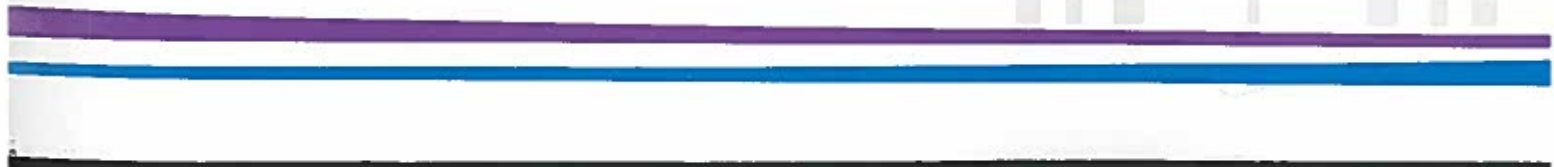
RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Licenciatura em Farmácia

Relatório de Estágio Profissional

Joana dos Santos Formoso

outubro | 2017





Escola Superior de Saúde
Instituto Politécnico da Guarda

RELATÓRIO DE ESTÁGIO
PROFISSIONAL

JOANA DOS SANTOS FORMOSO

RELATÓRIO PARA A OBTENÇÃO DO GRAU DE LICENCIADO
EM FARMÁCIA

outubro | 2017



Escola Superior de Saúde
Instituto Politécnico da Guarda

CURSO FARMÁCIA - 1º CICLO

4º ANO

RELATÓRIO DE ESTÁGIO
PROFISSIONAL

JOANA DOS SANTOS FORMOSO

SUPERVISOR EM FARMÁCIA COMUNITÁRIA: ANA RAQUEL VIDEIRA LOPES

SUPERVISOR EM FARMÁCIA HOSPITALAR: CLÁUDIA MARIA PAIVA

ORIENTADOR: MÁRCIO JOSÉ DE ABREU MARQUES RODRIGUES

outubro | 2017

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, quero começar por agradecer ao professor Márcio Rodrigues, orientador de estágio nas duas experiências, comunitária e hospitalar, pela dedicação, empenho e interesse que sempre demonstrou ao longo deste período e pela disponibilidade constante em ajudar e orientar todas as minhas dúvidas.

À Dr.^a Raquel de Andrade e a toda a equipa de trabalho da Farmácia Moderna, em especial à Dr.^a Vanina, pela atenção e disponibilidade, que diariamente demonstraram, ao partilhar a sua experiência na profissão.

À Técnica de Farmácia, Cláudia Paiva, e à Irmã Benedita, da Casa de Saúde Bento Menni, pela ajuda, apoio, atenção, orientação durante todo o período de estágio, e principalmente, por me fazerem sentir parte integrante da equipa.

À minha família, e ao meu namorado, pelo apoio incondicional, compreensão, inspiração e motivação, neste momento tão importante da minha vida.

Os meus mais sinceros agradecimentos a todos, por me proporcionarem uma excelente aprendizagem e tornarem toda esta experiência possível.

A todos um muito obrigada!

PENSAMENTO

*“A ciência moderna ainda não produziu um medicamento tranquilizador tão eficaz
como o são umas poucas palavras boas.”*

Sigmund Freud

RESUMO

O Relatório de Estágio Profissional encontra-se dividido em três capítulos, nos quais são descritas as diversas experiências.

O primeiro capítulo refere-se à experiência em Farmácia Comunitária, que decorreu 3 de outubro de 2016 e findou a 13 de janeiro de 2017 na Farmácia Moderna, localizada na cidade da Guarda. O segundo capítulo, menciona a experiência em contexto de Farmácia Hospitalar no período de 9 de março a 16 de junho de 2017, na Casa de Saúde Bento Menni, uma Instituição Particular de Solidariedade Social cuja atividade principal é a prestação de cuidados na área da psiquiatria situada igualmente na cidade da Guarda. Estes estágios tiveram como objetivo principal, preparar-me para a realidade profissional.

Enquanto que o terceiro e último capítulo, diz respeito ao Projeto de Investigação. Este projeto tem como objetivo principal, a pesquisa e a análise de estudos clínicos, nos quais tenham sido testados, o uso das águas termais no tratamento da psoríase isoladamente ou em combinação com outras modalidades terapêuticas. Procurou-se avaliar o tipo e localização de psoríase, tipo de estudo clínico, tratamento e a sua duração, o tamanho da amostra, os principais efeitos terapêuticos e a relação com a características da água termal.

LISTA DE ABREVIATURAS

ADSE - Assistência na Doença aos Servidores do Estado

AIM - Autorização de Introdução no Mercado

AMDM - Armazém de Medicamentos e Dispositivos Médicos

ANF - Associação Nacional de Farmácias

BDNP - Base de Dados Nacional de Prescrições

CSBM - Casa de Saúde Bento Menni

DCI - Denominação Comum Internacional

DIDDU - Distribuição Individual Diária em Dose Unitária

DL - Decreto-Lei

FEFO - *First Expire, First Out*

FIFO - *First In, First Out*

FI - Formulário Interno

FM - Farmácia Moderna

HTA - Hipertensão Arterial

IHSCJ - Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus

IIHSCJ - Instituto das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus

IMC - Índice de Massa Corporal

INFARMED - Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde

INR - *International Normalized Ratio* - Razão Normalizada Internacional

IPSS - Instituição Particular de Solidariedade Social

IVA - Imposto de Valor Acrescentado

MG - Medicamento Genérico

MNSRM - Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica

MSRM - Medicamentos Sujeitos a Receita Médica

PEM - Prescrição Eletrónica de Medicamentos

PIC - Preço Impresso na Cartonagem

PV - Prazo de Validade

PVF - Preço de Venda à Farmácia

PVP - Preço de Venda ao Público

RSP - Receita Sem Papel

SAD-GNR - Serviço de Assistência na Doença da Guarda Nacional Republicana

SAMS - Serviço de Assistência Médico-Social

SGQ - Sistema de Gestão da Qualidade

SNS - Serviço Nacional de Saúde

SPMS - Serviços Partilhados do Ministério da Saúde

TF - Técnica de Farmácia

β -HCG - Hormona Gonadotrofina Coriónica Humana

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Distribuição das unidades e salas pelos vários pisos da Casa de Saúde Bento Menni.....	60
Figura 2 - Circuito do medicamento em Farmácia Hospitalar	69
Figura 3 - Prioridades de receção e armazenamento.	74
Figura 4 - Sistemas de distribuição em Farmácia Hospitalar.	77
Figura 5 - Sistema de distribuição realizado pela Casa de Saúde Bento Menni.	80

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Estudos clínicos envolvendo o uso de águas termais no tratamento da psoríase.....	93
--	----

ÍNDICE

CAPÍTULO I - FARMÁCIA MODERNA.....	14
INTRODUÇÃO	14
1. LOCALIZAÇÃO E ORGANIZAÇÃO DO ESPAÇO FÍSICO E FUNCIONAL	15
1.1 - INSTALAÇÕES	15
1.1.1 - Espaço Exterior.....	15
1.1.2 - Espaço Interior.....	16
1.2 - ÁREA DE ATENDIMENTO AO PÚBLICO	17
1.3 - ÁREA DE ARMAZENAMENTO	18
1.4 - ÁREA DE RECEÇÃO DE ENCOMENDAS.....	20
1.5 - GABINETE DE ATENDIMENTO PERSONALIZADO	20
1.6 - LABORATÓRIO	21
1.7 - ESCRITÓRIO DA DIRETORA TÉCNICA.....	21
1.8 - COPA.....	22
1.9 - INSTALAÇÕES SANITÁRIAS	22
1.10 - BIBLIOTECA.....	22
2. APROVISIONAMENTO, GESTÃO DE STOCKS E ARMAZENAMENTO.....	23
2.1 - SISTEMA/APLICAÇÃO INFORMÁTICA.....	24
2.2 - ENCOMENDAS.....	24
2.2.1 - Recepção e conferência.....	26
2.2.2 - Recepção de benzodiazepinas, psicotrópicos e estupefacientes.....	29
2.2.3 - Recepção de matérias-primas	29
2.3 - FORNECEDORES	29
2.4 - DEVOLUÇÕES.....	30
2.5 - MARCAÇÃO DE PREÇOS	31
2.6 - PRAZO DE VALIDADE	31
2.7 - ARMAZENAMENTO.....	32
3. MEDICAMENTOS E PRODUTOS DE SAÚDE	34
3.1 - MEDICAMENTO GENÉRICO	35
3.2 - MEDICAMENTOS E PRODUTOS HOMEOPÁTICOS.....	36
3.3 - MEDICAMENTOS MANIPULADOS	36
3.4 - MEDICAMENTOS PSICOTRÓPICOS E ESTUPEFACIENTES	37
3.5 - MEDICAMENTOS E PRODUTOS DE USO VETERINÁRIO.....	37
3.6 - PRODUTOS COSMÉTICOS E DE HIGIENE CORPORAL.....	38
3.7 - PRODUTOS DIETÉTICOS E DE ALIMENTAÇÃO ESPECIAL.....	39

3.8 - PRODUTOS FITOTERAPÊUTICOS	40
3.9 - DISPOSITIVOS MÉDICOS.....	40
4. DISPENSA DE MEDICAMENTOS.....	41
4.1 - MEDICAMENTOS NÃO SUJEITOS A RECEITA MÉDICA	41
4.2 - MEDICAMENTOS SUJEITOS A RECEITA MÉDICA	42
4.3 - MODELOS DE RECEITAS MÉDICAS	43
4.3.1 - Receita eletrônica desmaterializada ou receita sem papel	43
4.3.2 - Receita médica eletrônica não renovável	46
4.3.3 - Receita médica eletrônica renovável	46
5. SISTEMAS DE COMPARTICIPAÇÕES E ENTIDADES COMPARTICIPADORAS.....	49
5.1 - PROCESSAMENTO DE RECEITUÁRIO E FATURAÇÃO	50
6. SERVIÇOS DE SAÚDE E AVALIAÇÃO DE PARÂMETROS FISIOLÓGICOS E BIOQUÍMICOS	52
6.1 - DETERMINAÇÃO DE PARÂMETROS FISIOLÓGICOS	52
6.1.1 - Pressão arterial.....	52
6.2 - DETERMINAÇÃO DE PARAMETROS BIOQUÍMICOS	53
6.2.1 - Glicemia	53
6.2.2 - Colesterol e triglicérides	53
6.2.3 - Ácido úrico.....	53
6.2.4 - Hormona β-HCG.....	54
CONCLUSÃO	55
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	56
CAPÍTULO II - CASA DE SAÚDE BENTO MENNI.....	58
INTRODUÇÃO	58
1. ORGANIZAÇÃO DO ESPAÇO FÍSICO E FUNCIONAL	59
1.1 - CASA DE SAÚDE BENTO MENNI.....	59
1.1.1 - Unidades de internamento	61
1.1.2 - Serviços técnico-assistenciais	61
1.1.4 - Serviços/estruturas sócio-terapêuticas	62
1.1.5 - Serviço de reabilitação.....	62
1.1.6 - Projetos de intervenção	62
1.2 - ARMAZÉM DE MEDICAMENTOS E DISPOSITIVOS MÉDICOS	66
1.2.1 - Recursos humanos	67
1.2.2 - Sistema informático	67
2. GESTÃO DA QUALIDADE.....	68

3. GESTÃO DE MEDICAMENTOS, PRODUTOS DE SAÚDE E DISPOSITIVOS MÉDICOS	69
3.1 - SELEÇÃO	70
3.2 - AQUISIÇÃO	70
3.2.1 - Aquisição de medicamentos extra-formulário	71
3.2.2 - Aquisição de medicamentos psicotrópicos, estupefacientes e benzodiazepinas	71
3.3 - RECEÇÃO	72
3.3.1 - Devolução	73
3.3.2 - Recolha de produtos	73
3.4 - ARMAZENAMENTO	74
3.4.1 - Armazenamento especial	75
3.5 - PRAZOS DE VALIDADE	76
4. SISTEMA DE DISTRIBUIÇÃO DE MEDICAMENTOS, PRODUTOS DE SAÚDE E DISPOSITIVOS MÉDICOS	77
4.1 - DISTRIBUIÇÃO CLÁSSICA OU TRADICIONAL	78
4.1.1 - Distribuição por reposição de stocks	78
4.2 - DISTRIBUIÇÃO INDIVIDUAL DIÁRIA EM DOSE UNITÁRIA	79
4.2.1 - Receção, interpretação e validação da prescrição médica	80
4.2.2 - Preparação de medicamentos para distribuição individual diária em dose unitária	81
4.2.3 - Devolução de medicamentos na distribuição individual diária em dose unitária	82
5. SAÚDE MENTAL	83
5.1 - DEPRESSÃO MAJOR	83
5.2 - PERTURBAÇÃO BIPOLAR	83
5.4 - EPILEPSIA	84
5.5 - ESQUIZOFRENIA	84
CONCLUSÃO	85
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	86
CAPÍTULO III - INDICAÇÕES TERAPÊUTICAS DAS ÁGUAS TERMAIS NA PSORÍASE	87
INTRODUÇÃO	87
1. OBJETIVOS	90
2. MÉTODOS	91
3. RESULTADOS E DISCUSSÃO	92
3.1 - AVÈNE	96
3.2 - COMANO	97
3.3 - KULAŠI	98

3.4 - LAGOA AZUL.....	99
3.5 - LEOPOLDINE.....	101
3.6 - LEVICO E VETRIOLO	102
3.7 - MAR MORTO.....	103
3.8 - RUSANDA	107
3.9 - SALIES DE BÉARN	107
CONCLUSÃO	109
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	110
ANEXOS	114
ANEXO I - ZONA DE PREPARAÇÃO DE MEDICAÇÃO.....	115
ANEXO II - ZONA DE ARMAZENAMENTO DOS DISPOSITIVOS MÉDICOS	116
ANEXO III - ZONA DE ARMAZENAMENTO DAS SOLUÇÕES DE GRANDES VOLUMES	117
ANEXO IV - REQUISIÇÃO INTERNA EM SUPORTE DE PAPEL	118
ANEXO V - TRANSFERÊNCIA INTERNA.....	119
ANEXO VI - DISTRIBUIÇÃO INDIVIDUAL DIÁRIA EM DOSE UNITÁRIA - CARRO DE PREPARAÇÃO	120
ANEXO VII - ESQUEMA TERAPÊUTICO	121
ANEXO VIII - ALTERAÇÃO TERAPÊUTICA	122
ANEXO IX - DISTRIBUIÇÃO INDIVIDUAL DIÁRIA EM DOSE UNITÁRIA - DOMICÍLIO	123

CAPÍTULO I - FARMÁCIA MODERNA

INTRODUÇÃO

A elaboração deste relatório, surge no âmbito da unidade curricular de 4º Ano - Estágio Profissional do Curso de Farmácia - 1º ciclo, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico da Guarda.

Esta primeira experiência de estágio, teve lugar na Farmácia Moderna, na Guarda. Teve início a 3 de outubro de 2016 e findou a 13 de janeiro de 2017, perfazendo um total de 420 horas. Este estágio curricular contou com a orientação do professor Márcio Rodrigues e supervisão da Dr.^a Ana Raquel Videira Lopes de Andrade.

Este estágio teve como objetivo principal, preparar-nos enquanto estudantes, para a realidade profissional dos Técnicos de Farmácia.

O objetivo primordial deste estágio passou pela integração e participação nas etapas do circuito do medicamento numa farmácia comunitária, que compreendem a receção e conferência de encomendas, armazenamento de medicamentos e produtos de saúde, controlo de prazo de validade, preparação de manipulados, prestação de serviços farmacêuticos ao utente, interpretação e aviamento de receitas médicas e dispensa de medicamentos.

1. LOCALIZAÇÃO E ORGANIZAÇÃO DO ESPAÇO FÍSICO E FUNCIONAL

A Farmácia Moderna (FM) situa-se na Guarda-Gare, na principal e muito movimentada Avenida de São Miguel. A sua localização é privilegiada pois encontra-se muito próxima de zonas de comércio, de zonas habitacionais, do centro de saúde de São Miguel, de clínicas, de centros escolares, o que permite uma grande afluência e diversidade de utentes.

A FM está inserida no grupo Videira Lopes – Saúde, Unipessoal, LDA., que é detentor de mais 3 farmácias.

Em setembro de 2007, a Doutora Ana Raquel Videira Lopes de Andrade, assumiu a direção técnica da FM, anteriormente situada no Largo 1º de Dezembro. A mudança para estas novas instalações deu-se em maio de 2011. Além da diretora técnica a FM é constituída por uma equipa técnica que conta com mais cinco farmacêuticos, seis técnicos de farmácia e uma auxiliar de limpeza.

1.1 - INSTALAÇÕES

1.1.1 - Espaço Exterior

A FM apresenta um aspeto característico, contemporâneo e profissional, dispõe de uma área de 600 m², composta por dois pisos. É facilmente identificável através da cruz luminosa de cor verde disposta perpendicularmente à fachada do edifício.

A fachada da farmácia possui duas grandes vitrines separadas pela porta principal, e na parte superior destas destaca-se o letreiro nominativo com o respetivo nome e grupo a que pertence: “Farmácia Moderna – Videira Lopes Saúde”. Uma das vitrines possui um painel digital, onde são apresentadas ao utente, campanhas publicitárias com referências alusivas aos mais variados produtos, representados por norma, de acordo com a época do ano. Adjacente há porta principal, encontra-se uma pequena janela acompanhada de uma campainha, reservada aos atendimentos em regime noturno. Acima desta, é feita referência, de forma visível, ao nome da Diretora Técnica, ao horário de funcionamento da farmácia e é apresentado um documento onde são denominadas as farmácias que se encontram em regime de serviço permanente, bem como a sua localização. A FM funciona em horário contínuo, das 8h30 às 22h, de segunda a sábado. E por norma, encontra-se em regime de serviço permanente de dez em dez dias, de acordo com o estipulado pela Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde (INFARMED).

O acesso à farmácia é feito através de uma rampa e está munido com um sistema de portas automáticas, facilitando desta forma, a acessibilidade a pessoas com dificuldades de locomoção, a portadores de deficiência física, entre outras.

Existe também uma outra porta, localizada nas traseiras da farmácia, de acesso exclusivo aos trabalhadores da farmácia, onde são rececionadas as encomendas dos armazenistas e dos distribuidores.

1.1.2 - Espaço Interior

O ambiente da farmácia deve ser calmo, profissional, agradável, apelativo e cuidado, criando as condições que permitam uma comunicação ótima com os utentes [1].

Segundo o artigo 29º do Decreto-Lei (DL) nº 307/2007 de 31 de agosto, as farmácias devem dispor de instalações adequadas de modo a garantir a segurança, conservação e preparação dos medicamentos e a acessibilidade, comodidade e privacidade dos utentes e do respetivo pessoal [2].

A FM dispõe de uma área total de 600 m², repartida em dois pisos. No primeiro piso deparamo-nos com as seguintes áreas:

- Área de atendimento ao público;
- Área de receção e conferência de encomendas;
- Local de armazenamento dos medicamentos sujeitos a receita médica (MSRM)
- Gabinete de atendimento personalizado;
- Armazém geral I;
- Instalações sanitárias (duas);
- Copa.

No segundo piso, encontram-se zonas como:

- Escritório da Diretora Técnica;
- Laboratório;
- Gabinetes de atendimento personalizado (dois);
- Armazém geral II.

Todos os espaços estão climatizados de forma a garantir que as condições de temperatura e de humidade sejam as adequadas para a conservação correta de todos os produtos da farmácia de forma a preservar todas as propriedades físicas, químicas e farmacológicas. O controlo das condições de armazenamento dos produtos é feito através de

termohigrómetros dispersos pela farmácia. Todos os dados referentes à climatização são registados informaticamente, imprimidos mensalmente e guardados.

Além disso, todos os espaços se encontram equipados com sistema de alerta contra intrusão ou de alerta de incêndio e com extintores nas principais áreas.

1.2 - ÁREA DE ATENDIMENTO AO PÚBLICO

A zona de atendimento ao público assume um papel de grande destaque e de enorme relevância, pois é aqui que ocorre o primeiro contacto entre o profissional de saúde e o utente e onde se desenvolve todo o processo de atendimento e aconselhamento. Na FM, esta é uma área ampla, possui uma boa iluminação e climatização adequada, com um ambiente harmonioso, acolhedor e confortável.

A zona de atendimento é composta por oito balcões individuais dispostos em “L”, três colocados transversalmente à entrada da farmácia, e os restantes cinco paralelamente, munidos de todo o material necessário à realização de um atendimento/aconselhamento, como, monitores táteis, dispositivos de leitura ótica, impressoras, caixa registadora e sacos de papel e de plástico. Nos balcões, podemos ainda encontrar panfletos informativos ou publicitários, ou de campanhas a decorrer na farmácia. Sempre que o atendimento exige algum tipo de confidencialidade recorre-se ao gabinete de utente.

A ordem de atendimento é atribuída por um dispensador de senhas eletrónico, localizado junto à porta de entrada, que está ligado ao sistema informático da farmácia. Os utentes dispõem de dois ecrãs, colocados nos cantos superiores da zona de atendimento, onde podem acompanhar a ordem de atendimento, através do número de senha e o número do balcão ao qual se têm de dirigir. Nestes monitores também são exibidos assuntos referentes ao setor da saúde com conteúdos educacionais e campanhas em vigor na farmácia. Este sistema ditado por senhas eletrónicas, permite uma atividade simultânea dos vários funcionários que se traduz num atendimento eficiente e de melhor qualidade. Está definido um sistema de rotatividade dos profissionais pelos diferentes postos, de forma a familiarizar e estabelecer um elo de ligação entre o utente e os diversos funcionários.

Na área de atendimento encontram-se duas secretárias, uma na zona de produtos de cosmética e higiene corporal (PCHC) e outra na zona de puericultura e ortopedia.

Por detrás dos balcões, encontram-se expostos produtos de acordo com a sazonalidade, como antigripais (Antigrippine[®], Cêgripe[®], Ilvico[®]); dispositivos para lavagem da mucosa nasal (Fluiorespira[®], Rhinomer[®], Sterimar[®]); descongestionantes nasais

(Breathe Right[®], Vibrocil[®]); pastilhas para a garganta (Arkovox[®], Mebocaína[®], Strepsils[®]); antitússicos (Bisoltussin[®], Grintuss[®]); expetorantes (Bisolvon[®], Mucosolvan[®]); produtos homeopáticos (Homeovox[®], Oscillococcinum[®], Stodal[®]) e suplementos imunoestimulantes (Vitacê[®]).

Nos lineares laterais estão expostas inúmeras marcas de PCHC, Avéne[®], Bioderma[®], Caudalíe[®], La Roche-Posay[®], Lierac[®], Roger & Gallet[®], Skinceuticals[®], Uriage[®], Vichy[®], sendo estes organizados por marca e posteriormente por gama. Encontram-se também expostos produtos de higiene e tratamento capilar (Ducray[®], Klorane[®], René Furterer[®], Th Pharma[®], Vichy Dercos[®]). Do mesmo modo, estão expostos produtos dietéticos, suplementos alimentares para diversas indicações terapêuticas, produtos específicos para o cuidado de mãos e pés e artigos de ortopedia.

Existe também um recanto onde está contida a zona de puericultura, onde se encontram dispostos artigos dirigidos para as mães e para os mais pequenos, desde chupetas, biberons, tetinas, brinquedos, alimentação infantil e produtos relacionados com a maternidade, como cintas pré e pós-parto, soutiens de aleitamento e cremes/pomadas anti-estrias. Com a finalidade de ocupar os mais novos aquando da sua ida à farmácia com os seus familiares, existe ainda um espaço infantil, munido de uma mesa, vários bancos, desenhos para colorir, uma pequena biblioteca e alguns brinquedos.

Junto à dermocosmética, está disposta uma gôndola vertical onde são apresentados calçado ortopédico infantil, da Chicco[®], e de adulto, Arcopédico[®] e Dr. Scholl[®].

Nas gôndolas centrais da área de atendimento ao público, estrategicamente colocadas, encontram-se produtos direcionados para a higiene oral (bucodentários) infantil e de adulto, higiene das mãos e do corpo, higiene íntima, contraceptivos de barreira, lubrificantes, estimulantes sexuais, e ainda, produtos sazonais ou relacionados com campanhas a decorrer na farmácia.

Existe ainda nesta sala um esfigmomanómetro digital, para medição da pressão arterial, e uma balança digital que permite obter os valores de peso e altura, indicando também o índice de massa corporal (IMC).

1.3 - ÁREA DE ARMAZENAMENTO

A FM possui uma ampla zona de armazenamento, distribuído por vários locais da farmácia.

Atrás da zona de atendimento, junto à zona de conferência de receituário, encontra-se uma divisão com um armário de gavetas deslizantes, denominado de compacto, onde se encontram os medicamentos éticos, organizados por ordem alfabética do seu nome comercial, mas divididos por forma farmacêutica: comprimidos e cápsulas; gotas orais e auriculares; colírios e pomadas oftálmicas; cremes e pomadas de uso retal, enemas e supositórios; cremes e pomadas vaginais e óvulos; cremes, pomadas e géis; aerossóis; pós e granulados; ampolas bebíveis e injetáveis. Existem ainda uma gaveta para produtos do protocolo da diabetes *mellitus* e outra para medicamentos e produtos de uso veterinário.

Ainda nesta divisão, está o frigorífico, devidamente controlado em termos de temperatura (2 a 8 °C) e humidade, no qual, se armazenam os produtos termolábeis que requerem conservação no frio, como colírios, anéis vaginais, vacinas e insulinas.

Junto ainda a esta divisão, encontra-se um outro armário de portas deslizantes, designado de “externos”, onde se encontra material de penso, como compressas, adesivos e variadíssimos pensos, material de urostomia e colostomia, aspiradores nasais, cremes gordos hidratantes, óleos e vaselinas, soro fisiológico, álcool, água oxigenada e soluções de clorohexidina e infusões, entre outros.

Na entrada para a zona de armazenamento, está um corredor, no qual uma das paredes se encontra totalmente preenchida com cinco filas de prateleiras, onde se encontram organizados por ordem alfabética segundo a sua substância ativa, os medicamentos genéricos de inúmeros laboratórios.

O denominado de ‘Armazém Geral I’ contem excedentes e está subdividido em diferentes áreas, entre elas, xaropes e preparações extemporâneas organizados por ordem alfabética de nome comercial, medicamentos e produtos sazonais, pomadas e cremes, produtos de dermocosmética, produtos de higiene oral e íntima, suplementos alimentares, produtos de nutrição e dietética, material de penso, papas e leites infantis.

No segundo piso, encontra-se o ‘Armazém Geral II’, destinado ao armazenamento de excedentes ditos de grande volume, calçado ortopédico de criança e de adulto, fraldas, produtos de puericultura mais pesadas, como carrinhos de bebé, cadeiras para alimentação e para automóvel, material de escritório e decorativo.

Os medicamentos estupefacientes e psicotrópicos encontram-se armazenados separadamente numa gaveta no escritório da diretora técnica, respeitando assim as normas legais de armazenamento e de conservação desta classe de medicamentos.

1.4 - ÁREA DE RECEÇÃO DE ENCOMENDAS

Esta área está contida na parte anterior da farmácia, numa zona resguardada do público, e possui uma entrada direta para a mesma, de forma a facilitar e a otimizar a entrega e conseqüente receção de encomendas.

É composta por uma bancada equipada com dois computadores, cada um munido com um sistema de leitura ótica, e por uma impressora multifunções. Acima desta, estão dispostas várias prateleiras, onde estão inúmeros dossiers onde são arquivadas guias de remessa, faturas, notas de crédito, notas de devolução, requisições de psicotrópicos e circulares enviadas pelo INFARMED.

É neste local que se rececionam as diversas encomendas e se conferem as mesmas, através das guias de remessa ou das faturas. Posteriormente, são introduzidas no sistema informático, de forma a entrarem para o stock da farmácia, onde são inseridas as quantidades do produto, o preço de venda à farmácia (PVF), o preço de venda ao público (PVP) e o prazo de validade (PV) se for inferior ao último PV inserido.

Ainda neste espaço, estão dois armários, num são colocados medicamentos e produtos reservados pelos utentes, tendo a reserva um prazo máximo de 30 dias, já no outro, medicamentos e produtos destinados às restantes farmácias do grupo Videira Lopes.

1.5 - GABINETE DE ATENDIMENTO PERSONALIZADO

A FM detém três gabinetes de atendimento, sendo estes espaços destinados a proporcionar um atendimento personalizado, privado e exclusivo ao utente. Trata-se de um local, onde o utente pode expor e esclarecer todas as suas dúvidas e onde o profissional de saúde, se foca totalmente nas características individuais do utente e personaliza o aconselhamento de acordo com a suas necessidades.

Um dos gabinetes está situado no piso inferior, onde são efetuados testes de determinação de parâmetros fisiológicos e bioquímicos. A avaliação da pressão arterial é feita através de um esfigmomanómetro digital da marca PIC[®]; o valor de glicemia é obtido através do dispositivo de medição desta; o valor de ácido úrico, colesterol total, colesterol HDL, triglicérideos é determinado por intermédio do Reflotron[®] Plus e o valor de International Normalized Ratio - Razão Normalizada Internacional (INR) é realizada através do dispositivo CoaguChek[®]. Neste gabinete também é feita a administração de soluções injetáveis e de vacinas não incluídas no Plano Nacional de Vacinação, pelos profissionais qualificados para o efeito. São administradas vacinas contra a gripe - Influvac[®] e Istivac[®],

Prevenar[®] - vacina pneumocócica conjugada, Rotarix[®] - vacina vírica, que contem rotavírus humano vivo e atenuado, utilizada como medida preventiva das gastroenterites, entre outras, e efetuados alguns curativos.

Os restantes gabinetes encontram-se no piso superior onde ocorrem consultas de Dermocosmética, de Medicina Tradicional Chinesa (MTC), de Nutrição e Podologia.

1.6 - LABORATÓRIO

Está situado no segundo piso e destina-se à preparação de medicamentos manipulados e de preparações extemporâneas.

A zona de manipulação é composta por uma bancada de trabalho de superfície lisa de fácil limpeza, com uma área destinada à limpeza e desinfeção do material de laboratório, onde se pode observar um pórfiro, para a elaboração de cremes e pomadas, um banho de água termostaticado e uma balança digital de precisão. Acima da bancada, estão dispostos armários próprios onde são armazenadas todas as matérias-primas, bem como todo o material de laboratório necessário para a preparação de manipulados, como espátulas, funis de vidro, gobelés, pipetas graduadas, varetas de vidro, entre outros. À porta do laboratório está ainda um extintor.

As matérias-primas são organizadas segundo o seu prazo de validade. A cada uma destas é atribuído um número que se encontra associado a uma ficha de registo criada aquando da sua receção juntamente com o seu boletim de análise, organizados num dossier. Também existe um outro dossier onde são registadas todas as preparações de manipulados e registos das calibrações e dos controlos dos aparelhos de medição. Esta informação tem de estar arquivada num período mínimo de três anos.

Este departamento também possui como material de consulta a Farmacopeia Portuguesa.

1.7 - ESCRITÓRIO DA DIRETORA TÉCNICA

É neste local que se programa, gere e orienta toda a atividade da farmácia. É um espaço reservado essencialmente à administração, à contabilidade e gestão da mesma. Dispõe de uma vasta biblioteca na área farmacêutica para que possa ser consultada, sempre que necessário, pelos profissionais da farmácia. É ainda neste espaço onde estão guardados os medicamentos estupefacientes e psicotrópicos.

1.8 - COPA

Possui uma pequena cozinha, um armário de arrumação, uma mesa e várias cadeiras, de forma a proporcionar alguma comodidade para quem queira fazer uma refeição ou uma pausa durante o horário de trabalho. Tem também vários cabides e uma estante para os profissionais guardarem os seus objetos pessoais e uma cama embutida num armário destinado à pessoa responsável pelo regime de serviço permanente.

1.9 - INSTALAÇÕES SANITÁRIAS

A FM dispõe de duas instalações sanitárias, uma destinada aos utentes junto à zona de atendimento e a outra reservada e de uso exclusivo aos colaboradores localizada na copa.

1.10 - BIBLIOTECA

O artigo n.º 37 do DL 307/2007, estabelece que as farmácias dispõem, nas suas instalações, da Farmacopeia Portuguesa, em edição de papel, em formato eletrónico ou online, a partir do sítio da Internet reconhecido pelo INFARMED [2].

Fazem, ainda, parte da biblioteca da FM publicações como o "Dicionário de Termos Médicos", "Formulário Galénico Português", "Índice Nacional Terapêutico", "Mapa Terapêutico", "Prontuário terapêutico", "Simposium Terapêutico" e "Simposium Veterinário".

2. APROVISIONAMENTO, GESTÃO DE STOCKS E ARMAZENAMENTO

A eficiência e a qualidade do atendimento, a boa imagem comercial da farmácia e o sucesso desta, estão diretamente relacionados com uma boa gestão de stocks, como forma capaz de colmatar a necessidade dos utentes.

A Farmácia deve assegurar uma eficiente gestão de stocks, procurando conseguir um aprovisionamento adequado, que visa regular o circuito entre os produtos comprados e os produtos vendidos, de forma a haver um equilíbrio entre o benefício e o custo para a Farmácia.

Através do sistema informático é possível aceder à ficha individual do produto, onde constam informações relevantes como, stock mínimo e máximo do produto, definido previamente de acordo com o histórico de vendas e a rotatividade do produto. Similarmente também é possível consultar o stock atual do produto, o extrato detalhado de movimentos, o fornecedor preferencial, o PVF, o PVP e o PV, entre outras informações.

Na FM esta dinâmica é realizada de forma rotativa por uma farmacêutica, a qual detém a tarefa de garantir um stock ótimo através da manutenção diária de stock, adaptado à rotatividade do produto e que responda eficazmente às solicitações dos utentes, sem ruturas, e que, por sua vez, permita uma boa rentabilidade financeira evitando uma quantidade de capital retido desnecessariamente.

Há inúmeros fatores a ter em atenção aquando da seleção do aprovisionamento: população-alvo (idade); localização da farmácia, histórico de vendas; sazonalidade; condições dos distribuidores grossistas (número de entregas diárias e bonificações); condições dos laboratórios (descontos comerciais); capital financeiro e dias de regime de serviço permanente.

Por vezes, o stock mínimo e o stock máximo necessitam de um ajuste consoante a época do ano. Deverá ser reforçada a encomenda de antigripais e anti-inflamatórios no Inverno e de anti-histamínicos, protetores solares e hidratantes no Verão. Após o término dessa época, os stocks deverão ser reajustados de forma a não haver grandes quantidades de um dado produto na farmácia.

O aprovisionamento procura também adequar o stock dos produtos mais dispensados de acordo com a época do ano. Portanto torna-se necessário ajustar o stock mínimo (quantidade de produto necessário para que não se verifiquem ruturas) e o stock máximo, consoante a temporada, nomeadamente aumentar a encomenda de antigripais, anti-inflamatórios e antipiréticos, no Inverno e, de anti-histamínicos, anticelulíticos e protetores

solares no Verão. Após o término da estação, os stocks deverão ser reajustados de forma a evitar excesso de stock. Embora com o desenvolvimento dos serviços disponibilizados pelos distribuidores grossistas, não seja necessário possuir um stock muito elevado de medicamentos/produtos de saúde, visto que a aquisição destes pode ocorrer no dia seguinte, ou mesmo numa questão de horas, consoante a urgência do pedido.

2.1 - SISTEMA/APLICAÇÃO INFORMÁTICA

O suporte informático das farmácias representa um importante apoio para estas, visto que simplifica tarefas e diminui os erros inerentes à execução manual, assim como reduz o tempo de execução de atividades. Desta forma, facilita e aumenta a eficiência dos profissionais, pois tal como qualquer outra empresa, a farmácia precisa de uma aplicação informática que ajude e auxilie os colaboradores.

Na FM, o suporte informático utilizado é o SPharm[®], que surgiu em 1995, pela SoftReis, sendo esta uma empresa reconhecida pelo INFARMED.

O SPharm[®] é uma ferramenta fundamental no que respeita à gestão e administração da farmácia pois adequa-se às diversas exigências da atividade farmacêutica. Permite elaborar a gestão de compras e de vendas, possibilita registar e controlar a entrada e saída de um determinado produto, proporciona a gestão de stocks e de prazos de validade, a gestão de clientes e dados relativos a estes, como morada, contato, histórico de vendas anteriores. Facilita também informação relativa aos medicamentos, como alguns dados científicos, acesso ao resumo das características do medicamento, posologias, interações medicamentosas, entre outros.

2.2 - ENCOMENDAS

A aquisição de medicamentos ou de produtos de saúde, deve ser realizada de forma racional e ponderada de modo a garantir uma gestão de stock existente adequada, de modo a evitar rutura de stocks ou sobre stock, impedindo assim perdas de capital investido.

Como anteriormente mencionado, para cada produto é definido um stock mínimo e um stock máximo consoante a média do histórico de vendas. Cada vez que um produto atinge o mínimo de stock, o programa sinaliza-o para ser encomendado. Após todos os stocks mínimos estarem definidos é sugerida uma proposta de encomenda com a quantidade de stock ideal para a reposição do mesmo.

A proposta de encomenda é analisada e avaliada pela farmacêutica destacada para a execução da mesma. Esta tarefa atribuída é de carácter rotativo entre todas as farmacêuticas, a nível semanal. A farmacêutica incumbida da realização da encomenda diária, carece de um horário limite estipulado com o fornecedor. Esta verifica as respetivas quantidades de produto sugerida pela plataforma informática, podendo estas serem reajustadas ou até mesmo eliminadas. Por fim, a encomenda segue via modem para o fornecedor.

Nos casos em que haja rutura ou inexistência de um dado medicamento necessário à dispensa completa de uma receita médica ou de um outro produto solicitado pelo utente, todos os colaboradores da farmácia possuem a autonomia de fazer a requisição ao armazenista via telefone.

As encomendas dos produtos em falta são assinaladas no SPharm[®], no campo das “Reservas”, ao qual é atribuído um número sequencial, no qual se regista o nome do utente, o(s) produto(s) em falta, a previsão de chegada dos mesmos e se se trata de uma reserva já paga ou não. No final, a reserva é impressa em forma de talão, entregue ao utente e solicitada a apresentação do mesmo aquando do levantamento da reserva. Sempre que os pedidos via telefónica chegam à farmácia, estes são introduzidos no sistema informático através do campo “Entrada de Encomendas”. Durante este processo, a aplicação emite o aviso do facto de o produto se tratar de uma reserva. Na conclusão deste procedimento, é emitido um talão, o qual é anexado ao produto, este é colocado numa prateleira e separado consoante se este tratar de uma reserva paga ou por pagar.

Os pedidos com carácter urgente, são a maioria das vezes colmatados, através da deslocação de um colaborador ao armazém do fornecedor preferencial, a Cooprofar, uma vez que este se encontra junto à zona industrial da Guarda. Após anteriormente ter sido feita a respetiva confirmação da disponibilidade do produto em causa.

Ocorreram diversas situações em que não era de todo possível adquirir um determinado produto, quer por este estar como esgotado ou pelo facto da sua chegada ser demasiado morosa. Em casos como estes, a pesquisa era realizada similarmente noutros fornecedores, para além do preferencial. Caso este também se encontrasse indisponível, a requisição do produto era feita de forma insistente para todos os distribuidores grossistas com quem a farmácia tivesse vínculo, a fim de verificar a disponibilidade do produto.

A aquisição de medicamentos e de produtos de saúde, pode também ser feita diretamente aos laboratórios, sendo denominadas de encomendas diretas. Deste tipo de encomendas constam essencialmente, medicamentos genéricos, produtos de

dermocosmética, de puericultura e sazonais. Tira-se partido de melhores condições de compra, visto serem produtos adquiridos em grande quantidade, que pode passar por um desconto financeiro, pois não há intermediários entre o Laboratório e a Farmácia, bonificações ou prazo de pagamento alargado.

A nota de encomenda pode ser efetivada de duas maneiras: através do contacto com os representantes dos diversos laboratórios, que visitam periodicamente, e por respetiva marcação, a Farmácia. Ou então, esta é enviada por correio eletrónico para o Laboratório, podendo-se até, acrescentar posteriormente produtos à encomenda por via telefónica. Esta modalidade de compra, não dispensa a aprovação por parte da Diretora Técnica visto envolver quantidades consideráveis de capital investido e de produtos. A encomenda faz se chegar à Farmácia por intermédio de um armazenista ou de uma transportadora, acompanhado de uma fatura, a qual é arquivada no dossier de “Compras Diretas” juntamente com a nota de encomenda.

Na FM existe também, a possibilidade de encomendar produtos às restantes farmácias que englobam o grupo Videira Lopes. Este género de encomenda é efetuado quando existe uma rutura do produto na Farmácia ou sempre que este apresente uma elevada rotatividade de stock. Após a verificação prévia dos stocks das farmácias remanescentes, através do sistema informático SPharm[®], é feita a requisição do produto por telefone ou por correio eletrónico. O intercâmbio entre as farmácias do grupo é realizado semanalmente à quarta-feira.

2.2.1 - Receção e conferência

A receção e conferência de encomendas, constituem um parâmetro de extrema importância, uma vez que permite assegurar que os produtos enviados correspondem ao pedido executado.

Na FM, a receção de encomendas inicia-se com a confirmação do destinatário, através de um documento de identificação disposto na parte exterior das “banheiras” e com a verificação do número de caixas entregues. As guias de entrega são assinadas e entregues ao distribuidor.

Após isto, reúnem-se todas as faturas, que surgem em duplicado, e que acompanham as diferentes encomendas. Nelas constam os seguintes elementos: Identificação do fornecedor (nome, morada, número de identificação fiscal, capital social e contactos); Identificação da farmácia destinatária (nome, morada, número de identificação fiscal); Local

de carga e de descarga; Descrição individual do produto (código nacional, nome comercial, forma farmacêutica, dosagem, quantidade da embalagem); Quantidade encomendada e enviada de cada produto; Bonificação ou percentagem de desconto; PVF (preço unitário e total); PVP (no caso de MSRM); Imposto de Valor Acrescentado (IVA) (referente a cada produto); Valor total da fatura (com e sem IVA e o valor deste).

Na receção de encomendas recorre-se, mais uma vez, ao SPharm[®], através da área destinada aos “Fornecedores”. A cada fornecedor é atribuído um código numérico, de forma a que todas as faturas entrem para a conta corrente deste. Após introduzir o código correspondente ao fornecedor em questão, é necessário verificar se a encomenda rececionada foi previamente efetivada a nível do sistema informático. Caso isto se confirme, procede-se então, à importação da mesma, de forma a que seja possível comparar, controlar e confirmar se todos os pedidos e respetivas quantidades foram satisfeitos. É possível que algumas encomendas não se encontrem pendentes, ou seja, que não tenham sido previamente executadas, dado que muitas delas são realizadas via telefone.

Posteriormente, procede-se à introdução dos diferentes produtos no stock da farmácia, por leitura ótica do código nacional ou pela sua inscrição manual, ou em último caso, inserir a designação comercial do artigo. Nos casos em que o sistema não reconhece de todo o artigo rececionado, é emitida uma nota de aviso, devido a este não constar no mesmo. É lançado um menu para a criação da ficha de produto, o qual possui campos de preenchimento obrigatório: código nacional, nome e percentagem de IVA.

Para cada produto, devem ser verificados os seguintes aspetos: se as características do produto rececionado correspondem ao requisitado; se o número de unidades recebidas está de acordo com o número de unidades debitadas (caso esta igualdade não se verifique, a aplicação informática emite um alerta); se o prazo de validade dos produtos recebidos está de acordo com o que consta na plataforma (se tal não acontecer este deverá ser atualizado, sempre que o stock se encontrar a zero ou o prazo de validade seja inferior); a integridade da embalagem deve ser também comprovada.

Depois, organizam-se todos os artigos por ordem alfabética de forma a facilitar a comparação entre os PVF que constam na fatura e no SPharm[®], e proceder à sua alteração caso estes se apresentem díspares.

Logo a toda a encomenda estar inserida no SPharm[®], faz-se uma análise final, de modo a verificar que o valor da fatura corresponde ao valor calculado pelo sistema informático. Após a confirmação informática da fatura, os stocks são instantaneamente atualizados.

A fatura correspondente à encomenda conferida, é depois, rubricada, guardada num arquivo específico para cada fornecedor e separado o “original” do “duplicado”. Esta é colocada junto às restantes faturas do mês e, mensalmente, no caso da Alliance Healthcare®, e quinzenalmente na Cooprofar®, são agrupadas de forma a conferi-las com o extrato detalhado da fatura resumo, onde constam todos os débitos, créditos e o valor total a pagar ao fornecedor. Mediante os termos de contrato estabelecidos, a Farmácia procede à liquidação das mesmas.

Podem surgir várias situações, em que a receção não está conforme com o que foi encomendado ou entregue na farmácia:

- **Produto em falta:** esta situação sucede quando o produto se encontra esgotado no fornecedor ou no laboratório, ou caso tenha sido retirado do mercado. Caso o motivo da falta seja o facto de o produto estar esgotado, antes da finalização da receção da encomenda, este deve ser transferido para outro fornecedor ou incluído na próxima encomenda.
- **Produto rececionado diferente do encomendado:** isto deve-se a um erro por parte do distribuidor. Perante isto, o produto é devolvido ao distribuidor acompanhado de uma nota de devolução impressa em triplicado, sendo que o original e duplicado são enviados para este, ficando o triplicado arquivado na farmácia. O fornecedor é notificado para o posterior envio de uma nota de crédito.
- **Quantidade enviada inferior à encomendada:** deve notificar-se o fornecedor em questão, que poderá enviar o produto numa próxima encomenda ou emitir uma nota de crédito à farmácia.
- **Quantidade enviada superior à encomendada:** pode acontecer por dois motivos, erro do distribuidor ou bonificação. Caso o motivo seja erro por parte do distribuidor, este deve ser notificado e o produto devolvido. Se se tratar de uma bonificação, dá-se entrada no stock como bónus.

Os produtos com necessidades especiais de conservação devem ser os primeiros produtos a ser conferidos e de seguida, armazenados [3].

Posto isto, imediatamente após a receção da encomenda, deve verificar-se a existência de produtos termolábeis, caso tal se verifique estes têm de ser armazenados prontamente no frigorífico, para que não haja rutura da cadeia de frio. Estes produtos intitulados de termolábeis, requerem refrigeração entre os 2 e 8° C, e chegam à Farmácia

acondicionados em caixas de esferovite isoladas e refrigeradas através de placas de refrigeração, ou num saco térmico, consoante o fornecedor.

2.2.2 - Receção de benzodiazepinas, psicotrópicos e estupefacientes

As benzodiazepinas e os medicamentos estupefacientes e psicotrópicos são requisitados juntamente com os demais produtos, no entanto, aquando da sua entrega e receção na farmácia, deverão ser cumpridos alguns procedimentos extra, uma vez que se tratam de medicamentos que atuam ao nível do Sistema Nervoso Central, e provocam dependência física e/ou psicológica [4]. E conseqüentemente, o controlo deste tipo de substâncias a nível das encomendas e de dispensa é mais rígido e rigoroso do que quando comparado com os restantes medicamentos.

Aquando da receção, os estupefacientes e psicotrópicos surgem também à parte dos restantes artigos, fazendo acompanhar-se pelo anexo VII. Este anexo trata-se de uma requisição que surge com um número de registo associado e em duplicado. Ambas as vias de requisição devem ser rubricadas e carimbadas pela Diretora Técnica, ou pela sua legal substituta, a Farmacêutica Adjunta. A via original é arquivada juntamente com uma cópia da fatura onde consta o psicotrópico, num dossier onde estão presentes todos os documentos referentes a este tipo de substâncias. Este registo deverá permanecer na Farmácia por um período mínimo de três anos. Já o duplicado deve ser remetido ao fornecedor.

2.2.3 - Receção de matérias-primas

Quanto à receção de matérias-primas, estas chegam à farmácia resguardadas por um saco de plástico. São acompanhadas por um boletim de análise, que deverá estar conforme mediante as características físicas e químicas presentes na Farmacopeia Portuguesa em vigor, e respetiva ficha de segurança.

2.3 - FORNECEDORES

A FM seleciona e define os seus fornecedores principais com base num aprovisionamento criterioso, ponderado e minucioso, pois é de extrema importância garantir uma gestão otimizada da farmácia.

A escolha dos fornecedores tem em atenção: PVF, estipulado pelo distribuidor grossista; descontos comerciais; descontos financeiros; bonificações concedidas (oferta de

unidades de acordo com a quantidade adquirida); condições de pagamento (pronto-pagamento, pagamento a quinze ou trinta dias, ou até outra modalidade); rapidez das entregas (armazéns disponíveis e a sua proximidade); número de entregas diárias (dias úteis, fins de semana e feriados); satisfação dos pedidos (envio de todos os produtos solicitados, percentagem de erro por troca de produto ou por equívoco nas quantidades e percentagem de produtos em falta ou esgotados); condições de transporte e de armazenamento (cumprimento das Boas Práticas de Distribuição). Sendo assim, os distribuidores grossistas eleitos para cooperar com a FM foram a Cooprofar[®] e a Alliance Healthcare[®].

A Cooprofar[®] é o fornecedor preferencial, tendo em conta a proximidade do armazém, situado junto à zona industrial da Guarda e o número de entregas diárias, fazendo no somatório do dia, cinco entregas (9h30; 11h30; 13h30; 17h30 e 20h30). Enquanto que a Alliance Healthcare[®], faz apenas duas entregas diárias, uma às 8h30 vinda do armazém do Porto e a última é entregue às 16h30 vinda de Castelo Branco.

As encomendas na FM são realizadas várias vezes por dia, consoante a sua necessidade.

2.4 - DEVOLUÇÕES

A necessidade de se proceder à devolução de um medicamento/produto de saúde pode ocorrer por inúmeros motivos, tais como: deterioração do produto; danificação da embalagem; equívoco na encomenda de medicamentos/produtos de saúde; equívoco no envio de medicamentos/produtos de saúde, tanto a nível qualitativo como quantitativo; prazos de validade curtos ou a expirar; recolha de produtos do mercado por ordem do INFARMED, do laboratório ou por parte do armazenista.

As devoluções, devem ser feitas com a maior brevidade possível visto que os fornecedores têm um prazo limite imposto para a aceitação das mesmas.

Para proceder ao preenchimento da nota de devolução, recorre-se mais uma vez ao sistema informático e na “gestão de devoluções” digitam-se dados respetivos ao fornecedor, ao número e à data da fatura onde consta o produto a restituir, a quantidade a devolver e o motivo da devolução, a mesma é impressa em triplicado. A terceira via é assinada e permanece na Farmácia, sendo arquivada em pasta própria, já as outras duas, original e segunda via, seguem para o fornecedor juntamente com o produto, devidamente rubricadas e carimbadas.

Caso o fornecedor declare que a devolução é válida, pois este detém o poder de a aceitar ou não, é emitida uma nota de crédito, ou feita a substituição do medicamento/produto de saúde, consoante a escolha da Farmácia. Por fim, a nota de devolução é regularizada a partir do sistema informático, sendo esta arquivada junto dos originais das restantes faturas.

No entanto, a devolução pode ser rejeitada, pelo que o produto regressa de novo à Farmácia, nas mesmas condições. Perante esta situação, emite-se uma nota de quebra, de forma a haver um comprovativo contabilístico da eliminação do produto do stock. Posteriormente, é colocado no contentor da ValorMed, para futura destruição.

2.5 - MARCAÇÃO DE PREÇOS

Na marcação de preços distinguem-se dois grandes grupos de medicamentos e de produtos de saúde: os que possuem preço impresso na cartonagem (PIC) e os que não usufruem de PIC, cujo preço depende da margem aplicada pela farmácia. O PVP destes últimos é determinado com base no PVF, margem de comercialização e taxa de IVA aplicada.

Nesta situação, os preços são calculados automaticamente pelo sistema informático, após a introdução do valor do PVF e da margem de comercialização. A margem pré-estabelecida pela FM é de trinta por cento para todo o tipo de medicamentos e de produtos de saúde, como por exemplo, medicamentos e produtos homeopáticos e veterinários, produtos fitofarmacêuticos e de cosmética e higiene corporal, artigos de puericultura e de ortopedia, dispositivos médicos, entre outros. No final do cálculo pode ser necessário reajustar o PVP, de forma a este ficar múltiplo de cinco. Posteriormente são impressas etiquetas com o nome do produto, código de barras correspondente, respetivo preço e taxa de IVA.

2.6 - PRAZO DE VALIDADE

O controlo dos prazos de validade é de extrema importância no que diz respeito à qualidade, eficácia e segurança do medicamento. De facto, a verificação dos prazos de validade dos medicamentos e produtos de saúde, é efetuada por inúmeras vezes, aquando da receção, do armazenamento e da dispensa. No entanto, este procedimento é limitado, uma vez que, não são contemplados os produtos com escassa rotatividade, ou até mesmo nula. Dado isto, é realizado mensalmente, um controlo de prazos de validade, a partir de uma

listagem emitida pelo SPharm[®], onde constam todos os medicamentos e produtos de saúde com prazo de validade a expirar nos três meses seguintes.

Posteriormente a isto, é feita uma verificação dos produtos contemplados na lista, onde após a identificação dos produtos em questão, estes são recolhidos e segregados numa estante, para se poder proceder à sua devolução. Há situações, em que ainda é possível proceder à dispensa do medicamento, apesar do mesmo apresentar um curto prazo de validade. Como é o caso dos colírios ou das soluções que contêm iodopovidona, cujo prazo de utilização é por norma de vinte e oito dias, alertando sempre o utente acerca do prazo de validade curto do medicamento ou do produto de saúde. É também usual, aquando da verificação presencial da listagem, verificar que os prazos de validade não se encontram atualizados, faz-se uma anotação, e no final, a respetiva correção na ficha de produto.

Depois todo este processo, segue-se a devolução para o distribuidor grossista correspondente. O(s) produto(s) em questão são colocados em “baques” dos respetivos fornecedores, e enviados para os mesmos juntamente com a nota de devolução, tendo este processo sido anteriormente descrito.

Há também, que ter em atenção, a categoria dos medicamentos a devolver, uma vez que este influenciará o prazo limite de devolução e a sua conseqüente aceitação. Então, medicamentos e produtos de saúde, podem ser devolvidos até 60 dias de antecedência do término do seu prazo de validade; medicamentos de uso veterinário e produtos do protocolo da diabetes, com 5 meses de antecedência; matérias-primas, podem ser devolvidas a faltar 1 mês para o término do seu prazo de validade.

2.7 - ARMAZENAMENTO

Após a receção e conferência da encomenda, e se necessário, da marcação de preços, procede-se ao armazenamento dos medicamentos e produtos de saúde. Esta tarefa, juntamente com a receção de encomendas, foi das primeiras tarefas que me foram atribuídas. Considerei-as de extrema importância, pois foi através delas, que me familiarizei de uma forma eficaz e mais célere com os medicamentos e produtos de saúde, a nível das substâncias ativas, nomes comerciais, indicações terapêuticas, bem como o local onde estes se encontravam armazenados pela Farmácia. O armazenamento dos medicamentos/produtos de saúde, é uma tarefa que acarreta responsabilidade, pois é através deste que é conseguido uma boa gestão do produto e do respetivo stock, e, portanto, não deve ser menosprezada. Um correto armazenamento é executado de forma a permitir um rápido acesso e uma

identificação fácil, durante o processo de atendimento ao público, de modo a evitar eventuais enganos e perdas de tempo.

Na FM, todos os medicamentos e produtos de saúde são arrumados nos locais anteriormente preestabelecidos: armário compacto, frigorífico, gavetas, expositores, armário de portas deslizantes, laboratório ou armazém.

Todos os produtos são armazenados segundo o princípio: “*First Expired, First Out*” (FEFO), ou seja, o primeiro a expirar, é o primeiro a sair, no qual o produto que possua um prazo de validade mais curto, deverá ser o primeiro a ser dispensado. Este sistema, faz todo o tipo de sentido, em relação a medicamentos e produtos de saúde com prazos de validade instituídos, uma vez que nem sempre os fornecedores enviam os produtos com um prazo de validade sequencial. Deste modo, reduz-se a probabilidade de estes permanecerem na farmácia e atingirem o término da sua validade e minimiza-se o risco de dispensar medicamentos e produtos de saúde com um prazo de validade extremamente curto, ou mesmo, expirado. Já no que respeita a produtos com prazos de validade não definidos, como são o caso, por exemplo, de alguns dispositivos médicos, artigos de puericultura, de ortopedia, o método adotado é: “*First In, First Out*” (FIFO), em que o primeiro a entrar, corresponde ao primeiro a sair.

De acordo com as Boas Práticas Farmacêuticas em Farmácia Comunitária, “as condições de iluminação, temperatura, humidade e ventilação das zonas de armazenamento devem respeitar as exigências específicas dos medicamentos, de outros produtos farmacêuticos, químicos, matérias-primas e materiais de embalagem;”, e ainda que “estas condições devem ser verificadas e registadas periodicamente;”. Posto isto, a FM cumpre todos estes requisitos através da utilização de um dispositivo, designado de termohigrómetro, que monitoriza e regista os valores de temperatura e de humidade.

Os produtos termolábeis, como o caso das insulinas, vacinas, complexos vitamínicos e produtos hormonais, visto serem sensíveis a variações de temperatura e de humidade, podendo perder as suas características físicas e químicas iniciais, são armazenados no frigorífico de forma a permanecerem a uma temperatura compreendida entre os 2 e 8 °C, isentos de humidade. Os restantes medicamentos e produtos de saúde, devem estar expostos a temperatura entre os 15 e 25 °C, a uma humidade inferior a sessenta por cento e protegidos da exposição solar direta. com o objetivo de respeitar e manter as características e a estabilidade dos produtos em causa. Já os medicamentos psicotrópicos e estupefacientes são guardados no escritório da Diretora Técnica numa gaveta fechada, à parte dos restantes medicamentos.

3. MEDICAMENTOS E PRODUTOS DE SAÚDE

Como futura Técnica de Farmácia (TF) e dado este relatório curricular se tratar do último, creio que seja importante relembrar e cimentar determinadas definições e conceitos, visto serem cruciais para um bom desempenho no exercício da vida profissional [5].

- **Matéria-prima:** qualquer substância, ativa ou não, e qualquer que seja a sua origem, empregue na produção de um medicamento, quer permaneça inalterável quer se modifique ou desapareça no decurso do processo.
- **Substância ativa:** toda a matéria, seja qual for a sua origem, humana, animal, vegetal ou química, à qual se atribui uma atividade apropriada para constituir um medicamento.
- **Excipiente:** qualquer matéria-prima que, incluída nas formas farmacêuticas, se junte às substâncias ativas ou suas associações para servir-lhes de veículo, possibilitar a sua preparação ou estabilidade, modificar as suas propriedades organolépticas ou determinar as propriedades físico-químicas do medicamento e a sua biodisponibilidade.
- **Medicamento:** toda a substância ou associação de substâncias apresentada como possuindo propriedades curativas ou preventivas, de doenças em seres humanos ou dos seus sintomas, e que possa ser utilizada ou administrada no ser humano com vista a estabelecer um diagnóstico médico ou, exercendo uma ação farmacológica, imunológica ou metabólica, a restaurar, corrigir ou modificar funções fisiológicas.
- **Denominação Comum Internacional (DCI):** é recomendada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para substâncias ativas de medicamentos, de acordo com regras definidas e que não pode ser objeto de registo de marca ou de nome, ou, na falta desta, a designação comum habitual ou nome genérico de uma substância ativa de um medicamento, nos termos adaptados a Portugal ou definidos periodicamente pela autoridade nacional reguladora do sector do medicamento e dos produtos de saúde (INFARMED).
- **Dosagem:** teor de substância ativa, expresso em quantidade por unidade de administração ou por unidade de volume ou de peso, segundo a sua apresentação.

- **Forma Farmacêutica:** estado final que as substâncias ativas ou excipientes apresentam depois de submetidas às operações farmacêuticas necessárias, a fim de facilitar a sua administração e obter o maior efeito terapêutico desejado.
- **Apresentação:** dimensão da embalagem tendo em conta o número de unidades.

3.1 - MEDICAMENTO GENÉRICO

De acordo com o DL n.º 176/2006, de 30 de agosto, entende-se por medicamento genérico (MG): “Medicamento com a mesma composição qualitativa e quantitativa em substâncias ativas, a mesma forma farmacêutica e cuja bioequivalência com o medicamento de referência haja sido demonstrada por estudos de biodisponibilidade apropriados.” Deste modo, um MG é um medicamento que possui a mesma substância ativa, a mesma dosagem, a mesma forma farmacêutica, e usufrui da mesma indicação terapêutica, quando comparado com o medicamento de marca, que serviu de referência [5].

Os medicamentos genéricos são identificados pela sigla (MG), inscrita na embalagem exterior do medicamento.

Os MG apresentam grandes vantagens, quando comparados aos de referência (“Medicamento que foi autorizado com base em documentação completa, incluindo resultados de ensaios farmacêuticos, pré-clínicos e clínicos”) [5], sendo importante salientar que: detêm uma maior garantia de efetividade e permitem um melhor conhecimento do respetivo perfil de segurança, uma vez que, as substâncias ativas se encontram no mercado à vários anos; apresentam a mesma segurança e qualidade do medicamento de referência, traduzida na demonstração de bioequivalência, através de estudos de biodisponibilidade; são 20 a 35% mais baratos, uma vez que não são necessários gastos inerentes à investigação; há uma maior rapidez na obtenção de autorização de introdução no mercado (AIM), associada a uma simplificação de todo o processo, pois está dispensada a apresentação dos relatórios dos peritos sobre os ensaios farmacológicos, toxicológicos e clínicos e pré-clínicos [6].

Em suma, os medicamentos genéricos têm a mesma qualidade, eficácia e segurança, a um preço inferior ao do medicamento de referência.

A FM mantinha acordo com os laboratórios de medicamentos genéricos seguintes: Generis[®], Mepha[®], Ratiopharm[®] e Teva[®].

Na farmácia, e ao contrário do que eu estava há espera, existia uma boa aceitação por parte dos utentes relativamente aos MG, sendo os próprios a require-los.

3.2 - MEDICAMENTOS E PRODUTOS HOMEOPÁTICOS

“Medicamento obtido a partir de substâncias denominadas stocks ou matérias-primas homeopáticas, de acordo com um processo de fabrico descrito na farmacopeia europeia ou, na sua falta, em farmacopeia utilizada de modo oficial num Estado membro, e que pode conter vários princípios” [5].

A homeopatia é uma terapia que consiste em tratar indivíduos doentes, por intermédio de substâncias de origem animal, mineral e vegetal, capazes de produzir no homem saudável, sintomas semelhantes aos da doença a tratar. Baseia-se no princípio que: “o semelhante cura o semelhante.”

A preparação de medicamentos homeopáticos envolve a utilização de quantidades ínfimas de substâncias ativas, obtidas através de diluições sucessivas.

O regime jurídico da introdução no mercado, do fabrico, da comercialização, da rotulagem e da publicidade dos produtos homeopáticos para uso humano, estabelecido pelo DL n.º 94/95 de 9 de maio, foi revogado pelo decreto-lei n.º 176/2006, de 30 de agosto, passando os produtos farmacêuticos homeopáticos a ser designados como medicamentos homeopáticos sujeitos a registo simplificado [5].

São exemplos o Oscillococcinum[®] - utilizado para o alívio de estados gripais, Stodal[®] – tratamento da tosse, Coryzalia[®] – constipações e rinite, Homeogene[®] 9- dores de garganta, Homeovox[®] - rouquidão e perda de voz e Cicaderma[®] – feridas, queimaduras e picadas de insetos.

Atualmente, a homeopatia oferece uma alternativa aos tratamentos médicos de forma isolada ou em associação com as medicinas alternativas.

3.3 - MEDICAMENTOS MANIPULADOS

O DL n.º 95/2004, de 22 de abril, que regula a prescrição e a preparação de medicamentos manipulados, define este como sendo: “qualquer fórmula magistral ou preparado oficial preparado e dispensado sob a responsabilidade de um farmacêutico” [7].

Um preparado oficial é executado segundo as indicações compendiais de uma farmacopeia ou de um formulário oficial. Enquanto que a fórmula magistral é preparada segundo uma prescrição médica. Tanto os preparados oficiais, como as fórmulas magistrais, podem ser efetuados tanto em contexto hospitalar, como em farmácia comunitária.

No decurso do estágio, tive a oportunidade de presenciar a requisição de um medicamento manipulado e participar na sua preparação. Tratava-se de um preparado magistral, pois fazia acompanhar-se de uma prescrição médica. Foi prescrito em contexto dermatológico, uma pomada de enxofre, para aplicação tópica, tendo como finalidade terapêutica o tratamento da escabiose. As fórmulas mais solicitadas à FM são as magistrais.

Apesar da utilização de medicamentos manipulados ser cada vez mais rara, ainda se denota alguma procura, visto, por vezes, ser necessário personalizar e ajustar a terapêutica a um doente específico e a composição, tanto a nível qualitativo como quantitativo, mediante o perfil fisiopatológico do doente. Este tipo de preparações, surgem de forma a preencher certas lacunas e colmatar vazios terapêuticos, visto não existir uma solução por parte da indústria farmacêutica.

3.4 - MEDICAMENTOS PSICOTRÓPICOS E ESTUPEFACIENTES

Os medicamentos psicotrópicos e estupefacientes atuam ao nível do sistema nervoso central, havendo a possibilidade de criarem dependência física e psicológica. São substâncias que podem atuar tanto como estimulantes, tanto como depressores do sistema nervoso central.

Este grupo de medicamentos está associado a atos ilícitos, perante este facto, obedece a legislação própria, tanto para a aquisição, armazenamento e dispensa por parte da farmácia, como para a prescrição [4].

Devido à sua composição estão sujeitos a receita médica especial: medicamentos que contenham substâncias classificadas como estupefacientes, como exemplo o Palexia® (tapentadol) ou psicotrópicos, como a Ritalina® (metilfenidato).

3.5 - MEDICAMENTOS E PRODUTOS DE USO VETERINÁRIO

O DL n.º 314/2009, de 28 de outubro, define medicamento veterinário como sendo “toda a substância, ou associação de substâncias, apresentada como possuindo propriedades curativas ou preventivas de doenças em animais ou dos seus sintomas, ou que possa ser utilizada ou administrada no animal com vista a estabelecer um diagnóstico médico-veterinário ou, exercendo uma acção farmacológica, imunológica ou metabólica, a restaurar, corrigir ou modificar funções fisiológicas” [8].

Os medicamentos de uso veterinário destinam-se não só ao tratamento de doenças, mas também, ao tratamento profilático, com vista a estabelecer um diagnóstico médico, a restaurar, corrigir ou modificar as suas funções orgânicas.

A FM tinha uma procura considerável acerca deste tipo de medicamentos, sobretudo para animais domésticos, como cães e gatos. A procura incidia maioritariamente em antiparasitários de uso interno (Drontal[®] e Strongid[®]) e externo (Advantix[®] - cães e Advantage[®] - gatos, anticoncecionais (Pilludog[®] - cadelas e Megecat[®] - gatas), complexos vitamínicos e vacinas. Era igualmente frequente, a requisição de medicamentos de uso humano, através de receita médico-veterinária, para posterior utilização em animais. Era, portanto, da competência do profissional de farmácia, informar o utente acerca do reajuste da dose, tendo sempre em atenção, as diferenças físicas e metabólicas das várias espécies. O aconselhamento acerca das idas regulares às consultas veterinárias, é deveras importante, uma vez que a saúde dos animais, é também uma questão de saúde pública.

3.6 - PRODUTOS COSMÉTICOS E DE HIGIENE CORPORAL

Entende-se por produto cosmético e de higiene corporal, “qualquer substância ou preparação, destinada a ser posta em contacto com as diversas partes superficiais do corpo humano, designadamente epiderme, sistemas piloso e capilar, unhas, lábios e órgãos genitais externos, ou com os dentes e mucosas bucais, com a finalidade de exclusiva ou principalmente, os limpar, perfumar, modificar o seu aspeto, proteger, manter em bom estado ou de corrigir os odores corporais” [9].

Atualmente, verifica-se de forma progressiva, uma preocupação acentuada e intensa, e um cuidado especial e redobrado, com questões relacionadas com o aspeto físico e com a estética. Hoje em dia, estas preocupações não são exclusivas do público feminino, havendo também, procura destes produtos, por parte do público masculino.

A FM usufrui de produtos cosméticos e de higiene corporal de inúmeras marcas, de variadíssimas gamas, e de diversas linhas, específicas e direcionadas para solucionar cada tipo de dilema.

Quando se trata de recomendar produtos cosméticos para aplicação no rosto, no corpo ou até em ambos, o profissional de farmácia deve ter em conta, várias características da pessoa que solicita o aconselhamento: o género, a idade, o tipo de pele, o estado patológico desta, qual o efeito pretendido, entre outros aspetos, de forma a que o produto aconselhado

surta o resultado desejado. O profissional deverá ainda ter em atenção, a relação custo/benefício, tendo sempre em conta o nível socioeconómico do utente.

Durante o atendimento, verifica-se que os utentes recorrem a esta classe de produtos, para melhorar tanto o aspeto exterior, como o bem-estar psicológico.

3.7 - PRODUTOS DIETÉTICOS E DE ALIMENTAÇÃO ESPECIAL

Os produtos dietéticos e de alimentação especial, segundo o DL nº 74/2010, de 21 de junho, são: “géneros alimentícios destinados a uma alimentação especial que, (...) devido à sua composição especial ou a processos especiais de fabrico, se distinguem claramente dos géneros alimentícios de consumo corrente, são adequados ao objetivo nutricional pretendido e são comercializados com a indicação de que correspondem a esse objetivo” [10]. Além disso, uma alimentação especial é a que corresponde às necessidades nutricionais de pessoas, que apresentem: perturbações ao nível do processo de assimilação e de metabolização; condições fisiológicas especiais e que, por esse motivo, podem retirar particulares benefícios da ingestão controlada de determinadas substâncias contidas nos alimentos; e lactentes e crianças de pouca idade, em bom estado de saúde [10].

As soluções disponibilizadas pela FM, para lactentes e crianças até aos quatro anos, passam por leites em pó (Aptamil[®], Nan[®], Nidina[®], Novalac[®]), farinhas (Cerelac[®] e Nutriben[®]) com e sem glúten, e boiões (Nutriben[®]) com alimentos e frutas, uma vez que esta faixa etária, necessita de uma alimentação especial e cuidada. A escolha do leite é feita de forma criteriosa e com base na especificação do mesmo, quer seja para casos de intolerâncias e alergias, obstipação e cólicas e anti regurgitantes. Enquanto que as soluções apresentadas para jovens e adultos, que necessitem de uma alimentação especial, são da Nestlé, da gama Meritene[®] e Resource[®]. São variadíssimas as linhas de produtos e as soluções que estas apresentam, quer seja para colmatar carências a nível de proteínas, calorias, vitaminas e minerais, quer seja para auxiliar e solucionar casos de disfagia e de falta de apetite.

Os produtos dietéticos são bem mais variados, estando disponíveis sob a forma de comprimidos e de cápsulas (EasySlim[®] e Arkocápsulas[®]), cremes (Depuralina[®]) e drenantes (Become[®]) com os mais diversos fins, controlar o apetite, bloquear a absorção de gorduras e açúcares, desintoxicar o organismo, drenar gorduras, adelgaçar e definir a silhueta, eliminar celulite. As soluções disponíveis para um regime hipocalórico a nível da alimentação, mostram-se sob a forma de sopas, barrinhas de cereais e gelatinas.

O aconselhamento do profissional de saúde demonstra-se muito importante, face à panóplia e às especificações dos produtos dietéticos e de alimentação especial disponibilizados.

3.8 - PRODUTOS FITOTERAPÊUTICOS

A fitoterapia consiste no estudo de plantas medicinais, e na aplicação das mesmas, no tratamento de doenças. Embora comumente sejam chamados de produtos naturais, estes produtos não são totalmente desprovidos de efeitos adversos, ou até, de originar interações com outros produtos ou medicamentos. Desta forma, cabe ao profissional de saúde, aconselhar o utente sobre os benefícios e as indicações do produto fitoterapêutico, bem como acerca da sua posologia, e alertar para a ocorrência de possíveis efeitos adversos e interações.

A FM possui uma variadíssima gama da Arkocápsulas[®], utilizada no tratamento de problemas frequentes como: alterações do sono, nervosismo, controle do peso, circulação sanguínea, entre muitos outros.

Este tipo de produtos era solicitado por parte dos utentes, quando estes não obtinham os resultados esperados com medicamentos. A nível do aconselhamento, estes eram sugeridos pelos profissionais de farmácia, como coadjuvantes do tratamento terapêutico.

3.9 - DISPOSITIVOS MÉDICOS

O DL n.º 145/2009, de 17 de junho, define dispositivo médico como: “Qualquer instrumento, aparelho, equipamento, software, material ou artigo utilizado isoladamente ou combinado, incluindo o software destinado pelo seu fabricante a ser utilizado especificamente para fins de diagnóstico ou terapêutico e que seja necessário para o bom funcionamento do dispositivo médico, cujo principal efeito pretendido no corpo humano não seja alcançado por meios farmacológicos, imunológicos ou metabólicos [11].

São inúmeros os dispositivos médicos que a FM disponibiliza, tais como, seringas, agulhas, luvas, algodão, ligaduras, termómetros, tensiómetros, lancetas, canetas de insulina, preservativos, diafragmas, teste de gravidez, entre muitos outros.

4. DISPENSA DE MEDICAMENTOS

No momento da dispensa, o profissional de farmácia, deve analisar de forma criteriosa a prescrição médica, pois a mesma deve ser avaliada do ponto de vista farmacoterapêutico, com base na necessidade do medicamento, na adequação ao doente, no sentido de verificar possíveis contraindicações, interações medicamentosas e alergias, na adequação da posologia, a nível da dose, frequência e duração do tratamento, e condições do doente para administrar o medicamento.

É essencial estabelecer um diálogo simples e claro com o utente, de modo a perceber se utente está familiarizado com a medicação que toma habitualmente, se faz a terapêutica adequada e se não apresenta problemas relacionados com o medicamento. No caso de haver alguma situação não conforme ou se permanecer alguma dúvida pode ser necessário contactar o médico.

O profissional de farmácia deve fornecer toda a informação necessária para um uso correto, eficaz e seguro dos medicamentos. Além da comunicação oral, os conselhos e informação prestados devem ser reforçados por escrito. A informação ao utente é fundamental para o uso racional dos medicamentos e para uma melhor adesão à terapêutica. O desconhecimento da necessidade e dos cuidados específicos da terapêutica contribuem para o seu insucesso do tratamento.

Para além de todas as outras classificações, os medicamentos podem ser também classificados, quanto à dispensa ao público, em: medicamentos sujeitos a receita médica e medicamentos não sujeitos a receita médica.

4.1 - MEDICAMENTOS NÃO SUJEITOS A RECEITA MÉDICA

Os medicamentos não sujeitos a receita médica (MNSRM), estão definidos no Estatuto do Medicamento como: “Os medicamentos que não preencham qualquer das condições previstas no artigo anterior, não estão sujeitos a receita médica”. Ou seja, qualquer medicamento que não corresponda a nenhum dos requisitos estabelecidos para os MSRMs, pode ser classificado como MNSRM [5].

Embora não seja necessário a apresentação de receita médica para a dispensa dos mesmos, os MNSRM não devem ser menosprezados. São eficazes e toxicologicamente inofensivos dentro das doses diárias recomendadas, possuem uma larga margem terapêutica e detêm longos prazos de validade, mas nunca se deve descartar, a possibilidade de poder ocorrer um eventual efeito secundário ou de existir alguma reação adversa.

Desta forma, o Técnico de Farmácia detém um papel essencial e crucial na dispensa de MNSRM, tendo como missão, aconselhar o utente, informá-lo acerca da posologia, da duração do tratamento, e de eventuais reações adversas. Deve de igual forma, educar o utente acerca do medicamento e da sua correta utilização.

Quando me foi dada autonomia para proceder ao atendimento ao público, deparei-me com inúmeras situações como esta, a automedicação. Foram inúmeras as solicitações, por parte dos utentes, a requererem MNSRM, tais como, Aspirina[®] C (ácido acetilsalicílico + ácido ascórbico), Melhoral[®] (ácido acetilsalicílico + cafeína), Fluimucil[®] (acetilcisteína), Fluidrenol[®] e Mucosolvan[®] (ambroxol), Strepfen[®] (flurbiprofeno), Drill[®] (tetracaína + cloro-hexidina), Mebocaína[®] (álcool diclorobenzílico + benzidamina), Neo-Sinefrina[®] (fenilefrina), Nasex[®] e Nasorhinathiol[®] (oximetazolina). Visto o meu estágio ter decorrido durante a época do frio, e ter abrangido logo duas estações, Outono e Inverno, os mais procurados pelos utentes foram analgésicos e antipiréticos, antitússicos e expetorantes e descongestionantes nasais. Durante a minha permanência no atendimento ao público, deparei-me que os pedidos e escolhas dos utentes, são efetuados maioritariamente com base nas campanhas publicitárias. Uma pequena maioria, expunha o seu problema e pedia aconselhamento.

Os MNSRM podem ser dispensados em casos de automedicação, por indicação do profissional de farmácia, e até, por prescrição médica. Não são comparticipáveis, salvo raras exceções.

Não há medicamentos inócuos, por isso, o seu uso deve ser ponderado e comedido, evitando a automedicação e o uso indiscriminado dos MNSRM.

4.2 - MEDICAMENTOS SUJEITOS A RECEITA MÉDICA

Segundo o DL n.º 176/2006, de 30 de agosto, estão sujeitos a receita médica os medicamentos que preenchem uma das seguintes condições [5]:

- Possam constituir um risco para a saúde do doente, direta ou indiretamente, mesmo quando usados para o fim a que se destinam, caso sejam utilizados sem vigilância médica;
- Possam constituir um risco, direto ou indireto, para a saúde, quando sejam utilizados com frequência em quantidades consideráveis para fins diferentes daquele a que se destinam;

- Contendam substâncias, ou preparações à base dessas substâncias, cuja atividade ou reações adversas seja indispensável aprofundar;
- Destinem-se a ser administrados por via parentérica.

Posto isto, esta classe de medicamentos, só pode ser dispensada mediante a apresentação de uma receita médica, após avaliação e diagnóstico realizado de forma prévia pelo médico.

4.3 - MODELOS DE RECEITAS MÉDICAS

A legislação que suporta a prescrição, foi alterada, tendo em vista dois objetivos: promover a prescrição por DCI e proceder à desmaterialização de todo o circuito. A prescrição de medicamentos é efetuada por DCI, de modo a centralizar a prescrição na escolha farmacológica, o que resulta numa utilização racional do medicamento [12].

Já a desmaterialização de todo o circuito, que abrange a prescrição, a dispensa em farmácia comunitária e a conferência de receituário, está a ser implementada de uma forma gradual e progressiva, até que sejam suprimidas as receitas em suporte de papel. Também tem como finalidade, evitar erros na dispensa, fornecer ao prescriptor, instrumentos de suporte à decisão clínica, e agilizar os processos de prescrição e de conferência de receituário [13].

A Farmácia Comunitária teve, portanto, de adaptar-se a esta nova realidade da prescrição eletrónica com desmaterialização da receita, vulgarmente designada por receita sem papel (RSP).

Até que todo o processo de desmaterialização se conclua, coexistem diferentes tipos de receitas, sendo que durante o estágio teve contacto com todos tipos de receitas.

4.3.1 - Receita eletrónica desmaterializada ou receita sem papel

Este modelo eletrónico permite a prescrição, em simultâneo, de diferentes categorias de medicamentos, ou seja, a mesma receita poderá incluir medicamentos comparticipados com tratamentos não comparticipados. O sistema traz vantagens para o utente, já que todos os produtos de saúde prescritos são incluídos num único receituário, o que antes não acontecia.

No ato da dispensa nas farmácias, o utente poderá optar por dispensar todos os produtos prescritos, ou apenas parte deles, sendo possível levantar os restantes em diferentes estabelecimentos e em datas distintas.

Com a RSP, o utente poderá indicar ao seu médico um email e número de telemóvel para receber informações sobre a prescrição. No ato da consulta terá a possibilidade de receber o guia de tratamento para o utente em suporte papel, ou optar por recebê-lo através de email, e ainda aceder e consultá-lo na Área do Cidadão, desde que esteja registado. Por mensagem de telemóvel, o utente receberá os códigos de acesso, dispensa e de direito de opção, assim como o número da prescrição [13].

A receita eletrónica pode, ainda, apresentar-se de duas formas [13]:

- **Receita eletrónica desmaterializada ou Receita sem papel** - a prescrição fica acessível e interpretável por equipamentos eletrónicos, por norma, através do telemóvel. Portanto, no momento da prescrição, os softwares validam e registam a receita no sistema central de prescrições, também designado de Base de Dados Nacional de Prescrições (BDNP).
- **Receita eletrónica materializada** - a prescrição é idêntica à receita eletrónica desmaterializada, à exceção de ser impressa.

A receita só é válida se incluir os seguintes elementos:

- **Número da receita** - número único constituído por dezanove algarismos, atribuído pela BDNP. Para além deste código, são emitidos mais dois, o código de acesso e dispensa e o código de opção.
- **Local de prescrição** - a codificação dos locais de prescrição é atribuída pelas Administrações Regionais de Saúde e pelos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS). Este campo é preenchido automaticamente pelo software de prescrição.
- **Identificação do médico prescriptor** - nome clínico; especialidade; contacto telefónico; endereço de correio eletrónico; número da cédula profissional. Estes campos são preenchidos automaticamente pelo software de prescrição.
- **Identificação do utente** - nome completo; número de utente do Serviço Nacional de Saúde (SNS); número de beneficiário da entidade financeira responsável (caso este se aplique);
- **Entidade financeira responsável** - entidade responsável pelo pagamento ou pela comparticipação de medicamentos que constam na receita.
- **Identificação do medicamento** -
 - Prescrição por DCI - é realizada através do Código Nacional para a Prescrição Eletrónica de Medicamentos - código representativo que

engloba as seguintes características do medicamento - DCI; dosagem; forma farmacêutica; apresentação.

- Prescrição por marca - pode, a título excepcional, ser efetuada por nome comercial ou nome do titular da AIM.
- **Justificação técnica** - o prescriptor tem de indicar o motivo da prescrição por nome comercial ou por nome do titular de AIM:
 - Alínea a - margem ou índice terapêutico estreito;
 - Alínea b - reação adversa prévia;
 - Alínea c - continuidade de tratamento superior a 28 dias.
- **Posologia e duração do tratamento** - dose; intervalo de administração; duração do tratamento.
- **Regime especial de comparticipação** - patologias e diplomas que concedam comparticipações especiais aos medicamentos e outros produtos de saúde. É ainda obrigatório, a menção do despacho que consagra o respetivo regime, junto ao nome do medicamento.
- **Número de embalagens** - cada linha de prescrição só pode incluir um medicamento ou um produto distinto, até a um máximo de:
 - Duas embalagens, no caso de medicamentos destinados a tratamentos de curta ou média duração;
 - Seis embalagens, se se tratar de um medicamento destinado a tratamento prolongado.
 - No caso dos medicamentos se apresentarem sob a forma de embalagem unitária, podem ser prescritas até quatro embalagens do mesmo medicamento por linha de prescrição.
- **Data de prescrição** – é preenchida automaticamente pelo software no formato (aaaa-mm-dd).
- **Validade da prescrição** - a validade da linha de receita é determinada com base na data de prescrição.
 - Linha de receita normal - válida pelo prazo de trinta dias seguidos, contados a partir da data de emissão.
 - Linha de receita que contém medicamentos de tratamento prolongado - cada linha apresenta uma validade de seis meses, contada a partir da data de emissão.

- **Assinatura do prescriptor** - o prescriptor assina a receita mediante uma assinatura digital qualificada, por meios reconhecidos pela SPMS.

A prescrição eletrónica de medicamentos (PEM) contempla ainda a inclusão de orientações terapêuticas, baseadas na farmacologia clínica e no custo-efetividade, com vista a aumentar a qualidade da prescrição.

4.3.2 - Receita médica eletrónica não renovável

Constituída por um único documento, é utilizada para prescrições ocasionais ou para tratamentos de curta duração. A sua validade é de 30 dias consecutivos [12].

4.3.3 - Receita médica eletrónica renovável

Esta prescrição apresenta-se em triplicado, com uma validade até 6 meses, contada a partir da data da sua emissão. Para tal, contém até 3 vias, devendo ser impressa a indicação da respetiva via, com a indicação «1.^a via», «2.^a via» e ou «3.^a via». Nestas receitas apenas podem ser prescritos medicamentos que se destinem a tratamentos prolongados ou crónicos.

A receita só é válida se incluir os seguintes elementos: número da receita; local de prescrição; identificação do médico prescriptor; nome e número de utente ou de beneficiário de subsistema; entidade financeira responsável; DCI da substância ativa; dosagem, forma farmacêutica, dimensão da embalagem, número de embalagens; identificação do despacho que estabelece o regime especial de comparticipação de medicamentos, se aplicável; data de prescrição; assinatura do prescriptor.

Em cada receita, podem ser prescritos até 4 medicamentos distintos, num total de 4 embalagens por receita. No máximo, podem ser prescritas 2 embalagens por medicamento. No caso dos medicamentos prescritos se apresentarem sob a forma de embalagem unitária, podem ser prescritas até 4 embalagens do mesmo medicamento.

Relativamente a medicamentos manipulados, medicamentos psicotrópicos e estupefacientes, produtos do protocolo da diabetes e produtos de ostomia, a sua prescrição deve ser realizada em receita individual, não podendo constar outro tipo de medicamento/produto [12].

4.3.4 - Receita manual

A prescrição manual é permitida meramente em situações excecionais em casos de: falência informática; inadaptação fundamentada do prescriptor, previamente confirmada e

validada anualmente pela respetiva Ordem Profissional; prescrição no domicílio (não é aplicável em prescrições efetuadas em lares de idosos); até 40 receitas/mês [12].

Para que a receita manual seja válida, e para que o profissional de farmácia possa aceitar e dispensar os medicamentos nela contidos, necessita de verificar a existência dos seguintes elementos:

- **Identificação do médico prescriptor** - através da vinheta identificativa; especialidade médica (se aplicável); contacto telefónico; endereço de correio eletrónico;
- **Identificação do local de prescrição** - deve constar a respetiva vinheta do local de prescrição, se aplicável. Nas unidades do SNS, se a prescrição se destinar a um doente pensionista abrangido pelo regime especial, deverá ser aposta a vinheta de cor verde de identificação da unidade de saúde. Nos consultórios e/ou médicos particulares, o local deverá estar igualmente identificado, através de carimbo ou inscrição manual (por exemplo, “Consultório - Particular”, “Domicílio”);
- **Identificação da exceção** - justifica a utilização da receita manual, assinalando com uma cruz a alínea correspondente: a) Falência informática; b) Inadaptação do prescriptor; c) Prescrição no domicílio; d) Até 40 receitas/mês;
- **Dados do utente** - nome; número de utente; número de telefone; entidade financeira responsável; número de beneficiário (sempre que aplicável); regime especial de comparticipação de medicamentos, representado pelas siglas «R» e/ou «O» (se aplicável);
- **Identificação do medicamento** - DCI ou nome da substância ativa; dosagem; forma farmacêutica; embalagem; Justificação técnica (se aplicável); Identificação do despacho - estabelece o regime especial de comparticipação de medicamentos (se aplicável);
- **Data da prescrição** - a verificação desta é necessária para determinar a validade da receita; Assinatura do prescriptor.

A receita manual tem diversas especificidades: apresenta um prazo de validade de prescrição de trinta dias seguidos, contado a partir da data da sua emissão; podem ser prescritos até quatro medicamentos distintos, num total de quatro embalagens por receita; podem ser prescritas até duas embalagens por medicamento, num total de quatro por receita; podem ser prescritas até quatro embalagens do mesmo medicamento, no caso dos

medicamentos prescritos se apresentarem sob a forma de embalagem unitária; o número de embalagens prescritas deve constar em cardinal e por extenso; sempre que a dosagem e a dimensão da embalagem não estiver especificada, ceder a dosagem mínima e a menor embalagem comercializada e se não houver referência ao número de embalagens, é apenas dispensada uma embalagem; não podem conter rasuras, caligrafias diferentes e não podem ser prescritas com canetas diferentes ou a lápis, pois são motivos para que estas não sejam objeto de comparticipação; não é permitida mais do que uma via da receita manual, ou seja, a receita renovável não pode ser emitida por via manual [12].

5. SISTEMAS DE COMPARTICIPAÇÕES E ENTIDADES COMPARTICIPADORAS

O Sistema de Saúde Português possui uma enorme variedade de entidades participadoras de medicamentos, embora a maioria das receitas sejam faturadas ao SNS.

Dentro de cada regime de participação, existem escalões diferentes, com percentagens de participação diferentes. Isto é, os beneficiários do SNS, pertencem a um dos dois regimes implementados: geral ou especial.

O regime geral é direcionado a todos os utentes do SNS e aos trabalhadores migrantes, enquanto que o regime especial, é dirigido a todos os pensionistas que detenham um rendimento anual não superior a 14 vezes o ordenado mínimo nacional, doentes crónicos especiais, como Alzheimer e lúpus, ou doentes profissionais.

As participações do SNS são efetuadas com base em quatro escalões – A, B, C e D. No regime geral, a participação do SNS no preço dos medicamentos é fixada de acordo com os seguintes escalões:

- a) O escalão A é de 90 % do preço de venda ao público dos medicamentos;
- b) O escalão B é de 69 % do preço de venda ao público dos medicamentos;
- c) O escalão C é de 37 % do preço de venda ao público dos medicamentos;
- d) O escalão D é de 15 % do preço de venda ao público dos medicamentos.

Enquanto que, no regime especial, a participação do SNS é então acrescida de 5% no escalão A e 15% nos escalões B, C e D [13].

É de salientar ainda, que existem grupos de doentes e especialidades farmacêuticas sujeitos a legislação específica, na qual estão contempladas despachos ou portarias, que devem ser especificados na receita. Estas portarias são aplicadas em medicamentos utilizados em determinadas doenças como alzheimer, hemofilia, lúpus, entre outros.

Existem casos, em que o utente, usufrui da participação por parte de dois organismos, denominado de sistema de complementaridade. Nestas situações, uma parte da participação é feita pelo organismo de participação principal (SNS) e a restante por uma segunda entidade da qual o utente é beneficiário. São exemplos a Assistência na Doença aos Servidores do Estado (ADSE), Serviço de Assistência na Doença da Guarda Nacional Republicana (SAD-GNR), o Serviço de Assistência Médico-Social (SAMS) do Sindicato dos Bancários, entre outros.

Na FM, quando se trata de uma situação de complementaridade, ou seja, quando existem dois organismos participantes, tira-se fotocópia da receita médica, e no verso da mesma, transcreve-se o número do cartão de beneficiário ou uma cópia do cartão do

subsistema. Ao introduzir o organismo no sistema informático, este vai imprimir no verso da receita original do documento de faturação referente ao SNS e, na cópia, o referente ao subsistema. Ambos são carimbados, datados e assinados pelo profissional de saúde responsável e pelo utente. Cada uma das receitas segue para a respetiva entidade participante.

5.1 - PROCESSAMENTO DE RECEITUÁRIO E FATURAÇÃO

Após o final de cada dispensa de um MSRM, é introduzido um código, através do sistema informático, referente ao organismo participante do qual o utente é beneficiário. Este procede à comparticipação de forma automática e atribui a cada receita, por organismo e de forma sequencial, um número de receita, um número de lote e uma letra de série, informação esta, que é impressa no verso da receita médica, acompanhada do código e da designação do organismo de comparticipação.

Na FM as receitas dispensadas são diariamente recolhidas e agrupadas de acordo com o organismo participante, de forma a facilitar a sua conferência. A conferência do receituário é atribuída mensalmente a duas farmacêuticas, que ficam responsáveis pelo processamento e faturação, desse mesmo mês.

Depois de conferidos e corrigidos eventuais erros, o receituário é separado por organismos de comparticipação, agrupado e ordenado dentro de um lote de 30 receitas, há exceção do último, que pode estar incompleto.

Assim que se completa um lote é emitido um verbete de identificação de lote, que será anexado às receitas pertencentes a esse lote. O verbete contém o nome e o código da farmácia atribuído pelo INFARMED; o mês e o ano a que se refere; a entidade participante; o código, o tipo e o número sequencial do lote; a quantidade de embalagens, de receitas e o valor total do PVP; os encargos dos doentes e das entidades participantes.

No final do mês, após o fecho dos lotes, procede-se à impressão da relação resumo de lotes, onde se indicam os valores totais resultantes do somatório de todas as receitas do lote, e a fatura mensal de medicamentos, onde constam a identificação da farmácia, número da fatura, mês e ano, organismo de comparticipação, número total de lotes e de receitas, valores totais de PVP, encargos totais do utente, encargos totais da entidade, para cada entidade participante.

O receituário cuja entidade participante é o SNS são levantados pelos CTT, até ao dia 10 de cada mês pelo serviço disponibilizado pela Associação Nacional de Farmácias (ANF), sendo entregues no Centro de Conferência de Faturas, acompanhados pelo verbete de identificação do lote (devidamente carimbado) e pela relação/resumo de lotes (emitida em duplicado, sendo que uma cópia fica arquivada na farmácia). A fatura mensal de medicamentos é emitida em quadruplicado, sendo enviadas duas cópias à entidade participante (uma fica arquivada e outra é devolvida à farmácia, juntamente com receitas devolvidas), outra enviada para a ANF e outra arquivada na farmácia.

Os lotes faturados a outros organismos participantes, que não o SNS, são enviados diretamente para a ANF, separados por entidade participante e posteriormente enviados aos respetivos organismos.

Quando alguma não conformidade é detetada, a receita é devolvida à farmácia, com vista à correção do erro, e assim, a receita em causa poderá ser incluída no receituário do mês seguinte, permitindo deste modo assegurar a receção do montante relativo à participação.

6. SERVIÇOS DE SAÚDE E AVALIAÇÃO DE PARÂMETROS FISIOLÓGICOS E BIOQUÍMICOS

As farmácias são o veículo crucial para a melhoria contínua da qualidade de vida do utente e da sociedade em geral. O profissional de farmácia intervém com o objetivo de avaliar, monitorizar, aconselhar e acompanhar o utente de modo a promover a saúde e o seu bem-estar.

A FM oferece serviços, tais como:

- Consultas de Medicina Tradicional Chinesa;
- Consultas de Nutrição;
- Consultas de Podologia;
- Determinação de parâmetros fisiológicos: medição do peso e IMC e medição da pressão arterial;
- Determinação de parâmetros bioquímicos: medição da glicemia capilar, colesterol total, triglicéridos e ácido úrico;
- Projeto ValorMed.

A relevância destes serviços encontra-se relacionada não só com a identificação de indivíduos não diagnosticados, mas também com o apoio e o suporte dado como aos utentes em fase de tratamento.

O ácido úrico, colesterol total e triglicéridos são determinados de forma quantitativa, através do Reflotron® Plus, um aparelho de diagnóstico “in vitro”.

6.1 - DETERMINAÇÃO DE PARÂMETROS FISIOLÓGICOS

6.1.1 - Pressão arterial

A hipertensão arterial (HTA) é o aumento persistente da pressão arterial acima dos valores convencionados e considerados normais, devendo a sua medição obedecer e cumprir as recomendações pré-estabelecidas.

O diagnóstico da HTA define-se, em avaliação de consultório, como a elevação persistente, em várias medições e em diferentes ocasiões, da pressão arterial sistólica (PAS) igual ou superior a 140 mmHg e/ou da pressão arterial diastólica (PAD) igual ou superior a 90 mmHg [14].

Cabe ao profissional de farmácia esclarecer as dúvidas do utente, alertar e aconselhar a praticar hábitos e estilos de vida saudáveis.

6.2 - DETERMINAÇÃO DE PARAMETROS BIOQUÍMICOS

6.2.1 - Glicemia

O controlo dos níveis de glicemia é fundamental para a identificação precoce de patologia, permitindo a prevenção e o atraso de complicações na doença. A determinação da glicemia por punção capilar ajuda o utente a controlar o seu metabolismo e a prevenir as complicações inerentes a uma hiperglicemia crónica. Os doentes com diabetes *mellitus* têm uma deficiência na secreção e/ou ação da insulina, podendo vir a ter problemas cardiovasculares, cegueira e amputação de membros.

Para a medição da glicémia, o utente deve estar preferencialmente em jejum, sendo os valores de glicémia considerados normais se estiverem situados <110 mg/dL em jejum e <140 mg/dL pós-prandial. Os valores de glicémia superiores a 126 mg/dL, em jejum e valores superiores a 200 mg/dL, pós-prandial, podem apontar para diabetes *mellitus* [15].

6.2.2 - Colesterol e triglicérideos

O colesterol é uma alteração metabólica e um dos principais responsáveis pela elevada incidência de ataques cardíacos e de acidentes vasculares cerebrais. É essencial a sua avaliação periódica, como forma de prevenir e avaliar riscos futuros. A hipercolesterolemia e o aumento dos triglicérideos é muito frequente devido a erros na conduta alimentar e na falta de exercício físico regular [16]. É recomendado para o colesterol total um valor inferior a 190 mg/dl de sangue e para os triglicérideos um valor inferior a 150 mg/dl [17].

Para controlar e prevenir estas alterações metabólicas é importante aconselhar um estilo de vida saudável, reduzir o consumo de gorduras saturadas, o álcool, cessar o consumo de tabaco e praticar exercício físico.

6.2.3 - Ácido úrico

O ácido úrico está entre as substâncias naturalmente produzidas pelo organismo como resultado da quebra das moléculas de purina – proteína contida em muitos alimentos – por ação de uma enzima chamada xantina oxidase. Depois de utilizadas, as purinas são degradadas e transformadas em ácido úrico. Parte dele permanece no sangue e o restante é eliminado pelos rins. Quando há uma alteração dos níveis séricos de ácido úrico, podem

ocorrer complicações como: gota, artrite úrica, cálculos renais e insuficiência renal aguda ou crónica.

Tal como nos restantes parâmetros, após a determinação o valor é registado e interpretado. No caso de o valor ser elevado é responsabilidade do farmacêutico promover a adesão à terapêutica, caso seja aplicável, e as medidas não farmacológicas que incluem uma dieta equilibrada não muito rica em purinas, beber muita água, praticar exercício regularmente, evitar o consumo excessivo de carne e preferir os alimentos cozidos [18].

6.2.4 - Hormona β -HCG

A hormona gonadotrofina coriónica humana (β -HCG) é uma glicoproteína hormonal produzida pelas células trofoblásticas sinciciais nos líquidos maternos. No início da gravidez, as concentrações de β -HCG no soro e na urina da mulher aumentam rapidamente, sendo um bom marcador para testes de gravidez.

Na FM os testes disponíveis são do tipo qualitativo, ou seja, apenas apresentam um resultado positivo ou negativo, baseado em reação imunológica. Apesar de poder ser realizado a qualquer hora do dia, a primeira urina da manhã produz um resultado mais fidedigno, devido a uma maior concentração da hormona. O teste deve ser realizado no gabinete de atendimento personalizado para que o utente tenha mais privacidade e se consiga obter o máximo de informação e assim contextualizar o teste e o consequente resultado. O resultado deve ser transmitido de forma confidencial, por isso na FM, este é escrito num cartão com assinatura do farmacêutico e carimbo da farmácia e posteriormente entregue ao utente.

CONCLUSÃO

Terminado este período de estágio de estágio de vertente comunitária, posso constatar que esta experiência foi essencial para a minha formação enquanto futura TF, pois proporciona a possibilidade de estarmos em contexto real.

O contacto com o público foi uma das componentes do estágio que mais me marcou, e que inicialmente me suscitou algumas dificuldades, pois cada utente significava uma nova situação, um novo desafio, na qual tinha de intervir.

A experiência foi enriquecedora e estimulante, não só porque permitiu aplicar os conhecimentos teóricos adquiridos durante o percurso académico, de forma a consolidá-los, mas também porque os desafios e as dúvidas do dia-a-dia suscitaram a necessidade de enriquecê-los e desenvolvê-los. O estágio é, sem dúvida, uma formação fundamental para a preparação na vida profissional.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- [1] *Boas Práticas Farmacêuticas para a Farmácia Comunitária* (2009), 3ª edição, Ordem dos Farmacêuticos.
- [2] Decreto-Lei n.º 307/2007, de 31 de agosto, Diário da República, 1ª série, n.º 168/2007. *Regime jurídico das farmácias de oficina.*
- [3] Portaria n.º 594/2004, de 2 de junho. Diário da República, série I-B, n.º 129. *Boas práticas na preparação de medicamentos manipulados em farmácia de oficina e hospitalar.*
- [4] Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de janeiro, Diário da República, série I-A, n.º 18. *Regime jurídico do tráfico e consumo de estupefacientes e psicotrópicos.*
- [5] Decreto-Lei n.º 176/2006 de 30 de agosto. Diário da República, 1ª série, n.º 167. *Estatuto do Medicamento.*
- [6] Disponível em: http://www.infarmed.pt/web/infarmed/perguntas-frequentes-area-transversal/medicamentos_uso_humano/muh_medicamentos_genericos, consultado dia 18 de março de 2017
- [7] Decreto-Lei n.º 95/2004, de 22 de abril. Diário da República, série I-A, n.º 95. *Regula a prescrição e a preparação de medicamentos manipulados.*
- [8] Decreto-Lei n.º 314/2009, de 28 de outubro. Diário da República, 1ª série, n.º 209. *Altera o código comunitário relativo aos medicamentos veterinários.*
- [9] Decreto-Lei n.º 189/2008 de 24 de setembro. Diário da República, 1ª série, n.º 185. *Estabelece o regime jurídico dos produtos cosméticos e de higiene corporal.*
- [10] Decreto-Lei n.º 74/2010 de 21 de junho. Diário da República, 1ª série, n.º 118. *Estabelece o regime geral dos géneros alimentícios destinados a alimentação especial.*
- [11] Decreto-Lei n.º 145/2009, de 17 de junho. Diário da República, 1ª série, n.º 115. *Estabelece as regras a que devem obedecer a investigação, o fabrico, a comercialização, a entrada em serviço, a vigilância e a publicidade dos dispositivos médicos e respectivos acessórios.*
- [12] *Normas relativas à prescrição de medicamentos e produtos de saúde. Versão 4.0, de 29 de outubro de 2015.* INFARMED, ACSS, Ministério da Saúde.
- [13] *Normas relativas à dispensa de medicamentos e produtos de saúde. Versão 4.0, de 29 de outubro de 2015.* INFARMED, ACSS, Ministério da Saúde.
- [14] Norma da Direção-Geral de Saúde n.º 020/2011 de 28 de setembro de 2011, atualizada a 19 de março de 2013. *Hipertensão arterial: definição e classificação.*

- [15] Norma da Direção-Geral de Saúde n.º 002/2011 de 14 de janeiro de 2011. *Diagnóstico e classificação da diabetes mellitus.*
- [16] Silva, P. M.; 25 Perguntas em Dislipidémias, Permanyer Portugal, 2006
- [17] Norma da Direção-Geral de Saúde n.º 019/2011 de 28 de setembro de 2011, atualizada a 30 de julho de 2015. *Abordagem terapêutica das dislipidémias no adulto.*
- [18] MADEIRA, A., et al.; Check-saúde: Guia prático, Risco cardiovascular; ANF; 2008

CAPÍTULO II - CASA DE SAÚDE BENTO MENNI

INTRODUÇÃO

Este estágio curricular surge no prosseguimento da unidade curricular Estágio Profissional, de 4.º ano, do curso de Farmácia - 1.º ciclo. O local escolhido foi a Casa de Saúde Bento Menni (CSBM), uma Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS) cuja atividade principal é a prestação de cuidados na área da psiquiatria.

Este estágio teve início no dia 9 de março e terminou dia 16 de junho de 2017, tendo uma duração de 420 horas. Foi realizado sob a orientação do Professor Márcio Rodrigues e supervisão da Técnica de Farmácia (TF) Cláudia Paiva.

Este estágio curricular, permite pôr em prática na íntegra os conhecimentos adquiridos ao longo do curso e ter uma visão ampla e concreta das funções e responsabilidades dos TF na área da Farmácia Hospitalar.

A experiência real que o estágio proporciona, é essencial para complementar a formação académica enquanto TF, sendo fundamental para o nosso crescimento enquanto profissionais de saúde.

Neste relatório, pretendo abordar as atividades desenvolvidas durante este período, enquadrando a minha formação académica na realidade profissional.

1. ORGANIZAÇÃO DO ESPAÇO FÍSICO E FUNCIONAL

1.1 - CASA DE SAÚDE BENTO MENNI

A CSBM é um estabelecimento de saúde, localizado na cidade da Guarda, que iniciou a sua atividade em abril de 1994. É gerido pelo Instituto das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus (IIHSCJ), uma IPSS, cuja atividade principal é a prestação de cuidados de saúde, preferencialmente no âmbito da saúde mental e psiquiatria.

O IIHSCJ, criado pela Congregação de Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus, rege-se pelos princípios e valores que qualificam e diferenciam a sua missão no mundo da saúde, traduzindo-se num modelo próprio que integra as vertentes: assistencial, a gestão e administração, a relação com os colaboradores e a comunicação com a sociedade [1].

A instituição foi fundada em Ciempozuelos - Madrid, a 31 de maio de 1881, por São Bento Menni, Maria Josefa Recio e Maria Angustias Giménez, encontrando-se a congregação das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus (IHSCJ), obra à qual pertence o IIHSCJ, presente em mais de 200 centros de 27 países da Europa, América, África e Ásia. Com mais de 9.000 colaboradores e 1.000 Irmãs, a instituição concretiza a sua missão através de estruturas que oferecem uma vasta gama de serviços, tanto hospitalares como extra-hospitalares.

Em Portugal, o primeiro Centro Hospitaleiro foi inaugurado em 1894, com a fundação da Casa de Saúde de Idanha. A instituição criada e dirigida pela Província Portuguesa da Congregação de IHSCJ desenvolve a sua ação preferencialmente no âmbito da saúde mental e psiquiatria, indo de encontro aos objetivos fundacionais da Congregação, que surgiu como resposta a situações de abandono e exclusão social às quais estavam expostas, naquela época, mulheres portadoras de doenças mentais.

O IIHSCJ dirige 12 estabelecimentos de saúde, dos quais 8 se situam no Continente, 2 na região autónoma dos Açores e 2 na região autónoma da Madeira, com cerca de 3.000 camas de internamento, sendo eles: em Braga, a Casa de Saúde do Bom Jesus (1932); em Condeixa-a-Nova, a Casa de Saúde Rainha Santa Isabel (1959); na Guarda, a Casa de Saúde Bento Menni (1994); em Idanha-Sintra, a Casa de Saúde da Idanha (1894); em Belas-Sintra, a Casa de Saúde Santa Rosa de Lima (1921); na Parede-Cascais, o Centro Psicogeriátrico Nossa Senhora de Fátima (1948); em Lisboa, a Clínica Psiquiátrica de S. José (1956); em Assumar-Portalegre, o Centro de Recuperação de Menores D. Manuel Salgueiro Trindade (1968); em Ponta Delgada, a Casa de Saúde Nossa Senhora da Conceição (1973); em Angra

do Heroísmo, a Casa de Saúde Espírito Santo (1966); e no Funchal, a Casa de Saúde Câmara Pestana (1925) e o Centro de Reabilitação Psicopedagógica da Sagrada Família (1950) [2].

Como referido anteriormente, a CSBM está vocacionada para a prestação de cuidados em saúde mental, integrando as áreas de psiquiatria, psicogeriatría e deficiência mental, com uma afincada preocupação pela prevenção, tratamento e reabilitação das pessoas que recorrem aos seus serviços.

Atualmente dispõe de uma lotação de 168 camas, essencialmente adstritas a doentes de média e longa duração, distribuídas por sete unidades de internamento e duas estruturas de reabilitação, para utentes de ambos os sexos, a partir dos 18 anos de idade (Figura 1).



Figura 1 - Distribuição das unidades e salas pelos vários pisos da Casa de Saúde Bento Menni.

Cada unidade de internamento usufrui de uma copa partilhada, isto é, os utentes com reduzida, ou nalguns casos nula, capacidade de locomoção, fazem as suas refeições no piso onde estão internadas enquanto que as utentes com boa aptidão de deslocação, efetuam as refeições nos refeitórios 1 e 2. Os refeitórios têm em atenção a autonomia dos utentes, ou seja, se necessitam de auxílio para levarem a cabo as suas refeições, consoante esta condição, os utentes são distribuídos pelos dois refeitórios.

A CSBM, tem como missão, a prestação de cuidados diferenciados e humanizados, em saúde mental e psiquiatria, de acordo com as melhores práticas clínicas, com qualidade e eficiência, respeito pela individualidade e sensibilidade do utente, numa visão humanista e integral da pessoa. Na sua missão “encarna e exprime o carisma da hospitalidade no acolhimento, assistência e cuidado especializado e preferencial pelos doentes mentais, deficientes físicos e psíquicos e outras pessoas doentes tendo em conta as

necessidades e urgências de cada tempo e lugar, com preferência pelos mais pobres e esquecidos” [3].

A visão desta casa passa por ser um estabelecimento de saúde com intervenção especializada em saúde mental e psiquiatria, inserido na comunidade, em contínua evolução no sentido de uma adequação sistemática e progressiva às necessidades da população em cada momento, enquadrando na assistência prestada, os aspetos clínicos e sociais que englobam a dimensão física, psíquica e espiritual da pessoa [1].

Conscientes de que a hospitalidade e a ética são indissociáveis, consideram a ética como uma dimensão de toda a atuação, evidenciando em todos os campos e decisões: na assistência clínica, reabilitadora educativa e social; na organização e gestão; no trabalho e na economia; nas tomadas de posição e nas propostas operativas; no respeito pelas leis em vigor; nos comportamentos comunitários e individuais, bem como em qualquer atividade quotidiana; na reflexão das questões e na resposta aos problemas [2].

1.1.1 - Unidades de internamento

A CSBM disponibiliza 7 unidades de internamento, nas áreas de intervenção: psiquiatria (unidade de médio e longo internamento); psicogeriatrics (unidade de médio e longo internamento); deficiência mental (unidade de longo internamento); ambulatório; área de dia (com diversos programas em desenvolvimento); e reabilitação psicossocial e profissional (através de residências comunitárias de apoio moderado, tais como a Residência Intra-Hospitalar “Árvore” e a Residência Extra-Hospitalar “Papagaio”) [1].

1.1.2 - Serviços técnico-assistenciais

A CSBM dispõe de inúmeros serviços, tais como: serviços médicos (psiquiatria, medicina interna e medicina dentária); serviço de enfermagem; serviço social (gabinete do utente e gabinete de apoio psicossocial); serviço de psicologia; serviço de psicopedagogia; serviço de fisioterapia; serviço de educação física adaptada; serviço de reabilitação sócio ocupacional; e serviço de pastoral da saúde [1].

1.1.3 - Ambulatório

A CSBM disponibiliza consultas externas na área da Psiquiatria, Psicologia Clínica e Psicopedagogia Clínica [1].

1.1.4 - Serviços/estruturas sócio-terapêuticas

A CSBM contribui de igual forma para uma assistência integral e de qualidade através de: serviço de voluntariado; serviço de animação; *ateliers* de atividades produtivas e criativas; sala de estimulação sensorial – *Snozelen*; ginásio; biblioteca; centro de exposições; auditório Bento Menni; campo lúdico; bar; bazar; salão de cabeleireiro; e serviços administrativos [1].

1.1.5 - Serviço de reabilitação

A CSBM promove dinâmicas e técnicas reabilitadoras, atividades pedagógicas, culturais e ludoterapias, com o objetivo de trabalhar e desenvolver as áreas sãs da pessoa com doença mental, impedindo, dentro do possível, processos patológicos de degradação. Desta forma, potenciam a aprendizagem de competências e habilidades, dando a oportunidade de viverem em cidadania com autonomia e melhor qualidade de vida, numa perspetiva de integração social [1].

1.1.6 - Projetos de intervenção

A CSBM dispõe de diversos projetos adaptados às diferentes realidades dos utentes [1]:

- **Projeto “Arco-íris”**: inserido na reabilitação psicossocial, tem como finalidade proporcionar a um grupo de pessoas com diagnóstico de doença mental crónica, mas clinicamente estáveis, um conjunto de aptidões pessoais, sociais, cognitivas, motoras e ocupacionais/profissionais. Deste projeto fazem parte duas residências: a Residência Intra-Hospitalar “Árvore”, destinada a pessoas diagnosticadas com deficiência mental, capazes de alcançar um funcionamento psicossocial, aumentar a autonomia individual, garantir a satisfação pessoal e promover a humanização e a qualidade de vida do meio Intra-Hospitalar; e a Residência Extra-Hospitalar “Papagaio”, destinada a utentes capazes de habitar numa casa própria na comunidade, com o fim de as desinstitucionalizar com qualidade técnica e humana, proporcionando uma maior autonomia e satisfação com a vida e contribuindo para a diminuição do estigma relativo à doença mental;
- **Projeto “Clube de Leitura”**: destinado a utentes que saibam ler, escrever e que manifestam interesse por atividades de leitura e/ou escrita, este projeto foi

desenvolvido com o objetivo de estimular capacidades cognitivas e proporcionar prazer e bem-estar associando uma melhoria ao nível da autoestima;

- **Programa “Despertares” – *Snoezelen*:** destina-se a pessoas com deficiência mental grave e profunda e a pessoas com demência. O conceito da sala de *Snoezelen* pretende estimular os sentidos primários, recorrendo às capacidades sensoriais dos utentes e proporcionar relaxamento. Durante cada sessão privilegia-se a criação de um ambiente agradável e a proximidade entre técnico e utente, explorando as diversas formas alternativas da comunicação;
- **Projeto “Entre-nós”:** com o objetivo de melhorar e otimizar áreas e competências que se mostrem menos desenvolvidas nas pessoas com diagnóstico de deficiência mental, foi desenvolvido este projeto que consiste na formação de um grupo de autorrepresentação composto por utentes de todas as áreas assistenciais da instituição. Através do incentivo à participação e envolvimento numa dinâmica de grupo são apresentadas sugestões de melhoria dos serviços e avaliada a perceção que as restantes utentes têm do grupo de autorrepresentação. Assim, pretende-se que as utentes consigam autonomizar-se da equipa de apoio e mantenham as reuniões de grupo e a participação dinâmica e regular no Centro;
- **Projeto “Escola-Viva”:** programa de intervenção na área pedagógica e de reabilitação, com os seguintes objetivos: desenvolver um espaço de aprendizagem de novos conhecimentos por parte das utentes; possibilitar às utentes a experiência de novas vivências num ambiente de verdadeira entrega e entreajuda; promover a descoberta de limites existentes quer na Casa quer na sociedade, assim como estabelecer laços de comunicação e de amizade; aprofundar conhecimentos nas áreas da socialização, língua portuguesa, matemática e meio ambiente, facilitando assim uma boa relação não só com a escola do primeiro ciclo do Bairro da Luz (onde se localiza a CSBM) mas também com a comunidade. As aulas, semanais, são ministradas voluntariamente por duas professoras do 1º ciclo do ensino básico, já aposentadas, a cerca de trinta e duas utentes;
- **Projeto “Grão-a-Grão”:** aplicado a pessoas com diagnóstico de deficiência mental ligeira ou moderada tem a finalidade de manter ou alterar comportamentos, tendo em conta as características individuais previamente avaliadas de cada utente. Através de reuniões semanais, são atribuídos pontos de

acordo com o desempenho e o comportamento das pessoas nas atividades programadas, promovendo a autorreflexão, o relacionamento interpessoal e responsabilidade;

- **Projeto “Ó da Guarda”:** inserido na reabilitação psicossocial, no qual se abrem as portas à comunidade e se proporciona um convívio físico e emocional aos utentes, assumindo o direito à diferença e à integração destas pessoas, este projeto integra um grupo folclórico, constituído aproximadamente por quarenta elementos, entre eles utentes, colaboradores, voluntários e Irmãs;
- **Projeto “O Serrano”:** diz respeito a um projeto psicopedagógico que requer a elaboração de um jornal quadrimestral, com a intenção de divulgar as atividades desenvolvidas na Instituição. A CSBM incita a participação de utentes, colaboradores, estagiários, voluntários e Irmãs, para estimular o gosto pela leitura e o acesso a informação atualizada;
- **Projeto “ReaCog”:** insere-se no âmbito da intervenção psicológica e de estimulação cognitiva nas pessoas com história de doença mental de evolução prolongada, com o objetivo de estimular as áreas cognitivas deficitárias e potenciar as que estão conservadas. As sessões são estruturadas segundo as diferentes áreas da cognição, fomentando a autonomia e o desempenho das utentes;
- **Projeto “Re(a)cordar”:** é um programa de estimulação cognitiva, destinado a pessoas com idades iguais ou superiores a 65 anos e/ou com níveis médios de degeneração cognitiva. Este projeto tem como objetivos: manter ou melhorar o desempenho cognitivo das pessoas idosas envolvidas nas sessões semanais de treino e estimulação; incitar a satisfação e perceção das utentes com a sua vida; e manter ou melhorar a sua autonomia;
- **Programa “Reabilitação Sócio Ocupacional”:** as atividades sócio ocupacionais têm como objetivos desenvolver e manter as capacidades, assim como proporcionar bem-estar às pessoas assistidas. Propomos a cada utente várias atividades que vão de encontro às suas necessidades, potencialidades e interesses. As atividades sócio ocupacionais estão definidas nos planos individuais de intervenção, elaborados com utente e família/significativo, assim como também estão contempladas outras áreas de intervenção.

O Programa de “Reabilitação Sócio Ocupacional” é constituído por diversos grupos de intervenção e ocupacionais, tendo como objetivo, desenvolver e manter as capacidades, assim como proporcionar bem-estar às pessoas assistidas. As atividades sócio ocupacionais estão definidas nos planos individuais de intervenção, elaborados com utente e família/significativo, assim como também estão contempladas outras áreas de intervenção [1]:

- **Espaço “Afetos”:** sala bem-estar: intervenção ocupacional e terapêutica, com o objetivo de promover a estimulação sensorial e o relaxamento, em pessoas com diagnóstico de deficiência mental profunda e grave.
- **Projeto “Recriar”:** *atelier* destinado a utentes com deficiência mental moderada, onde são realizadas atividades diversificadas com o objetivo de promover a funcionalidade, a autoestima e qualidade de vida.
- **Projeto “Dar + Vida”:** *atelier* dirigido a dois grupos de utentes de evolução prolongada da área da psiquiatria e psicogeriatría. Neste projeto são realizadas várias atividades produtivas adaptadas aos interesses individuais e do grupo, consoante as potencialidades e gostos expressos. É um espaço de atividades produtivas, nomeadamente de rendas e bordados e também atividades criativas, cujo objetivo consiste em promover a autoestima, o desenvolvimento das capacidades individuais e de grupo e potenciar a criatividade das utentes. Dando lugar a uma gratificação diferenciada.
- **Projeto “Cantinho das Avós”:** *atelier* destinado a utentes na área da psicogeriatría, com grau de dependência moderado a grave. As atividades dinamizadas têm como objetivo manter e estimular as capacidades cognitivas, funcionais e relacionais.
- **Espaço “Reviver”:** dirigido a utentes da área da psicogeriatría, com grau de dependência grave, onde são dinamizadas atividades de estimulação relacional, sensorial e motora.
- **Atelier Multiusos:** espaço onde se desenvolvem atividades diversificadas dirigidas a utentes da área da psiquiatria. As atividades dinamizadas têm como objetivo a promoção de competências na área artística; na área das novas tecnologias; escrita; interação pessoal e social, contribuindo para a autonomia.

1.2 - ARMAZÉM DE MEDICAMENTOS E DISPOSITIVOS MÉDICOS

O planeamento e a instalação do armazém de medicamentos e dispositivos médicos (AMDM) teve de ter em consideração um conjunto de premissas, sendo uma instituição assistencial na área da psiquiatria, psicogeriatría e incapacidade intelectual, nomeadamente, a lotação do centro, o movimento assistencial previsto para o mesmo e as funções acrescidas solicitadas [2].

O AMDM encontra-se localizado no piso 2 da CSBM, junto à unidade de internamento 3 e 4 e está próximo dos sistemas de circulação vertical, tanto do elevador como do monta-cargas, que permite uma fácil ligação entre o AMDM e os serviços clínicos de enfermagem. O horário de funcionamento do AMDM é de segunda a sexta-feira, das 11 às 18 horas.

É da responsabilidade do AMDM, a gestão (seleção, aquisição, armazenamento e distribuição) do medicamento bem como dos produtos de saúde. A gestão engloba a gestão de *stocks* de medicamentos e produtos de saúde, que passa por atividades sequenciais que garantam a manutenção do equilíbrio entre o *stock* necessário e a dispensa dos mesmos aos utentes. O AMDM garante igualmente a distribuição da terapêutica medicamentosa em unidose a 168 utentes.

O AMDM é composto por uma área de trabalho, uma zona de preparação, uma área de armazenamento e instalações sanitárias. A área de trabalho possui uma bancada, adjacente à porta, equipada com um computador e dois telefones. Já a zona de preparação, é composta por uma bancada, um computador ao centro desta e caixas unidose, existindo uma separação clara entre a medicação do instituto e do utente (Anexo I). As caixas estão identificadas segundo a substância ativa e a dosagem. Nas caixas de preparação, subsiste apenas um lote de cada espécie, de forma a eliminar o risco de fusão de diferentes lotes e de maneira a permitir um controlo mais rigoroso das existências, aquando da reposição. Atrás desta zona, encontra-se um armário com quatro portas, onde são armazenadas as benzodiazepinas, os psicotrópicos e estupefacientes, os injetáveis e as gotas oftálmicas e nasais. Tanto a porta onde são guardadas as benzodiazepinas como a dos psicotrópicos e estupefacientes encontram-se trancadas e têm acesso restrito. A zona de armazenamento encontra-se preenchida por estantes, onde ficam armazenados, separadamente, os medicamentos do instituto e do utente, os dispositivos médicos e as soluções injetáveis de grande volume. Noutra divisão do AMDM estão guardados os produtos inflamáveis.

1.2.1 - Recursos humanos

Os recursos humanos são a base essencial e fundamental para um correto e otimizado funcionamento dos Serviços Farmacêuticos Hospitalares. Pelo que a adequação de profissionais, quer em número, quer em qualidade, assume especial relevo no contexto da reorganização destes serviços [4].

Presentemente, o quadro técnico do AMDM é formado por uma farmacêutica (Dra. Carolina Costa), uma TF (Dra. Cláudia Paiva), uma Técnica Auxiliar de Farmácia e uma Responsável pelo Serviço de Aprovisionamento.

Na CSBM, o AMDM trabalha em articulação permanente com o Serviço de Aprovisionamento, responsável pelos consumíveis hospitalares e dispositivos médicos.

1.2.2 - Sistema informático

A informatização do domínio hospitalar, permitiu a simplificação de tarefas indispensáveis, e algumas particularmente morosas. Para além da redução do tempo de realização de tarefas, diminui também o erro associado à execução manual.

Como qualquer outra empresa, a farmácia necessita de igual forma e de modo imprescindível, de um suporte informático, que auxilie e facilite os profissionais de farmácia numa correta e otimizada gestão de medicamentos, produtos de saúde e dispositivos médicos. No AMDM da CSBM, o sistema informático utilizado é o PHC[®] Enterprise.

2. GESTÃO DA QUALIDADE

A qualidade em saúde define-se pelo conjunto de propriedades e qualidades de um serviço de saúde, que confere a aptidão para satisfazer adequadamente as necessidades implícitas e explícitas dos doentes. Para que a qualidade dos serviços de saúde seja garantida são padronizados procedimentos, para todas as áreas de atuação, que são a base de um Sistema de Gestão da Qualidade (SGQ).

Os procedimentos são escritos, documentados e regularmente revistos e atualizados, para todas as atividades desenvolvidas pelo AMDM.

O SGQ é garantido através de auditorias internas e externas, regendo-se pelas seguintes referências normativas do referencial “EQUASS” - *European Quality in Social Services*, nível *Assurance*.

O referencial “EQUASS” é um sistema de reconhecimento, garantia e certificação da qualidade, dirigido às organizações que atuam no âmbito dos serviços sociais, tais como reabilitação, formação profissional, assistência e cuidados às pessoas em situação de fragilidade social e outros do domínio dos serviços pessoais de interesse geral. Trata-se de um sistema que foi aprovado e monitorizado por um Comité Europeu da Qualidade, concebido e gerido pela EPR – *European Platform for Rehabilitation*, inspirado nos sistemas de qualidade total, nos modelos de excelência, instituindo uma abordagem integrada, através da qual, as organizações se comprometem com os referenciais da excelência do desempenho, num processo de certificação externo que tem como eixos fundamentais a autoavaliação e a aprendizagem organizacional. O sistema pretende constituir-se como uma estratégia de apoio ao desenvolvimento dos serviços sociais, reforçando o comprometimento das organizações com a qualidade e a melhoria contínua e garantindo às partes interessadas, a nível europeu e ao nível dos países, a qualidade dos serviços prestados [2].

3. GESTÃO DE MEDICAMENTOS, PRODUTOS DE SAÚDE E DISPOSITIVOS MÉDICOS

Segundo o Manual de Boas Práticas em Farmácia Hospitalar, a gestão de medicamentos, trata-se do conjunto de procedimentos realizados pelos Serviços Farmacêuticos Hospitalares, que garantem o bom uso e dispensa dos medicamentos em perfeitas condições aos doentes do hospital [4]. De modo simplificado e sucinto, a gestão de medicamentos, é efetuada com base a evitar acumulação de *stock*, garantindo igualmente, que não ocorra rutura do mesmo. A existência excessiva de *stock*, resulta numa paralisação de capital e numa ocupação de espaço físico inadequada. Por outro lado, uma rutura de *stock*, pode levar a uma interrupção da terapêutica, em prejuízo do doente.

No AMDM, a gestão de *stocks*, é realizada informaticamente, com o auxílio do software PHC[®], sempre que se verifique movimento de um medicamento, quer seja entrada ou saída de *stock*, através da atualização automática dos mesmos. O controlo físico a nível das existências, é efetuado através da sua inventariação e contagem, duas vezes ao ano. No sistema de inventário, averigua-se se a informação contida no sistema informático é fidedigna e se está de acordo com a realidade física. Para tal, é estabelecido um programa de contagens cíclicas e extraordinárias, ao longo do ano, privilegiando as existências consideradas mais importantes, por exemplo, as benzodiazepinas. Sempre que se verifique uma falha a nível de um determinado produto, procede-se à contagem física, de forma a garantir a integridade dos *stocks*. A gestão de medicamentos compreende várias fases (Figura 2).

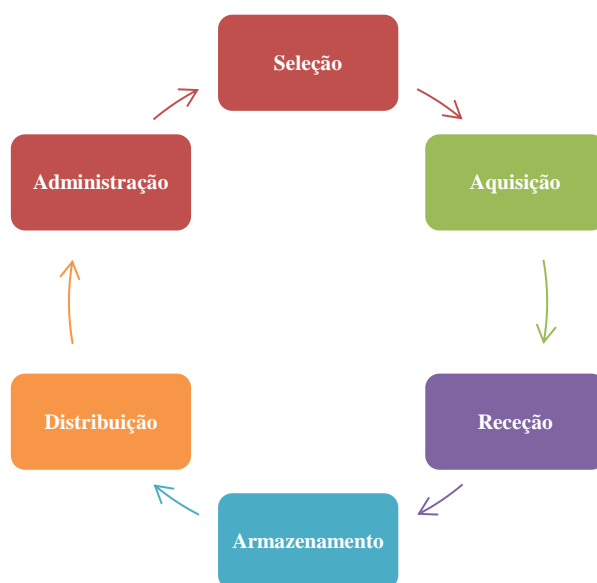


Figura 2 - Circuito do medicamento em Farmácia Hospitalar

3.1 - SELEÇÃO

A seleção dos medicamentos para a CSBM tem como base o formulário interno (FI) do IIHSCJ sendo efetivada pela TF, em articulação com a Farmacêutica da Sede.

Embora a seleção de medicamentos tenha por base o FI, deve ter-se em consideração, as necessidades terapêuticas individuais dos utentes, sendo frequente, surgirem situações excepcionais para a aquisição de medicamentos "extra-formulário", para quais é necessária uma autorização por parte da Sede. Esta aprovação, pode ser efetuada, apenas para uma situação específica e pontual, ou inclusive, ser definitiva, a fim de se proceder à sua adição no FI. A seleção de medicamentos a incluir na adenda do FI, é feita pela Sede, fundamentada na melhoria da qualidade de vida dos utentes e em critérios fármaco-económicos.

A seleção do fornecedor é da responsabilidade da Farmacêutica, tendo como missão, obter melhores vantagens de compra, através da garantia de um ótimo preço de venda à farmácia (PVF), bonificações, descontos financeiros, condições de pagamento e de entrega.

A seleção das quantidades de medicamentos a encomendar, é levada a cabo pela TF, sendo calculada em função do consumo mensal anterior e de um livro denominado de "faltantes", onde são anotadas por todos os elementos do AMDM, as faltas ou o *stock* mínimo de um determinado medicamento. De seguida, e com base neste cálculo, é elaborada uma proposta de nota de encomenda, e enviada por via eletrónica, para a Farmacêutica da Sede. Posteriormente, a nota de encomenda é analisada e aprovada pela mesma, tendo esta, a possibilidade de reajustar as quantidades, e até mesmo, de questioná-las. Por fim, a Farmacêutica elabora as notas de encomenda definitivas, reencaminhando-as para os respetivos laboratórios.

Já a seleção, e posterior aquisição, de produtos de saúde e dispositivos médicos, é da inteira responsabilidade da TF, em articulação com o Serviço de Enfermagem.

3.2 - AQUISIÇÃO

Como referido anteriormente, a aquisição de medicamentos, é da inteira responsabilidade da Farmacêutica, enquanto que, a de produtos de saúde e de dispositivos médicos é da competência da TF adquiri-los.

Por norma, a aquisição de medicamentos, de produtos de saúde e de dispositivos médicos, é feita diretamente aos laboratórios. Neste modelo de compra, usufrui-se de melhores condições e vantagens financeiras, o que implica obter um melhor preço de venda à farmácia, bonificações, boas condições de pagamento e descontos financeiros, boas

condições de entrega da encomenda e facilidade de contato na realização de encomendas. Isto deve-se aos mesmos, serem adquiridos em grandes quantidades ou sujeitos a condições promocionais que incentivam a compra.

As encomendas são realizadas entre o dia 1 e 8 de cada mês, consoante o histórico de consumos.

A aquisição é concretizada mediante a elaboração de uma nota de encomenda, na qual constam os seguintes dados: número da nota de encomenda, data, fornecedor, identificação do produto e respetivas quantidades.

O AMDM, usufrui também, de uma parceria com duas farmácias da cidade, Farmácia da Sé e Farmácia Teixeira, designando-as também, de “Fornecedores de Emergência”. Proceder-se à requisição de encomendas a estas duas farmácias, sempre que: se trate de uma rutura de *stock*; se trate de uma quantidade ínfima de medicamentos ou produtos de saúde, que não justifica a aquisição ao respetivo laboratório; ou se trate de medicação do utente referente à área da medicina geral, neste caso, o custo da medicação é assegurado pelo mesmo. Estas encomendas são efetivadas por via telefónica. Neste caso particular, as notas de encomendas são realizadas após a receção dos produtos, pois as quantidades pedidas, podem não coincidir com as quantidades recebidas.

3.2.1 - Aquisição de medicamentos extra-formulário

Sempre que ocorre uma prescrição de medicamentos “extra-formulário”, a TF entra em contacto com o médico, de modo a certificar-se que não existe alternativa terapêutica no FI da CSBM. Caso isso se confirme, comunica-se à Sede a necessidade de adquirir o medicamento em questão. Após decisão favorável por parte da mesma, é desencadeado um processo para consequente aquisição do medicamento, podendo até, posteriormente, ser incluído no FI.

Testemunhei a aquisição de um medicamento “extra-formulário”, o Xeplion® (Paliperidona), indicado para o tratamento de manutenção da esquizofrenia em doentes adultos estabilizados. Ainda aguardava autorização de inclusão no FI.

3.2.2 - Aquisição de medicamentos psicotrópicos, estupefacientes e benzodiazepinas

O Decreto Regulamentar nº 61/94, de 12 de outubro, enquadra os procedimentos necessários para a aquisição de medicamentos psicotrópicos e estupefacientes.

Na aquisição destas substâncias, a nota de encomenda é acompanhada por um impresso (Anexo VII), devidamente preenchido, carimbado e assinado pela Farmacêutica. Este anexo, é enviado por fax ao fornecedor juntamente com a nota de encomenda, sendo posteriormente enviado o original e duplicado por correio. O fornecedor devolve o original, devidamente preenchido [5].

Este género de aquisição, é realizada pela Farmacêutica da Sede, rececionada pela mesma, e posteriormente reenviada para o AMDM da CSBM, por intermédio de uma transportadora. Os respetivos anexos, são feitos chegar através de correio postal. Posteriormente são arquivados em dossiê próprio. O processo é idêntico para a aquisição de benzodiazepinas.

3.3 - RECEÇÃO

Todas as aquisições de medicamentos e produtos de saúde levadas a cabo por parte do AMDM, dão entrada na CSBM, acompanhadas da respetiva guia de remessa ou fatura, através da zona de receção de encomendas.

A conferência, tanto a nível qualitativo como quantitativo dos medicamentos e produtos de saúde, é executada por todos os elementos do AMDM, há exceção das benzodiazepinas e dos psicotrópicos e estupefacientes, cuja conferência e respetiva receção, são da responsabilidade da TF. Já a receção das restantes encomendas são da competência da Técnica de Aprovisionamento introduzi-las no sistema informático.

O primeiro passo, após a receção de encomendas, passa pela verificação através do PHC[®], da nota de encomenda, e se a mesma corresponde à rececionada. Caso tal se verifique, deve proceder-se à averiguação da encomenda, e se esta se apresenta na totalidade ou em modo parcial. Se, na guia de remessa ou na fatura, constarem menos produtos, do que os inicialmente requisitados através da nota de encomenda, deixasse esta em suspenso, a aguardar a chegada dos restantes produtos. Assim que estes sejam rececionados, a nota de encomenda é reaberta, de forma a se poder proceder à entrada dos produtos remanescentes, e em seguida é fechada.

Só se dá entrada de medicamentos ou de produtos de saúde através da guia de remessa, unicamente, se esta tiver valorizada. Caso isto não se verifique e se careça de uma certa urgência em dar entrada dos produtos, telefona-se para o laboratório em questão e solicita-se que enviem a fatura via email.

Posteriormente, verifica-se o lote e o prazo de validade (PV) dos produtos e confere-se com o que consta na fatura. Caso não se identifiquem inconformidades, procede-se ao registo do produto no software certificando que o PVF e o preço de venda ao público (PVP) coincidem com os da nota de encomenda. Depois de se dar entrada dos produtos no sistema, envia-se o original da guia de remessa/fatura para o serviço de contabilidade e arquiva-se o duplicado no AMDM num dossiê devidamente identificado. No caso do documento não ter duplicado, faz-se uma fotocópia. A guia de remessa/fatura é sempre assinada por quem concretiza a receção.

A receção dos medicamentos e produtos de saúde do utente, são adquiridos através de receita médica, em nome do utente, são providos pelos “Fornecedores de Emergência”. Estes são lançados na conta corrente do utente através do talão da farmácia correspondente.

3.3.1 - Devolução

Após a receção de produtos, caso se verifique alguma inconformidade de um item (quantidade enviada inferior à encomendada, mas debitada; quantidade enviada superior à encomendada; produto em falta; produto enviado diferente do encomendado), a TF comunica o facto à Farmacêutica da Sede, e esta, irá decidir se o produto irá ser devolvido.

No caso de se proceder à devolução do produto ao fornecedor, são impressas 3 vias, das quais, duas (original e duplicado) acompanham o produto a devolver, e a restante (triplicado), segue para a contabilidade, não sem antes se tirar uma fotocópia, ficando esta arquivada no AMDM.

3.3.2 - Recolha de produtos

Perante uma situação de necessidade de recolha de produtos relacionada com potenciais defeitos a nível de fabrico, ou qualquer outro invocado pelas autoridades competentes ou pelos laboratórios titulares dos respetivos registos, ou então, se verifique que um determinado produto foi sujeito a inconformidades no que respeita ao armazenamento ou manuseamento, procede-se, com a maior brevidade e eficiência, à recolha dos produtos em causa.

Através do mapa de lotes, identifica-se o produto em questão e o respetivo lote, e as unidades de internamento onde o mesmo possa estar armazenado, de maneira a solicitar a devolução imediata do(s) mesmo(s) ao AMDM. Este procedimento é realizado pela TF em cooperação com o serviço de enfermagem.

Após conhecimento da necessidade de recolha de produto(s), a TF: interrompe a distribuição do(s) lote(s) afetado(s); analisa através do sistema informático, o(s) lote(s) que serão recolhidos e procede à comunicação desse facto, junto das unidades de internamento, que possuam esse(s) produto(s) em armazém, de forma a que os mesmos devolvam o lote em causa; assegura a segregação do(s) produto(s) recolhidos; efetua o registo da(s) recolha(s). Ao nível do PHC®, dá-se baixa do produto através da “Guia de Inutilização” ou procede-se à “Devolução ao Fornecedor” caso seja exequível; elabora um relatório final, em que conste a reconciliação entre a quantidade distribuída do produto e a quantidade recolhida; e mantém contacto com as entidades oficiais, se necessário.

3.4 - ARMAZENAMENTO

O armazenamento de medicamentos, produtos de saúde e dispositivos médicos deve ser feito de modo a garantir as condições necessárias de espaço, luz, temperatura, humidade e segurança [4].

É fundamental o AMDM ter condições ambientais adequadas, assegurando particularmente, uma temperatura inferior a 25°C e humidade inferior a 60%, de forma a garantir estabilidade aos medicamentos e produtos de saúde e evitando que haja alterações físicas e químicas nos mesmos. Com o objetivo de controlar a humidade e temperatura do AMDM, são feitos registos diariamente destes parâmetros, através de um termohigrómetro.

Os medicamentos são armazenados tendo em atenção as suas características e necessidades próprias. Assim sendo, é essencial acatar as seguintes prioridades em termos de receção e armazenamento (Figura 3).



Figura 3 - Prioridades de receção e armazenamento.

No AMDM, subsistem dois armazéns, o “1301” e o “1309”. O armazém “1301” corresponde à medicação fornecida e financiada pela CSBM aos utentes. Engloba toda a medicação psiquiátrica (relaxantes musculares, antiparkinsonianos, antiepiléticos e anticonvulsivantes, antieméticos e antivertiginosos, psicofármacos, entre outros). Enquanto que a medicação de clínica geral do domínio do Instituto, destina-se aos utentes beneficiários

de um organismo participante, com o qual, o Instituto detenha acordo, como por exemplo, ADSE – Assistência na Doença aos Servidores do Estado, SAD-GNR – Serviço de Assistência na Doença da Guarda Nacional Republicana, SAD-PSP – Serviço de Assistência na Doença da Polícia de Segurança Pública, entre outros. Nestas situações, o Instituto fornece e financia toda a medicação dos utentes, e posteriormente o organismo participante, procede ao reembolso em questão. Enquanto que o armazém “1309”, corresponde à medicação dos utentes, onde está alocada toda a medicação pertencente ao mesmo, ou seja, é pertença, propriedade dos utentes, onde o AMDM funciona apenas como fiel depositário. Estes armazéns, encontram-se dispostos em espaços físicos diferentes, de modo a haver uma separação clara entre a medicação do Instituto e dos utentes.

Tanto no armazém do Instituto, “1301”, como no armazém do utente, “1309”, os medicamentos, são acondicionados em armários e estantes, por ordem alfabética de denominação comum internacional (DCI) de substância ativa, por dosagem (ordem crescente), por forma farmacêutica, e por lotes, segundo o princípio “*first expired, first out*” (FEFO). A separação por lotes, tem em consideração a filosofia de movimentação de lotes FEFO, ou seja, o lote com PV mais curto, é o primeiro a sair para consumo.

Os medicamentos encontram-se então divididos nos seguintes grupos: comprimidos e cápsulas; xaropes e soluções orais; cremes e pomadas; enemas e supositórios; injetáveis; e soluções oftálmicas e nasais.

No que concerne aos dispositivos médicos, estes são armazenados em estantes próprias (Anexo II). São exemplo: adesivos, agulhas intramusculares e intravenosas, compressas, luvas cirúrgicas, sacos coletores de urina, seringas, entre outros.

As soluções injetáveis de grande volume, sendo exemplo, a solução de cloreto de sódio a 0,9% (100 ml, 500 ml e 1000 ml) e a solução de glucose a 5% são guardadas, de igual forma, em estantes próprias (Anexo III).

3.4.1 - Armazenamento especial

Certos medicamentos carecem de um armazenamento específico ou necessitam de estar separados por questões relacionadas com a acessibilidade e segurança.

- **Medicamentos estupefacientes e psicotrópicos**

Estes tipos de medicamentos, como a buprenorfina (Transtec[®]) e o fentanilo (Durogesic[®]) estão armazenados num armário fechado com acesso restrito.

- **Medicamentos termolábeis**

Medicamentos que requerem baixas temperaturas de conservação, entre os quais, insulinas e vitaminas. Devido a tais características encontram-se armazenados num frigorífico, a temperaturas entre os 2 e 8 °C.

- **Gases medicinais**

Os locais de armazenagem devem ser ventilados, protegidos da humidade e da luz direta. Devem existir condições anti-choque, anti-queda, sendo ainda obrigatória a ausência de materiais oxidantes, inflamáveis, fontes de calor ou de ignição.

Encontram-se armazenados no serviço de aprovisionamento.

- **Soluções inflamáveis**

No AMDM, os produtos inflamáveis, como o álcool etílico a 70% e a solução de álcool isopropílico com etanol (Promanum[®]), são armazenados numa divisão anexa ao armazém, num local individualizado.

3.5 - PRAZOS DE VALIDADE

Os PV têm de ser devidamente verificados e controlados. Os PV são verificados mensalmente, mediante uma listagem fornecida pelo *software*, e de seis em seis meses, é feita uma conferência manual dos PV, tendo como referência a listagem impressa. A análise abrange seis meses para além da data da impressão do mapa em questão.

A análise dos PV, permite efetuar a rotação das existências entre unidades de internamento, onde o produto esteja a ser gasto, ou se for caso disso, entre outras casas de saúde do Instituto, de forma a garantir a rotação das existências e evitar o desperdício.

As unidades de internamento com *stock* de produto(s) cujo PV se verifique curto, ou tenha até expirado, procedem à devolução do(s) mesmo(s) ao AMDM.

O(s) produto(s) com PV já expirado, são separados numa prateleira destinada para o efeito e claramente afastada de outros produtos, enquanto aguardam a sua destruição ou devolução ao fornecedor.

4. SISTEMA DE DISTRIBUIÇÃO DE MEDICAMENTOS, PRODUTOS DE SAÚDE E DISPOSITIVOS MÉDICOS

A distribuição de medicamentos é a atividade dos serviços farmacêuticos com mais visibilidade e onde mais vezes se estabelece o contacto destes serviços com os serviços clínicos do hospital [4].

O sistema de distribuição de medicamentos tem como finalidade cumprir os seguintes objetivos [4]:

- Garantir o cumprimento da prescrição;
- Racionalizar a distribuição dos medicamentos;
- Garantir a administração correta do medicamento;
- Diminuir os erros relacionados com a medicação (administração de medicamentos não prescritos, troca da via de administração, erros de doses, etc.);
- Monitorizar a terapêutica;
- Reduzir o tempo de enfermagem dedicado às tarefas administrativas e manipulação dos medicamentos;
- Racionalizar os custos com a terapêutica.

De seguida, apresenta-se um esquema de forma a clarificar os sistemas de distribuição de medicamentos, produtos de saúde e dispositivos médicos em Farmácia Hospitalar (Figura 4).

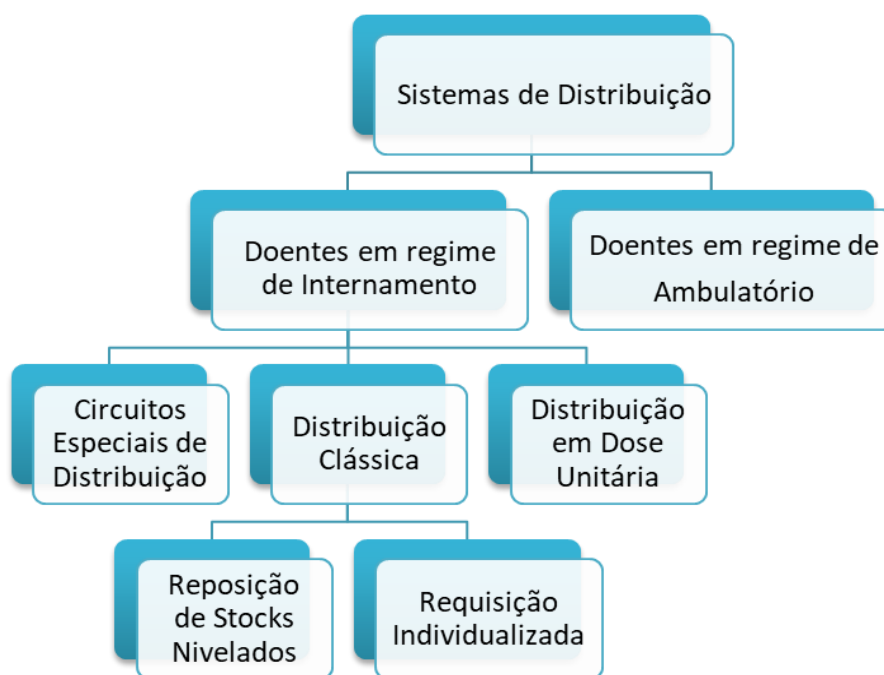


Figura 4 - Sistemas de distribuição em Farmácia Hospitalar.

Na CSBM, a distribuição de medicamentos, produtos de saúde e dispositivos médicos é exclusiva para doentes em regime de internamento e é de dois tipos: distribuição tradicional ou clássica e distribuição individual diária em dose unitária (DIDDU).

4.1 - DISTRIBUIÇÃO CLÁSSICA OU TRADICIONAL

A distribuição tradicional, é o método de dispensa mais simples e tem como principal objetivo preparar e distribuir medicamentos e de dispositivos médicos por serviços/unidades, de acordo com os consumos médios dos mesmos, isto é, são requisitados consoante as necessidades.

Este sistema de distribuição tem vindo a cair em desuso e a ser substituído por sistemas mais eficientes, devido às desvantagens que foi demonstrando.

A distribuição clássica, apesar de se apresentar como um sistema de carácter simplista e de pequeno investimento, apresenta inconvenientes como a impossibilidade de seguimento das prescrições médicas e uma dificuldade acrescida na gestão dos medicamentos, devido à deterioração por má conservação, aumento do risco de caducidade, que resulta em gastos acrescidos.

Este tipo de distribuição aplica-se aos serviços clínicos de enfermagem, à reposição de *stocks* das enfermarias. Estas possuem um pequeno armazém, onde são acondicionados os dispositivos médicos e os medicamentos, de exemplo, analgésicos, anti-inflamatórios, antieméticos e laxantes, previamente requisitados ao AMDM.

4.1.1 - Distribuição por reposição de *stocks*

Neste sistema de distribuição de medicamentos, a reposição de *stocks* nivelados de medicamentos, é previamente definida pelo chefe do serviço de enfermagem em consonância com o AMDM e os respetivos médicos do serviço de psiquiatria.

A reposição de *stocks* de medicamentos é calculada em função das prescrições médicas, enquanto que o material de consumo clínico (dispositivos médicos) tem por base os consumos das respetivas enfermarias.

O pedido de reposição de *stocks*, tanto de medicamentos como de dispositivos médicos, é efetuado pelo enfermeiro chefe, mediante o envio de uma “Requisição Interna”, (Anexo IV) em suporte de papel ou através da plataforma informática. Após receção da requisição ao AMDM, a TF procede ao seu aviamento, através da segregação dos medicamentos e produtos de saúde em caixas ou cestos pertencentes ao respetivo piso.

Posteriormente a isto, a TF realiza uma “Transferência Interna” (Anexo V), de forma a que os produtos saiam do *stock* do AMDM e passem para o *stock* da enfermaria correspondente. Seguidamente, a transferência é impressa, acompanhando assim a requisição, os medicamentos e produtos conferidos pela TF e entregues pela mesma nos diversos pisos. Por fim e após a receção dos produtos, o enfermeiro responsável pelo piso, procede à assinatura da transferência interna, de modo a confirmar a receção dos mesmos, de modo a minimizar e evitar possíveis erros.

A distribuição por reposição de *stocks* é feita de forma semanal, às quartas-feiras.

4.2 - DISTRIBUIÇÃO INDIVIDUAL DIÁRIA EM DOSE UNITÁRIA

O sistema de distribuição DIDDU caracteriza-se por dispensar medicamentos em dose unitária, de acordo com o regime posológico descrito, para um período de 24h de tratamento. Todas as funções inerentes a este sistema, tais como: interpretação da prescrição médica, elaboração do perfil farmacoterapêutico e distribuição, são coordenadas pelo AMDM.

A distribuição de medicamentos em sistema de dose unitária surge como um imperativo de [4]:

- aumentar a segurança no circuito do medicamento;
- conhecer melhor o perfil farmacoterapêutico dos doentes;
- diminuir os riscos de interações;
- racionalizar melhor a terapêutica;
- os enfermeiros dedicarem mais tempo aos cuidados dos doentes e menos nos aspetos de gestão relacionados com os medicamentos;
- atribuir mais corretamente os custos;
- redução dos desperdícios.

Como já referido anteriormente, este sistema é aplicável para um período de 24 h, embora o AMDM da CSBM adote um sistema um pouco diferente (Figura 5).

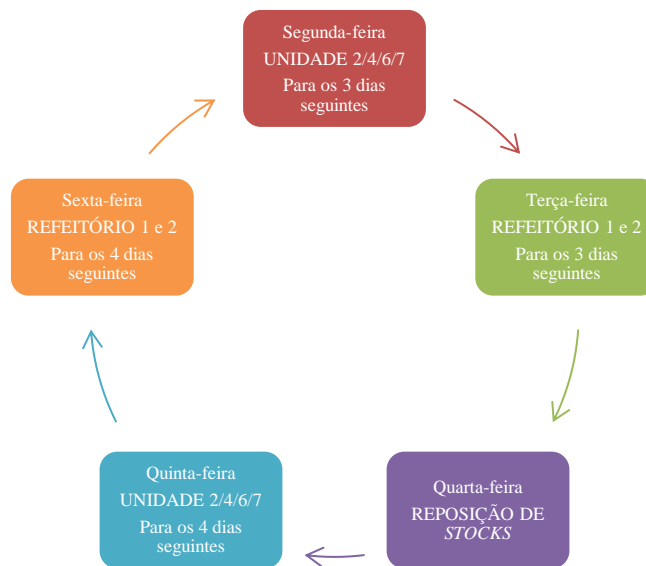


Figura 5 - Sistema de distribuição realizado pela Casa de Saúde Bento Menni.

O AMDM considera que o sistema DIDDU meramente para 24 h não é de todo exequível, dado o parco número de recursos humanos. Então, optou-se por adotar este sistema de distribuição, de maneira a garantir os objetivos de eficácia e segurança.

A DIDDU tem por base os esquemas terapêuticos (Anexo VII) de cada utente, compilados num *dossier*, intitulado de “*kardex manual*”. Sempre que se verifique uma alteração terapêutica (Anexo VIII), esta é sempre anotada/corrigida no *kardex*. A nível do sistema informático, esta informação está contida a nível do *template* “Consumo Imputável”. Este *template* engloba toda a medicação do utente, quer sejam as tomas diárias, programadas (agendadas) e em caso de SOS. As tomas agendadas abrangem, por exemplo, a toma de ácido ibandrónico e a administração de injetáveis: Anatensol[®] 25 mg/ml (flufenazina), Cisordinol[®] 200 mg/ml (zuclopentixol) e Haldol[®] 50 e 100 mg/ml (haloperidol), uma vez por mês.

4.2.1 - Receção, interpretação e validação da prescrição médica

O sistema DIDDU inicia-se com uma prescrição médica em suporte de papel. Na validação da prescrição, a TF assume um papel fundamental na análise do perfil farmacoterapêutico, na ocorrência de duplicação de terapêuticas, posologias inadequadas, na identificação de interações medicamentosas, entre outros.

Na CSBM, a prescrição médica é feita em suporte de papel e chega ao AMDM através dos enfermeiros de serviço, para conseqüente validação.

Assim que a TF receciona as prescrições, procede à interpretação e validação das mesmas, verificando a identificação do utente (nome e número), a substância ativa, a dosagem, a posologia, via de administração, duração do tratamento e identificação e assinatura de médico prescritor. É essencial averiguar se se trata de introdução de nova medicação, de uma alteração terapêutica ou da suspensão de medicação (exemplo: suspensão de ácido acetilsalicílico 100 mg por 5 dias)

Toda esta informação é introduzida ou corrigida no sistema informático, no *template* do utente, que funciona como uma base de dados do utente, isto é, um registo individualizado e detalhado da medicação que cada doente toma enquanto estiver internado, com o objetivo de monitorizar a terapêutica medicamentosa do utente. O registo farmacoterapêutico deverá mencionar o diagnóstico, doenças crónicas existentes e alergias.

Caso surja alguma dúvida relacionada com a prescrição, ou seja, detetado um eventual erro, a TF contacta o respetivo médico para que, em conjunto, a situação possa ser solucionada.

Após a introdução da informação no *template* do utente, a TF procede à emissão das listagens de forma a avançar para a preparação dos carros de medicação que seguem para os diferentes pisos.

Paralelamente, todas as prescrições/alterações/suspensões são anotadas no denominado "*kardex manual*". Posteriormente as prescrições são arquivadas, individualmente, junto das restantes.

4.2.2 - Preparação de medicamentos para distribuição individual diária em dose unitária

No AMDM, o processo de preparação da DIDDU é totalmente manual e está à responsabilidade da TF. Deste modo, a TF após emitir a listagem de medicação, procede à preparação dos carros (Anexo VI).

Todos os medicamentos enviados no carro de DIDDU devem apresentar no verso do blister a DCI, dosagem, PV e lote. Caso isto não se verifique o medicamento é colocado num saco individual com todos os dados referidos.

Após a preparação dos vários carros de DIDDU, a TF procede à entrega dos mesmos, nas respetivas unidades. Os carros de medicação estão identificados consoante a zona de

refeição a que se destinam, isto porque a administração da medicação ocorre após as refeições.

Este sistema de distribuição, é de igual forma adotado, sempre que os utentes, se ausentam da instituição por um período pré-estabelecido (Anexo IX).

4.2.3 - Devolução de medicamentos na distribuição individual diária em dose unitária

A devolução dos medicamentos ocorre após o retorno dos carros de medicação ao AMDM. Após a receção dos carros, os medicamentos, que por algum motivo não foram administrados ao utente, são devolvidos.

Através do sistema informático, os medicamentos outrora debitados ao utente, são nesta situação, retirados da conta corrente do mesmo, voltando a fazer parte do *stock* do AMDM.

Antes dos medicamentos serem novamente armazenados, é imprescindível fazer uma avaliação qualitativa, que garanta que os medicamentos estão em plena condição de serem distribuídos. Devem então cumprir os seguintes requisitos: inscrição visível da substância ativa, dosagem, PV e lote; ausência de indícios de exposição a agente de deterioração; ausência de danos na embalagem no caso de medicamentos de frio, certificar que não foram alteradas as condições ideais de conservação.

Em qualquer situação em que se verifique um não cumprimento destes requisitos, os medicamentos são rejeitados e colocados no contentor adequado.

5. SAÚDE MENTAL

A CSBM encontra-se direcionada na prestação de cuidados de saúde no âmbito da saúde mental e da psiquiatria. Os quadros mais comuns que os utentes apresentam são: depressão major; perturbação bipolar; perturbação de ansiedade generalizada; epilepsia; e esquizofrenia.

5.1 - DEPRESSÃO MAJOR

Na CSBM os fármacos principalmente utilizados na depressão major são os seguintes:

- inibidores seletivos da recaptção da serotonina (citalopram escitalopram, fluoxetina, fluvoxamina, paroxetina e sertralina);
- inibidores seletivos da recaptção da serotonina e noradrenalina (duloxetina e venlafaxina);
- antidepressivos tricíclicos e afins (amitriptilina, clomipramina, maprotilina, mianserina, mirtazapina e trazodona).

5.2 - PERTURBAÇÃO BIPOLAR

Na CSBM os fármacos principalmente utilizados na perturbação bipolar são os seguintes:

- antipsicóticos atípicos;
- lítio;
- valproato semisódico;
- carbamazepina;
- lamotrigina.

5.3 - PERTURBAÇÃO DA ANSIEDADE GENERALIZADA

Na CSBM os fármacos principalmente utilizados na perturbação da ansiedade generalizada são as benzodiazepinas: alprazolam, bromazepam, diazepam, lorazepam e oxazepam.

5.4 - EPILEPSIA

Na CSBM os fármacos principalmente utilizados na epilepsia são:

- ácido valpróico
- carbamazepina
- clonazepam
- fenobarbital
- levetiracetam
- pregabalina

5.5 - ESQUIZOFRENIA

Na CSBM os fármacos utilizados na esquizofrenia são os antipsicóticos: amisulprida, aripirazol ciamemazina, clorpromazina, clozapina, haloperidol, olanzapina, quetiapina e zotepina.

CONCLUSÃO

Após a realização deste estágio curricular, posso concluir que a experiência foi bastante enriquecedora e estimulante, não só a nível profissional como pessoal. Foi-me dada a oportunidade de frequentar os *ateliers* e interagir com os utentes, perceber a realidade dos mesmos. Permitiu-me aplicar os conhecimentos técnicos e científicos adquiridos ao longo deste percurso académico, mas também de os desenvolver e aperfeiçoar perante as dúvidas e desafios e do dia-a-dia. Tentei desempenhar todas as funções a mim atribuídas e confiadas com enorme responsabilidade, profissionalismo e rigor. Ao longo do tempo, a equipa demonstrou confiança em mim e no meu desempenho, ao deixar a meu cargo tarefas que envolviam imensa responsabilidade. Acompanhei e participei em todas as atividades levadas a cabo pelo AMDM, não só na gestão inerente ao medicamento, mas principalmente, numa maior consciencialização para com o utente psiquiátrico.

Este estágio foi, sem dúvida, uma formação fundamental para a entrada na vida profissional e por esta experiência é possível perceber que a profissão exige uma constante atualização e aprendizagem de conhecimentos para que haja crescimento a nível profissional.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- [1] Casa de Saúde Bento Menni, “*Apresentação*”, disponível em: <http://www.irmashospitaleiras.pt/csbm>, consultado dia 06.06.2017
- [2] Casa de Saúde Bento Menni, “*Manual da Qualidade*”, disponível em: http://www.irmashospitaleiras.pt/csbm/images/pdf/DOC_08_02_Manual_qualidade.pdf, consultado dia 12.06.2017
- [3] Casa de Saúde Bento Menni, *Carta de Identidade da Instituição*, 2010
- [4] Manual da Farmácia Hospitalar, 2005, Conselho Executivo da Farmácia Hospitalar, Ministério da Saúde.
- [5] Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de janeiro, Diário da República, série I-A, n.º 18. *Regime jurídico do tráfico e consumo de estupefacientes e psicotrópicos.*

CAPÍTULO III - INDICAÇÕES TERAPÊUTICAS DAS ÁGUAS TERMAIS NA PSORÍASE

INTRODUÇÃO

A balneoterapia, que deriva do latim *balneum*, refere-se ao uso de águas termais minerais naturais que são caracterizadas pelas suas propriedades medicinais [1]. Na medicina clássica, a balneoterapia era frequentemente usada como cura para as mais diversas doenças, pois a água vinda de nascentes termais ou minerais era particularmente sobrevalorizada. No período homérico, os banhos eram primariamente aplicados, com o objetivo de limpar e refrescar. No tempo de Hipócrates, os banhos eram considerados mais do que uma simples medida higiénica, eram considerados benéficos para a cura da maioria das maleitas. Já os romanos, utilizavam a água, para o tratamento de condições ortopédicas. Porém, depois da era romana, a balneoterapia caiu em desuso. Desde o século XVI, época em que os banhos foram redescobertos, a balneoterapia, tem sido usada em várias patologias tais como afeções dermatológicas, músculo-esqueléticas e reumatológicas [2,3].

Apesar das várias aplicações terapêuticas e recomendações do uso de águas termais, como prevenção e/ou tratamento de diversas afeções nas mais diversas áreas, o desenvolvimento de estudos científicos tem tornado possível, confirmar a capacidade das águas termais para melhorar determinadas afeções cutâneas. Prova disso, são as inúmeras condições dermatológicas que, ao serem tratadas com balneoterapia ou outros tratamentos à base de água termal, apresentam resultados com elevada percentagem de sucesso. Entre essas condições, destacam-se os eczemas, a psoríase, ictiose, sensação de prurido, queimaduras e cicatrização de feridas [4,5].

De facto, a pele, considerada como porta de entrada, tanto para os componentes da água, como para os estímulos físicos que aporta, responde às aplicações de água termal interagindo com a água e os seus constituintes. Os efeitos cutâneos derivados da aplicação tópica das águas minero-medicinais, devem-se à interação local entre os constituintes da água termal e a estrutura da superfície cutânea [5]. As águas termais podem ter variados efeitos ao nível da pele, como por exemplo, efeitos anti-inflamatórios, imunomoduladores e antioxidantes [6]. Este facto tem motivado a sua utilização na prevenção e/ou no tratamento de diversas afeções dermatológicas. A aplicação de água termal, contendo enxofre, por exemplo, pode ter um efeito terapêutico benéfico sobre a psoríase e outras doenças de pele. A água termal sulfúrea tem um efeito anti-inflamatório, queratoplástico e um efeito

antipruriginoso e é utilizada como uma modalidade única ou em combinação com outras modalidades terapêuticas [7,8].

A psoríase é uma doença autoimune, crónica e inflamatória, caracterizada por lesões na pele. O subtipo mais comum da doença é a psoríase em placas, que contabiliza 80 a 90% do total dos casos. A psoríase em placas manifesta-se através de eritemas, pápulas ou placas, cobertas de células mortas, ostentando uma aparência prateada e descamativa. As placas variam quanto à sua extensão e localização, mas geralmente a distribuição é bilateral e simétrica, e por norma, surgem nos cotovelos, joelhos, genitais, couro cabeludo, zona lombar e nádegas [9]. As lesões podem estar associadas a prurido, sensação de queimadura e ocasionalmente sangramento [10]. A psoríase tem impacto a nível físico, emocional, social e económico nos portadores da doença. Está igualmente associada a um decréscimo na saúde e na produtividade, com consequente perda de dias de trabalho, e existe ainda, um aumento na incidência de comorbilidades [9].

A psoríase caracteriza-se pela ativação inapropriada do sistema imunitário e por episódios de lesões que variam na sua severidade e no local do corpo onde ocorrem, tendo importantes implicações na qualidade de vida dos seus portadores [11,12]. O grau de severidade da psoríase é classificado em: leve, moderado ou grave, baseado na percentagem de superfície cutânea afetada (*Body Surface Area – BSA*). As categorias da psoríase são definidas como leve ($BSA < 3\%$), moderada ($BSA 3-10\%$) e grave ($BSA > 10\%$), sendo o tratamento da doença determinado mediante estas classificações [13]. Enquanto que de acordo com a percentagem da área da pele afetada, determinada pela fórmula Evans, obtém-se o índice de gravidade e extensão da psoríase – *Psoriasis Area and Severity Index – PASI*, que avalia o grau de eritema e descamação da área afetada na pele. Uma redução na pontuação PASI de 75%, comparativamente ao valor antes de iniciar a terapêutica, é considerada o "padrão de ouro" para avaliar a resposta à terapia (PASI-75) [14,15].

Recentemente, a Organização Mundial de Saúde (OMS) reconheceu a psoríase como uma doença crónica, não transmissível, dolorosa e incapacitante, para a qual não há cura [13]. Em 2012, a taxa de prevalência da psoríase rondava entre 0,2 e 4,8%, variando consoante a localização geográfica, atingindo quase os 5% no norte da Europa [16]. Atualmente, a taxa de prevalência está compreendida entre os 0,5% e 8,5% [13]. A prevalência da psoríase é a mesma em ambos os sexos, e em todos os grupos socioeconómicos da sociedade [17]. Embora a incidência seja semelhante em ambos os sexos, as mulheres podem ser afetadas mais precocemente que os homens [18,19]. A psoríase é diagnosticada sobretudo nas camadas jovens, pois em 75% dos casos, a doença

surge antes dos 40 anos. O pico da doença, em doentes diagnosticados antes dos 40 anos, decorre entre os 16 e os 22 anos, enquanto que, em diagnósticos após os 40, o pico da doença sucede por volta dos 50 anos [9].

O tratamento da psoríase é ainda muito complexo, acompanhado por um elevado número de especialistas em várias áreas, com o objetivo de encontrar métodos terapêuticos eficazes, que reúnam um nível de segurança adequado para os doentes. O tratamento pode realizar-se a nível tópico, sistémico ou até, combinado. O tratamento tópico inclui queratolíticos (ácido salicílico), corticosteróides, retinóides (vitamina D – calcipotrieno, calcitriol, tacalcitol – e tazaroteno). O tratamento a nível sistémico engloba a acitretina, ciclosporina, tacrolímus, metotrexato e imunomoduladores (adalimumab, etanercept, infliximab, ustecinumab) [20]. No entanto, as terapias sistémicas, são frequentemente mal toleradas, e requerem uma preocupação adicional a nível da segurança, restringindo o seu uso a longo prazo. O tratamento não farmacológico abrange emolientes (hidratantes) e balneoterapia, helioterapia, climatoterapia, etc. Os efeitos do calcipotriol no tratamento da psoríase, têm vindo a ser publicados ao longo dos últimos 25 anos, apontando para o interesse científico de longo termo deste medicamento [21].

A introdução de fotoquimioterapia em que se usa psoraleno e radiação ultravioleta A (PUVA) tornou-se numa terapêutica “standard”, especialmente para a psoríase grave, contudo, pode ser acompanhado de vários efeitos adversos, tais como, náuseas, vômitos, dor de cabeça, efeitos hepatotóxicos, bem como, risco fotocarcinogénico, cataratas e fotossensibilização generalizada, que pode durar 24 horas [22]. A combinação de múltiplos locais e/ou medicação sistémica, visa o aumento da eficácia do tratamento da psoríase (PUVA) [21].

A balneofototerapia que consiste na fototerapia usando radiação ultravioleta (UV) em combinação com a balneoterapia também é uma prática frequentemente usada no tratamento da psoríase [1]. Os banhos e a terapia com radiação UV podem ocorrer sucessivamente (terapia assincronizada) ou simultaneamente (terapia sincronizada).

1. OBJETIVOS

O uso de águas termais é uma prática que tem sido comumente usada para o tratamento da psoríase desde há largos anos. Assim, o objetivo principal deste projeto de investigação foi pesquisar e analisar estudos clínicos, nos quais tenham sido testados, o uso das águas termais no tratamento da psoríase isoladamente ou em combinação com outras modalidades terapêuticas. Nestes estudos, procurou-se avaliar o tipo e localização de psoríase, tipo de estudo clínico, tratamento e a sua duração, o tamanho da amostra, os principais efeitos terapêuticos e a relação com a características da água termal.

2. MÉTODOS

No âmbito deste projeto de investigação foi realizada uma pesquisa nas bases de dados PubMed, B-on, Google Académico, com diversos termos de pesquisa, entre eles, *balneotherapy*, *balneophototherapy*, *clinical studies*, *phototherapy*, *psoriasis*, *thermal water*, *spa* tendo sido encontrados e analisados diversos artigos científicos de estudos clínicos envolvendo o uso de águas termais no tratamento da psoríase. Pretendeu-se englobar todas as evidências científicas tendo em atenção que apenas foram considerados estudos clínicos e usando águas termais ou soluções análogas.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Decorrente da pesquisa nas várias bases de dados internacionais sobre ensaios clínicos envolvendo principalmente o uso de águas termais/balneoterapia para o tratamento da psoríase foram encontrados estudos realizados em diversas águas termais tais como água Avène, Comano, Kulaši, Lagoa Azul, Leopoldine, Levico e Vetriolo, Mar Morto, Rusanda, Salies de Béarn, Tomesa, entre outras.

Deve-se ter em conta que nalguns estudos para além do uso das águas termais (balneoterapia) os participantes também foram sujeitos a fototerapia, helioterapia e/ou tratamento farmacológico de modo a tentar comparar a eficácia do tratamento.

De seguida, são apresentados detalhadamente os vários estudos envolvendo água termais/balneoterapia no tratamento da psoríase (Tabela 1).

Tabela 1 – Estudos clínicos envolvendo o uso de águas termais no tratamento da psoríase.

Tipo de estudo	Tipo de tratamento	Amostra	Duração	Principais efeitos terapêuticos	Características da água termal	Referências
Observacional	Balneoterapia + vaporização com água Avène	4887	3 semanas	Redução do PASI (54,4%) Redução do eritema e descamação (44%)	Água termal Avène pH - 7,6 Temperatura - 25,9 °C Fracamente mineralizada	[23]
Observacional, longitudinal	Ingestão + balneoterapia + vaporização com água Avène	262	3 semanas	Aumento da qualidade de vida 3 a 6 meses após o tratamento	Água termal Avène	[24]
Prospetivo, não randomizado, estudo aberto	Grupo I - balneoterapia Grupo II - balneoterapia + fototerapia	300	2 semanas	Grupo I - redução do PASI (13,5%) Grupo II - redução do PASI (19,8%)	Água termal de Comano pH - 7,5-7,6 Temperatura - 27 °C Oligometálica	[25]
Questionário	Grupo I - balneoterapia + fototerapia Grupo II - balneoterapia	111	2 semanas	Grupo I e II - Melhoria na severidade clínica da psoríase qualidade de vida	Água termal de Comano pH - 7,5-7,6 Temperatura - 27 °C Oligometálica	[26]
Prospetivo, randomizado	Grupo I - terapêutica convencional Grupo II - balneoterapia Grupo III - terapêutica convencional + balneoterapia	60	6 semanas	Grupo I, II e III - redução do PASI (remissão semelhante nos grupos I e II e superior no grupo III)	Água termal de Kulaši pH 11,75 Temperatura - 30,6 °C Oligomineral	[27]
Prospetivo	Grupo I - balneoterapia + fototerapia Grupo II - fototerapia	40	4 semanas	Grupo I - redução do PASI (20,8% para 2,8%) Grupo II - redução do PASI (16,7% para 6,9%)	Água termal da Lagoa Azul pH - 7,7 Temperatura - 24 °C Elevada concentração de sílica Salinidade moderada	[28]
Prospetivo, randomizado	Grupo I - balneoterapia + fototerapia Grupo II - balneoterapia intensiva + fototerapia Grupo III - fototerapia	68	6 semanas	Grupo I - alcance do PASI-75 e PASI-90 (68,1% e 18,2%) Grupo II - alcance do PASI- 75 e PASI-90 (73,1% e 42,3%) Grupo III - alcance do PASI-75 e PASI-90 (16,7% e 0%)	Água termal da Lagoa Azul pH - 7,7 Temperatura - 27,2 °C Elevada concentração de sílica Salinidade moderada	[29]

Tipo de estudo	Tipo de tratamento	Amostra	Duração	Principais efeitos terapêuticos	Características da água termal	Referências
Prospetivo	Imersão de ambos os braços + helioterapia Braço direito - água termal de Leopoldine Braço esquerdo - água bidestilada	10	4 semanas	Água termal de Leopoldine - redução do PASI (85,9%) Água bidestilada - redução do PASI (50,5%)	Água termal de Leopoldine pH - 6,73 Hipotônica Rica em enxofre e sulfato	[30]
Prospetivo, controlado, randomizado, duplamente cego	Imersão dos dois cotovelos Grupo I - água termal Grupo II - placebo	34	12 dias	Redução do eritema, infiltração e descamação	Água termal Levico e Vetriolo pH -1,6 Fria Mineral (arsênico-ferruginosa)	[16]
Prospetivo, randomizado, duplamente cego	Grupo I - balneoterapia em água do Mar Morto Grupo II - balneoterapia em água com sal comum	25	3 semanas	Grupo I - redução do PASI (34,8%) Grupo II - redução do PASI (27,5%)	Água do Mar Morto Salgada	[31]
Prospetivo; randomizado; cego (investigadores)	Grupo I - balneoterapia + fototerapia + banhos de lama + banhos de enxofre Grupo II - balneoterapia + fototerapia	42	4 semanas	Grupo I - redução do PASI e da rigidez matinal e melhoria acrescida nas articulações moles e inchadas, inflamação do pescoço Grupo II - redução do PASI e rigidez matinal	Água do Mar Morto	[32]
Prospetivo; randomizado; duplamente cego	Grupo I - balneoterapia em água do Mar Morto Grupo II - balneoterapia com água em sal comum	23	6 semanas	Grupo I - redução do PASI (25,6%) Grupo II - redução do PASI (28,2%)	Água do Mar Morto Temperatura - 35 °C Mineralizada (cloreto de magnésio, cloreto de cálcio e cloreto de sódio)	[33]
Retrospectivo	Balneoterapia + fototerapia sincronizada Grupo I - fase de tratamento Grupo II - fase de manutenção	673	Grupo I – 35 sessões (4 a 5 vezes por semana) Grupo II – 25 sessões (1 a 2 vezes por semana)	Grupo I - redução do PASI (16,14% para 4,73% - melhoria de 70,7%) Grupo II - redução do PASI (4,58% para 4,27%)	Água do Mar Morto Hipertônica Elevada concentração de magnésio e cálcio	[34]

Tipo de estudo	Tipo de tratamento	Amostra	Duração	Principais efeitos terapêuticos	Características da água termal	Referências
Prospetivo, controlado, randomizado, cego (investigadores)	Grupo I - balneoterapia + fototerapia Grupo II - fototerapia	60	8 semanas	Melhoria bastante reduzida da descamação, eritema e espessamento	Água do Mar Morto (solução análoga) - Mavena Heathcare® (contendo cloreto de magnésio, cloreto de cálcio, cloreto de sódio, cloreto de potássio)	[35]
Prospetivo, controlado, randomizado, multicentro	Grupo I - balneoterapia + fototerapia sincronizada Grupo II - fototerapia	356	35 sessões (3 a 5 sessões por semana)	Grupo I - redução do PASI (15,1% para 2,7%) Grupo II - redução do PASI (15,3% para 8,6%)	Terapia Tomesa® a 10% (utilizada solução análoga do Mar Morto)	[36]
Retrospectivo	Balneoterapia + fototerapia sincronizada Grupo I - fase de tratamento Grupo II - fase de manutenção	174	Grupo I - 30 sessões (3 a 5 sessões por semana) Grupo II - 30 sessões (1 sessão por semana)	Grupo I - alcance do PASI-50, PASI-75 e PASI-90 (8,4%, 26,98% e 25,21%) e melhoria da qualidade de vida (51,16%) Grupo II - redução do PASI (5,8% para 3,6%)	Terapia Tomesa® (utilizada solução análoga do Mar Morto) Rica em magnésio	[37]
Prospetivo, randomizado	Grupo I - calcipotriol tópico + balneoterapia + pelóides Grupo II - calcipotriol tópico	60	3 semanas	Grupo I - redução do PASI (59,45%) Grupo II - redução do PASI (39,34%)	Água do spa de Rusanda pH - 9,3-9,4 Hipotermal Oligomineral Rica em bicarbonato	[21]
Prospetivo, randomizado, cego (investigadores)	Grupo I - balneoterapia Grupo II - fototerapia Grupo III - balneoterapia + fototerapia	71	3 semanas	Grupo I - redução do PASI (29%) Grupo II - redução do PASI (64%) Grupo III - redução do PASI (55%)	Água termal de Salies de Béarn Mineralizada (salina) Rica em magnésio	[38]

Seguidamente é feita uma análise/descrição de cada um dos estudos de modo a se ter uma melhor percepção dos potenciais benefícios do tratamento com águas termais/balneoterapia em cada local da água termal ou tipo de água.

3.1 - AVÈNE

Com a água da Avène foi conduzido um estudo por Merial-Kieny e colaboradores (2011) com 4887 de ambos os sexos que tinham psoríase (idade média: $55,0 \pm 16,3$ anos). O programa de hidroterapia, consistiu em banhos e pulverização com água termal da Avène. No caso da psoríase, a forma clínica mais comum, em 84,2% dos casos, tratou-se da psoríase em placas, sendo a maioria dos casos, localizada no couro cabeludo (55,2%). Os sinais clínicos avaliados (eritema e descamação) diminuíram significativamente após a hidroterapia em 44%, no caso da psoríase ($p < 0,001$). Os benefícios de curto prazo da hidroterapia, foram avaliados por cálculo do PASI, demonstrando uma melhoria significativa da gravidade na psoríase em 54,4%. Posto isto, o programa de hidroterapia utilizando água termal da Avène, demonstrou benefícios no tratamento da psoríase [23].

Um outro estudo utilizando novamente, água termal da Avène, teve por objetivo, avaliar a qualidade de vida, das pessoas portadoras de psoríase, recorrendo à hidroterapia. A amostra era constituída por 262 participantes, de ambos os sexos, com uma idade média de 52 anos, portadores de psoríase. O estudo consistiu na ingestão de água, seguido de um banho a 32°C, durante 20 minutos, com hidromassagens e com aplicação de agentes emolientes, detentores de propriedades anti-inflamatórias e sedativas, e por fim, uma vaporização de água termal da Avène, que possui um efeito antipruriginoso e sedativo. Este programa foi alternado com períodos de descanso. Em ambos os grupos do estudo, os questionários DLQI¹ e SF-12², mostraram uma melhoria significativa na qualidade de vida, após a hidroterapia. Além das propriedades da água termal da Avène, os diferentes programas de fisioterapia (chuveiros, banheiras, massagens, etc.), associados à hidroterapia, podem ser fatores importantes no efeito global. A melhoria da qualidade de vida, persistiu entre 3 a 6 meses, após o término da hidroterapia. Todos estes dados

¹ Instrumento específico de doenças dermatológicas. É utilizado para determinar, avaliar e comparar a qualidade de vida dos doentes dermatológicos. Os valores variam entre 0 e 30, sendo que, quanto maior o valor, maior será o grau de incapacidade.

² Trata-se de um questionário em versão resumida do SF-36. Avalia a qualidade de vida e a capacidade funcional da vida profissional do doente psoriático.

sugerem, que a hidroterapia pode ser considerada como uma terapia complementar para a “gestão” de dermatoses crônicas [24].

3.2 - COMANO

Num estudo na estância termal de Comano (Itália) que contou com 300 participantes (18-85 anos de idade) com psoríase crônica em placas o tratamento foi realizado através de banhos diários com água termal de Comano, utilizando balneoterapia em 169 participantes e balneofototerapia, em 131 participantes. A balneofototerapia comportava banhos de água termal e irradiação diária de UVB (+/- 1 a 2 semanas). Foi efetuada a avaliação do PASI, da BSA e Autoavaliação do Índice de Severidade e Área de Psoríase - *Self-Administered Psoriasis Area Severity Index - SAPASI*). Foi aplicado também, o questionário Skindex-29³, no final do tratamento e passado 4 meses. Neste estudo, avaliou-se a eficácia e segurança da balneoterapia, paralelamente à balneofototerapia. Tanto na primeira semana, como na segunda e em ambas as terapias a gravidade da doença diminuiu, e a qualidade de vida foi significativamente melhorada ($p < 0,001$). A eficácia da balneoterapia a nível do PASI, BSA e SAPASI, foi semelhante à balneofototerapia na primeira semana de tratamento. Embora, na segunda semana de tratamento, tenha-se averiguado, um melhor desempenho a nível da balneofototerapia, pois verificou-se uma redução do PASI de 19,8%, comparativamente aos 13,5% da balneoterapia ($p < 0,005$). Nos 3 meses seguintes após o estudo, muitos dos participantes, reportaram um agravamento progressivo da sua condição de pele e da qualidade de vida, havendo retorno à situação basal, há exceção dos doentes tratados com balneofototerapia. Estes mantiveram alguns dos efeitos benéficos, durante 2 semanas. Este estudo confirma, portanto, a eficácia das duas terapias, mas verifica-se um ligeiro predomínio da balneofototerapia, em relação à balneoterapia [25].

Tabolli e colaboradores efetuaram um estudo tendo também por base a água termal de Comano, com 111 participantes que apresentavam psoríase em placas crônicas moderada a grave. Estes indivíduos estiveram sujeitos a uma balneoterapia diária com água termal de Comano, seguida de fototerapia UVB (311 nm) tendo-lhes sido distribuído

³ Questionário que tem como finalidade determinar e avaliar a qualidade de vida de pessoas com psoríase. É um instrumento confiável e válido, projetado especificamente para medir a qualidade de vida em doentes dermatológicos. É constituído por 3 escalas que avaliam áreas consideradas essenciais: número de sintomas, funcionamento e estado emocional.

o questionário General Health Questionnaire (GHQ-12)⁴ com o propósito de avaliar o seu sofrimento psicológico. Os participantes também foram monitorizados por um dermatologista, no início do tratamento, durante, e após 2 meses fora avaliada a SAPASI-50. Este parâmetro foi reduzido em 42%, pelos doentes sujeitos à balneofototerapia, e em 37%, pelos doentes sujeitos apenas à balneoterapia. Tal redução manteve-se presente, em ambos os grupos e durante os 2 meses após o término do tratamento, não sendo administrados outros tratamentos (exceto emolientes). Ambos os grupos alcançaram melhor pontuação em todas as escalas do questionário SF-36⁵ e Skindex-29. A proporção de participantes positivos de GHQ-12, no grupo de balneofototerapia, foi estatisticamente reduzida 2 meses após a intervenção. A melhoria na qualidade de vida dos doentes, após os tratamentos de balneoterapia ou balneofototerapia, verificou-se em todas as dimensões exploradas pelo Skindex-29, quer a nível do estado emocional, sintomatologia e funcionamento. A diferença entre antes e depois do tratamento não atingiu significância estatística, mas foi clinicamente comprovada em ambos os grupos. Conclui-se que a água termal de Comano, por si só, ou em combinação com a fototerapia, usufrui de efeitos terapêuticos benéficos no tratamento da psoríase. Havendo uma evidência clara, de que os banhos de águas termais de Comano têm um efeito relevante sobre a redução pontuações SAPASI, melhoram a qualidade de vida, e diminuem ainda, a gravidade clínica da doença. Verifica-se novamente, que a terapêutica combinada, de água termal com a fototerapia, traz mais benefícios, do que a balneoterapia isolada [26].

3.3 - KULAŠI

Na estância termal de Kulaši, na Bósnia e Herzegovina foi concebido um estudo para avaliar o efeito da água termal local na psoríase com 60 participantes, de ambos os sexos, com uma idade média de 48,6 anos. Estes apresentavam diferentes formas clínicas de psoríase. Os participantes foram divididos em três grupos, de acordo com as modalidades terapêuticas aplicadas: o primeiro grupo foi tratado com modalidades terapêuticas convencionais (retinóides, ciclosporinas, imunomoduladores, fototerapia e fotoquimioterapia); o segundo grupo foi exposto somente a banhos termais; e o terceiro

⁴ Questionário autoadministrável destinado a avaliar distúrbios psicológicos e psiquiátricos, por norma, transtornos de ansiedade ou depressivos.

⁵ Foi concebido como indicador genérico do estado de saúde para consequente utilização em inquéritos populacionais.

grupo, foi tratado com uma combinação de terapêuticas (terapêutica convencional com banho termal). Foram realizadas análises laboratoriais, na primeira e sexta semana de tratamento enquanto a PASI, foi determinada na primeira, terceira e sexta semana. Adicionalmente também foi avaliada a duração da remissão da psoríase após o tratamento [27].

Relativamente à análise laboratorial foram avaliados vários parâmetros sendo de realçar a avaliação da proteína C-reativa e dos níveis de ácido úrico. De facto, a proteína C-reativa tem sido proposta como um marcador, para a avaliação de psoríase e acompanhamento da gravidade da doença e a hiperuricemia (excesso de ácido úrico) é frequente em pessoas com psoríase. O valor médio de proteína C-reativa na primeira e na sexta semana, demonstrou, que não houve diferenças estatisticamente significativas na gravidade da psoríase. Os participantes tratados com balneoterapia apresentaram os valores médios mais elevados de ácido úrico (324,58 $\mu\text{mol/L}$) enquanto que, os participantes tratados com a terapêutica combinada, apresentaram os valores médios mais baixos (294,44 $\mu\text{mol/L}$). Pode notar-se, que a combinação de terapêuticas apresentou o melhor dos resultados no tratamento da psoríase. Quanto ao parâmetro PASI verificou-se uma redução nos vários grupos ao longo da duração do estudo. No entanto, quando comparados entre si não existiram diferenças com significado estatístico. Enquanto a duração de remissão foi em média de 2 meses nos participantes tratados isoladamente com terapêuticas convencionais ou balneoterapia, enquanto que, nos participantes tratados com a terapia de combinação, a remissão durou quase 3 meses. De realçar que a taxa de sucesso do tratamento da psoríase, é definida pela duração da remissão. Assim, os resultados deste estudo, indicam, um efeito positivo do tratamento combinatório da psoríase, conjugando as terapêuticas convencionais com a balneoterapia [27].

3.4 - LAGOA AZUL

Num estudo realizado com água geotermal da Lagoa Azul (Islândia), conduzido por Olafsson e seus colaboradores (1996), o objetivo foi comparar a balneoterapia combinada com UVB (balneofototerapia) e a fototerapia UVB isolada (fototerapia) em dois grupos de participantes com 23 e 17 participantes, respetivamente apresentando psoríase em placas ou gutata (forma de gota). Um dos grupos foi sujeito a balneoterapia 3 vezes por dia, sendo exposto à radiação UVB, 5 vezes por semana (balneofototerapia) enquanto o outro recorria apenas à fototerapia com UVB, 5 vezes por semana

(fototerapia). Ambos os tratamentos decorreram durante 4 semanas. O grupo sujeito a balneofototerapia, teve a possibilidade, de poder esfregar as lesões provocadas pela psoríase, com lama enriquecida em sílica, enquanto se banhavam na Lagoa Azul. O índice de PASI, foi a escala utilizada para medir o índice de gravidade da psoríase. No grupo sujeito a balneofototerapia, o PASI baixou de 20,8% para 2,8% ($p < 0,01$), enquanto que, no grupo sujeito apenas a fototerapia, decresceu de 16,7 para 6,9%. Após isto, conclui-se que as duas terapias são benéficas, mas a terapêutica combinada, a balneofototerapia, mostrou-se bem mais eficaz e mais célere, no tratamento da psoríase, quando comparada somente com a fototerapia com UVB. Esta eficácia é atribuída, não só aos banhos termais e a irradiação UVB, mas também, aos minerais e às suas concentrações únicas e peculiares, que esta lagoa tem, com especial destaque para a sílica, que quando misturada com lama, possui um carácter abrasivo, de forma a promover a descamação e diminuir os eritemas [28].

Um outro estudo com água geotermal da Lagoa Azul, avalia três diferentes regimes de tratamento, no tratamento da psoríase crónica em placas e compara-os na 6.^a e na 10.^a semana. O primeiro grupo de tratamento combina a balneoterapia, durante uma hora, usando água geotermal da Lagoa Azul, seguido da fototerapia com UVB. Este tratamento foi repetido 3 vezes por semana, num total de 6 semanas. O segundo grupo de tratamento, conjugou novamente, a balneoterapia com a fototerapia, mas desta vez, realizado de forma intensiva. Nas primeiras duas semanas, a balneoterapia foi efetuada duas vezes ao dia, já a fototerapia somente uma, após o primeiro banho. Este procedimento foi executado seis vezes por semana. As restantes 4 semanas de tratamento, foram realizadas, como no primeiro regime, ou seja, 3 vezes por semana. Estes dois grupos que englobam a balneofototerapia, foram aconselhados a esfregar lama proveniente da lagoa, rica em sílica, nas lesões psoriáticas, enquanto se banhavam. O último tratamento, abrange somente a fototerapia, sendo este, realizado 3 vezes por semana, até ao término deste (6.^a semana). Foi igualmente sugerida, aos 3 regimes, a aplicação de um creme hidratante, duas vezes ao dia, o qual continha sais minerais provenientes da Lagoa Azul. Na 6.^a semana, apurou-se que, a percentagem de doentes que alcançaram o PASI-75 e o PASI-90, foi significativamente maior, nos regimes que incluíram a balneofototerapia. No primeiro grupo, foi atingido, respetivamente, um PASI-75 e um PASI-90 de 68,1% e 18,2%, no segundo, de 73,1% e 42,3%, e o último grupo apresentou um PASI de 16,7% e 0%. Destes resultados pode-se depreender, que a balneoterapia quando adicionada à fototerapia, apresenta uma eficácia muito superior,

quando comparada com a fototerapia em monoterapia. Paralelamente, verificou-se também, uma melhoria na qualidade de vida e a nível histológico. Estas melhorias, também podem ser atribuídas à composição química ímpar desta água geotermal. Deve-se ter em conta que existem diferenças notáveis da água termal da Lagoa Azul, quando comparada com as restantes águas dado que possui uma concentração de sílica extremamente elevada (135-140 mg/kg), salinidade moderada (2,7%) e não tem sulfureto de hidrogénio (H₂S) [29].

3.5 - LEOPOLDINE

Um outro estudo conduzido por Tsourelis-Nikita *et al.*, (2002) teve por objetivo avaliar os efeitos da água termal de Leopoldine na pele psoriática. Para isso, selecionaram 10 voluntários, que possuíssem uma psoríase em placas, bilateral e simétrica. O tratamento consistia na imersão de ambos os braços, 2 vezes por dia, durante 30 minutos. O braço direito era imerso em água termal de Leopoldine enquanto o esquerdo era imerso em água bidestilada. Posteriormente a cada imersão, ambos os braços eram expostos diretamente à luz solar (helioterapia), durante 60 minutos. O tratamento foi realizado durante 4 semanas. Após este terminar, e de acordo com a percentagem do PASI, verificou-se uma melhoria bastante acentuada, relativamente ao braço imerso em água termal de Leopoldine, de 85,9%. O que demonstra que a água termal de Leopoldine, detém um potencial efeito anti-inflamatório, no tratamento da psoríase, quando comparado, com o da água bidestilada. Estudos imunohistológicos, revelaram diferenças significativas, em relação às amostras de pele retiradas antes e após o tratamento com água termal. Verificou-se uma diminuição abrupta a nível das células CD4⁺ e CD8⁺, dos linfócitos T e das células de Langerhans. De acordo com os relatos dos intervenientes, a remissão da doença prolongou-se por mais dois meses, sem qualquer tipo de medicação, meramente com a aplicação de emolientes [30].

A água termal de Leopoldine é hipotónica e rica em enxofre. Este mineral, possui propriedades de detergente e anti-inflamatórias, qualidades estas já bem conhecidas e que mostram ser uma opção terapêutica em casos de dermatite atópica, seborreia e psoríase. Os efeitos benéficos da balneoterapia, previamente à exposição solar, na pele psoriática, podem ser explicados, através do efeito descamativo que esta provoca na pele lesionada, e que resulta na diminuição da função de barreira contra a irradiação solar, especialmente na radiação ultravioleta. Além disso, foi também demonstrado, que a composição química

da água utilizada na balneoterapia, pode catalisar e ampliar os efeitos da fototerapia com UVB [30].

3.6 - LEVICO E VETRIOLO

O estudo Borroni *et al.*, (2013) teve como propósito, avaliar a eficácia da água termal de Levico e Vetriolo, rica em arsénio e ferro, em lesões psoriáticas simétricas moderadas a graves. O estudo envolveu 34 doentes, 27 do sexo masculino e 7 do feminino. O tratamento passou simplesmente, pela imersão diária de ambos os cotovelos, em duas soluções distintas, A e B, durante 12 dias consecutivos. A solução A, tratava-se da água termal de Levico e Vetriolo, já a B, da solução placebo. Após os 12 dias de tratamento, a avaliação clínica demonstrou, uma redução bastante significativa, do cotovelo tratado com água termal, a nível do eritema ($p < 0,001$), da infiltração ($p < 0,002$) e da descamação ($p < 0,0001$), quando comparado ao cotovelo imerso na solução placebo. Na avaliação histopatológica foram considerados vários parâmetros: hiperkeratoses (caracterizada por hipertrofia da camada córnea da pele), parakeratoses (processo de ceratinização atípica que se caracteriza pela falta do estrato granuloso), presença ou ausência da camada granular, acantoses (lesão da epiderme caracterizada por hipertrofia do corpo mucoso), papilomatoses (existência de múltiplos papilomas na pele ou nas mucosas) e presença de vasos sanguíneos dilatados. No final do tratamento, verificou-se uma redução de 7,93, da pontuação histopatológica, no cotovelo imerso em água termal enquanto o cotovelo exposto à solução placebo, mostrou um aumento desta pontuação em 0,13 verificando-se uma diferença expressiva entre as duas soluções ($p < 0,00001$). Estes resultados são atribuídos, à composição química peculiar da água termal de Levico e Vetriolo. É uma água mineral fria, de carácter ácido ($\text{pH} = 1,6$), possui concentrações elevadas de ferro e enxofre, e significativas de arsénio, cálcio e magnésio. É atribuída ao arsénio, a ação terapêutica nas lesões psoriáticas, devido ao facto de apresentar uma ação antiproliferativa a nível dos queratinócitos. A função do ferro é bastante controversa, pois alguns autores afirmam que este, foi observado em demasia nas lesões psoriáticas, enquanto que, outros alegam que se depararam com quantidades extremamente baixas [39].

3.7 - MAR MORTO

Um estudo desenvolvido por Halevy e colaboradores (1997) consistiu em comparar a balneoterapia efetuada com água do Mar Morto com da água comum. Neste estudo, 25 participantes com psoríase, foram divididos em dois grupos: o primeiro grupo banhava-se diariamente em água do Mar Morto, enquanto o segundo, em banhos de sal comum. No final do tratamento, os participantes tratados com sais do Mar Morto, apresentaram uma redução do PASI de 34,8%, enquanto que, os participantes expostos a banhos em sal comum, mostraram uma diminuição de 27,5%. Perante isto, denota-se uma ligeira melhoria no tratamento da psoríase com água do Mar Morto, devendo ser explicada através da sua peculiar composição [31]. O efeito benéfico observado através dos banhos no tratamento da psoríase, pode ser atribuído aos minerais, como o brometo e magnésio presentes na água termal do Mar Morto. Foi reportado na literatura, de que o brometo tem um efeito inibidor forte sobre a proliferação celular, em culturas de células de hamster dourado e fibroblastos da pele do rato enquanto o magnésio atua a nível da renovação celular [40].

Um outro estudo com o propósito de avaliar os efeitos imediatos e posteriores à balneoterapia no Mar Morto em doentes com artrite psoriática foi reportado. Este estudo teve uma duração de 4 semanas e contou com 42 participantes divididos em dois grupos: grupo I com 23 doentes e o grupo II com os restantes 19. Ambos os grupos, procederam a banhos regulares no Mar Morto e a uma exposição solar diária (raios ultravioleta). Apesar de que, ao grupo I, tenham sido adicionadas outras formas de tratamento, banhos de enxofre e de lama. Todos os doentes, foram avaliados por um dermatologista e por um reumatologista, 3 dias antes do início do tratamento, no final do tratamento (4.^a semana), e posteriormente, na 8.^a, 16.^a e 28.^a semana, a contar desde o início do procedimento. Os índices clínicos que foram avaliados passaram pela determinação da rigidez matinal, da força no aperto da mão direita e esquerda, do número de articulações moles, do número de articulações inchadas, da distância dos dedos ao chão após inclinação para a frente, da autoavaliação por parte dos doentes acerca da gravidade da doença, da inflamação do pescoço e de dores nas costas e pelo PASI. Em jeito de comparação entres os grupos, ambos demonstraram uma melhoria estatisticamente expressiva, após o tratamento. Porém, no grupo I, foi verificado que, tanto nas articulações moles, como nas inchadas, na inflamação do pescoço, bem como nas dores de costas, este apresentava de uma melhoria acrescida, ao longo das semanas, quando comparado ao grupo II. O que se

depreende, que os banhos com lama e enxofre, acrescentam valor à balneofototerapia e mostram benefícios no tratamento da artrite psoriática. A balneoterapia envolvendo água do Mar Morto em combinação com a fototerapia, demonstrou benefícios no tratamento da artrite psoriática, tanto no início como ao final de 6 meses [32].

Um outro estudo teve como objetivo avaliar o possível papel de determinados oligoelementos na eficácia da balneoterapia com água do Mar Morto, no tratamento da psoríase. A amostra era constituída por 23 participantes (15 do sexo masculino e 8 do sexo feminino, com idades compreendidas entre 20 a 73 anos). O tratamento consistia em banhos em soluções provenientes do Mar Morto ou banhos em sal comum. Após estes banhos, os participantes enxaguavam-se com água corrente e aplicavam parafina 2 vezes por dia (ação emoliente). Este grupo de participantes procedeu à suspensão de todas as terapêuticas tópicas e sistémicas, 2 e 4 semanas antes do início do tratamento, respetivamente. Durante o período de tratamento, os participantes foram aconselhados a evitar a exposição solar. A avaliação clínica foi baseada na pontuação PASI, a redução foi de 25,6% no grupo I e 28,2% no Grupo II. Os banhos com sais da água do Mar Morto, resultaram numa diminuição significativa do nível sérico médio de manganêsio e do lítio. Estes compostos podem, portanto, desempenhar um papel importante na eficácia da balneoterapia com a água do Mar Morto na psoríase [33].

O estudo levado a cabo por Holló *et al.* (2005) teve como finalidade determinar e avaliar, a eficácia da balneoterapia conjugada e sincronizada com a fototerapia UVB, comparativamente com os diferentes tipos de psoríase – vulgar, em placas (pequenas e grandes) e gutata. Este estudo, foi composto por duas fases: a de tratamento, contou com 373 participantes, e incluiu 35 sessões de balneofototerapia, 4 a 5 vezes por semana, e a de manutenção, abrangeu 78 participantes, com 25 sessões, uma a duas vezes por semana. Caso os participantes inseridos no grupo da fase de tratamento, atingissem mais cedo um estado assintomático era-lhes permitido cessar a terapia após 25 sessões, ao invés das 35 inicialmente estabelecidas. O PASI foi utilizado como escala, de forma a monitorizar semanalmente, a evolução do estado da pele dos doentes e a eficácia do tratamento. Durante a fase de tratamento, houve uma diminuição considerável na média do PASI, de 16,14 para 4,73, observando-se uma melhoria significativa de 70,7%. Na fase de manutenção, o PASI permaneceu quase inalterável, diminuindo de 4,58 para 4,27. A psoríase em pequenas placas, foi a que demonstrou melhor resposta ao tratamento, apresentando uma diminuição no PASI de 76,1%, seguido de um decréscimo de 73,7% na psoríase gutata, de 67,1% na psoríase em grandes placas e de 62% na psoríase vulgar.

Estes resultados, demonstram e confirmam a eficácia desta modalidade de tratamento, independentemente do tipo de psoríase que possuam, embora os participantes com pequenas placas possuam uma probabilidade maior das lesões psoriáticas se tornarem escassas.

A balneofototerapia sincronizada, foi desenvolvida com vista a simular condições climáticas semelhantes à do Mar Morto, proporcionando um tratamento perto da casa, sem ser necessário recorrer a deslocações. O tratamento ocorre numa cabine de duche, em que o participante é exposto, de forma simultânea, a uma solução salina do Mar Morto a 10%, e sob uma lâmpada que emite a luz UVB de banda estreita a 311 nm [34].

O estudo orientado por Dawe *et al.* (2005) equipara a balneofototerapia em sais do Mar Morto com a fototerapia UVB em monoterapia. Neste estudo com 60 participantes apresentando psoríase em placas bilateral, foram sujeitos a uma imersão aleatória dos dois membros (antebraços/cotovelos/pernas), na qual, um dos dois, foi submetido a imersão numa solução com sais do Mar Morto – Mavena Healthcare®. Após este procedimento, os participantes foram expostos, de corpo inteiro, à fototerapia UVB. O tratamento repetiu-se durante 8 semanas. A gravidade da psoríase teve por base a descamação das placas, o eritema e a consistência das mesmas. Os gráficos da área sobre a curva da gravidade da psoríase ao longo do tempo das duas terapias, indica que estas apresentam curvas bastante similares ($p = 0,099$), embora se tenha denotado uma ligeira diminuição da área da curva da balneofototerapia, quando comparado o início ao término do tratamento ($p = 0,019$). Este estudo, o primeiro controlado e aleatório, mostra que a balneoterapia com sais do Mar Morto em combinação com a fototerapia UVB, origina uma discreta melhoria nos membros psoriáticos, do que a alcançada com a fototerapia em monoterapia. A balneoterapia mostrou ter um efeito benéfico na remoção das placas psoriáticas, mas bastante reduzido, não sendo suficiente para justificar a inconveniência e os efeitos secundários ocasionais da terapia [35].

Um outro estudo conduzido por Klein *et al.* (2011) teve como propósito, comparar a eficácia e a segurança da balneofototerapia sincronizada e a fototerapia isolada, em doentes com psoríase *vulgaris* moderada a grave. O tratamento envolveu 356 doentes, 179 dos quais praticaram balneofototerapia sincronizada, enquanto os restantes 177, realizaram fototerapia UVB em monoterapia. Ambas as terapias, foram realizadas 3 a 5 vezes por semana, durante 30 minutos, num total de 35 sessões. Na balneoterapia sincronizada com a fototerapia, foi empregue uma solução a 10% - Tomesa® - utilizada como análoga na formação dos iões da água do Mar Morto. Era permitida a utilização de

emolientes tanto na balneofototerapia, como na fototerapia. Após o término das 35 sessões, verificou-se uma diminuição do PASI de 15,1% para 2,7%, na balneofototerapia, e de, 15,3% para 8,6%, na fototerapia. Observando-se, deste modo, uma diferença de 49,5%, entre a balneofototerapia e a fototerapia, diferença esta, bastante acentuada e relevante a nível clínico. Globalmente podemos concluir com base nos critérios de avaliação, que a balneofototerapia é mais eficaz, quando comparada à fototerapia. Apesar de ser uma terapia morosa, a balneofototerapia, foi avaliada de forma positiva pelos utilizadores, em grande parte, por ser de fácil manuseio e apresentar uma taxa reduzida de efeitos adversos [36].

Efetivamente, a balneofototerapia no Mar Morto, tem se demonstrado benéfica para a maioria dos doentes com psoríase. O seu efeito clínico é baseado na elevada concentração de sal da água em combinação com a luz solar. Resultados de estudos *in vitro* e *in vivo*, demonstraram que radiação UVB de banda estreita e sal do Mar Morto, têm múltiplos efeitos sinérgicos na psoríase. Ambos são eficazes na redução do número e atividade das células de Langerhans. A elevada concentração de sais de magnésio e cálcio, inibem a proliferação de células e a atividade da elastase e de leucócitos humanos. Sendo assim, a balneofototerapia sincronizada, tem efeitos imunomoduladores, anti-inflamatórios e antiproliferativos na pele [36].

Num outro estudo foi reportada a eficácia da terapia Tomesa[®] na psoríase moderada a grave em 174 participantes, dos quais 115 são do sexo masculino, já os restantes 59 do feminino. Esta terapia, Tomesa[®], foi desenvolvida recentemente na Alemanha, com o objetivo de simular as condições análogas ao Mar Morto. Consiste em conjugar, simultaneamente, a balneoterapia numa solução salina rica em magnésio com a fototerapia UVB de forma sincronizada. O estudo comportou duas fases: a de tratamento basal e a de manutenção. A fase de tratamento, foi executada, 3 a 5 vezes por semana, num total de 30 sessões. Consistiu em sessões de 26 minutos, nas quais, a dose de radiação a que foram expostos cada participante, era determinada segundo o tipo de pele de cada um. Enquanto a fase de manutenção, foi efetuada uma vez por semana, até atingir um total de 30 sessões. Tanto na fase de tratamento, como na de manutenção, a gravidade da doença foi determinada com base no PASI. Foi também aplicado um questionário com 15 questões, onde foram abordados 4 temas: atividades diárias, vida profissional, vida pessoal e tratamento a que foram sujeitos. Este questionário foi realizado de forma a avaliar a qualidade de vida dos participantes e a sua satisfação com o tratamento. A fase de tratamento basal foi concluída por 119 participantes, dos 174 iniciais, sendo que 30

participantes (25,21%) alcançaram uma redução do PASI de 90% (PASI-90), 32 (26,89%) conseguiram um PASI-75 e 10 (8,4%) obtiveram um PASI-50. Quanto à avaliação da qualidade de vida, tendo como referência o início e o fim do tratamento basal, foi observada uma melhoria de 51,16% ($p < 0,05$). Na fase de tratamento de manutenção, o PASI reduziu de 5,8 para 3,6%. Perante estes resultados, pode concluir-se que a balneofototerapia Tomesa[®], apresenta uma boa eficácia, é tolerável pelos doentes e pode ser uma boa opção no tratamento de doenças crónicas, tais como, a psoríase [37].

3.8 - RUSANDA

Golusin *et al.*, (2015) teve como objetivo, analisar o efeito do calcipotriol no tratamento da psoríase em placas, de forma isolada, ou combinado com água termal de Rusanda e pelóides. Este estudo abrangeu 60 doentes. Posteriormente, foram divididos em dois grupos, 30 para cada lado. O tratamento do primeiro grupo, englobou o calcipotriol com a balneoterapia no spa de Rusanda e pelóides, enquanto que, no segundo grupo, a terapia adotada baseou-se somente no calcipotriol. O estudo durou 21 dias (3 semanas) e cada doente foi acompanhado, no mínimo, por mais um mês, após o término do mesmo. A eficácia do tratamento, foi determinada por intermédio do PASI. Após as 3 semanas de tratamento, o grupo I, mostrou uma redução no PASI de 59,45%, enquanto que, o grupo II, apresentou uma redução de 39,34%. Um mês após o final do tratamento, voltou a verificar-se a mesma tendência, o grupo I apresenta uma redução do PASI superior à do grupo II, 58,44% e 34,78%, respetivamente. A eficácia do tratamento que combina o calcipotriol, com a balneoterapia e os pelóides, mostrou ser muito superior, quando comparada com o calcipotriol em monoterapia ($p < 0,05$). O que demonstra, mais uma vez, que a balneoterapia é extremamente importante e essencial, no tratamento da psoríase. A água do spa de Rusanda, é oligomineral, rica em bicarbonato de sódio e apresenta um carácter alcalino (pH = 9,3-9,4) [21].

3.9 - SALIES DE BÉARN

Um outro estudo, desta vez, nas termas de Salies de Béarn (França), teve como finalidade, comparar a balneoterapia com água salina e a fototerapia de modo isolado, com estas duas terapêuticas combinadas, de forma a observar a sua eficácia no tratamento da psoríase em placas. Dos 71 participantes, foram formados 3 grupos: grupo I (balneoterapia), grupo II (fototerapia) e grupo III (balneoterapia e fototerapia). Os 3

grupos foram sujeitos às diferentes terapias, 5 vezes por semana, num total de 21 dias (3 semanas). Em relação aos grupos que praticaram fototerapia isolada (grupo II) e o que se sujeitou à terapia combinada, balneoterapia e fototerapia (grupo III), foi observada uma eficácia muito similar entre os dois, pois verificou-se uma alteração no PASI de 64% e 55%, respetivamente. Enquanto no grupo I, a variação do PASI, ficou-se pelos 29% ($p < 0.001$). A balneoterapia com águas apresentando elevadas concentrações de sal, mostrou desencadear, a eluição de vários mediadores quimiotáticos, como a elastase e as citocinas, da pele psoriática, conduzindo a um efeito anti-inflamatório. Embora em monoterapia, não se revele tão benéfica nem tão eficaz, quando comparada à fototerapia isolada ou conjugada. A água destas termas é naturalmente salina, rica em magnésio, e contém 26 elementos químicos, entre os quais se destacam, o bromo e o lítio. A maioria dos tipos de psoríase, exceto a psoríase pustulosa generalizada, respondem ao tratamento. No entanto, os agentes responsáveis pelos efeitos terapêuticos da balneofototerapia com água salgada, ainda não foram completamente esclarecidos. Um papel importante é atribuído à radiação UV natural ou artificial, mas um efeito terapêutico atribuído à água salgada, está a ser considerado. Os banhos com altas concentrações de soluções salinas, podem desencadear uma eluição de vários mediadores quimiotáticos e pro-inflamatórios, incluindo a elastase e citocina, provenientes da pele afetada, e podem levar a efeitos anti-inflamatórios. Além disso, efeitos imunomoduladores envolvendo várias células (linfócitos e células de Langerhans) e citocinas (interleucinas 2 e interferões gama) foi demonstrado *in vitro* durante a balneoterapia [38].

CONCLUSÃO

Atendendo a que não existe ainda nenhuma cura reconhecida para a psoríase, a adoção de terapêuticas combinadas é normalmente utilizada para reduzir a gravidade de sintomas e diminuir o seu impacto sobre a qualidade de vida dos doentes com psoríase. A terapêutica de ação tópica pode ser útil para o alívio sintomático, especialmente em casos de psoríase ligeira. Para a psoríase moderada a grave, as terapêuticas médicas padronizadas são as de ação sistémica e a fototerapia. No entanto, o tratamento sistémico (metotrexato, ciclosporina, etc) está associado a uma toxicidade sistémica significativa e deve ser bem monitorizada. Assim, a balneoterapia isolada e em combinação com a fototerapia e helioterapia, parecem ser as alternativas mais comuns e para as quais existem comprovadamente evidências científicas que demonstram os benefícios acrescidos destas terapêuticas sendo aplicadas muitas vezes com sucesso em muitos centros internacionais para o tratamento da psoríase.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- [1] C. Mikula (2003). *Balneo-phototherapy: a new holistic approach to treating psoriasis*. J. Am. Acad. Nurse Pract. 15(6):253–9.
- [2] A. Verhagen, S. Bierma-Zeinstra, J. Lambeck, J.R. Cardoso, R. de Bie, M. Boers, H.C.W. de Vet (2008). *Balneotherapy for osteoarthritis. A cochrane review*. J. Rheumatol. 35(6):1118–1123.
- [3] G.A. Moss (2010). *Water and health: a forgotten connection?* Perspect. Public Health. 130(5):227–232.
- [4] I. Ghersetich, T.M. Lotti, Immunologic aspects: Immunology of mineral water spas, Clin. Dermatol. 14 (1996) 563–566. doi:10.1016/S0738-081X(96)00085-5.
- [5] R. Faílde, L. Mosqueira (2006). *Afecciones dermatológicas y cosmética dermatermal*. In Técnicas y Tecnologías en Hidrología Médica e Hidroterapia (175-194). Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias - AETS.
- [6] S. Laquieze, J. Czernielewski, E. Baltas (2007). *Beneficial use of Cetaphil® Moisturizing Cream as part of a daily skin care regimen for individuals with rosacea*. J. Dermatolog. Treat. 18(3):158–162.
- [7] K.S. Leslie, G.W. Millington, N.J. Levell (2004). *Sulphur and skin: from Satan to Saddam!* J. Cosmet. Dermatol. 3(2):94–98.
- [8] T. Brockow, R. Schiener, A. Franke, K.L. Resch, R.U. Peter (2007). *A pragmatic randomized controlled trial on the effectiveness of low concentrated saline spa water baths followed by ultraviolet B (UVB) compared to UVB only in moderate to severe psoriasis*. J. Eur. Acad. Dermatology Venereol. 21(8):1027–1037.
- [9] S.R. Feldman, B. Goffe, G. Rice, M. Mitchell, M. Kaur, D. Robertson, D. Sierka, J.A. Bourret, T.S. Evans, A. Gottlieb (2016). *The Challenge of Managing Psoriasis: Unmet Medical Needs and Stakeholder Perspectives*. Am. Health Drug Benefits. 9(9):504-513.
- [10] V. Panico, R. Imperato (2009). *The psoriasis: a therapeutic alternative with sulphureous water of Terme Capasso*. Journal of Water & Wellness 1(1):40-50.
- [11] M. Pradhan, D. Singh, M.R. Singh (2013). *Novel colloidal carriers for psoriasis: Current issues, mechanistic insight and novel delivery approaches*. J. Control. Release. 170(3):380–395.
- [12] M.L. Shelling, D.G. Federman, S. Prodanovich, R.S. Kirsner (2008). *Psoriasis and vascular disease: an unsolved mystery*. Am. J. Med. 121(5):360-365.

- [13] L. Iversen, M.M. Lange, R. Bissonette, A.V.E. Carvalho, P.C. van de Kerkhof, B. Kirby, C.E. Kleyn, C.W. Lynde, J.M. van der Walt, J.J. Wu (2017). *Topical treatment of psoriasis: Questionnaire results on topical therapy accessibility and influence of body surface area on usage*. J. Eur. Acad. Dermatology Venereol. 31(7):1188-1195.
- [14] B.A. Louden, D.J. Pearce, W. Lang, S.R. Feldman (2004). *A Simplified Psoriasis Area Severity Index (SPASI) for rating psoriasis severity in clinic patients*. Dermatol. Online J. 10(2):7.
- [15] C.S. Carlin, S.R. Feldman, J.G. Krueger, A. Menter, G.G. Krueger (2004). *A 50% reduction in the Psoriasis Area and Severity Index (PASI 50) is a clinically significant endpoint in the assessment of psoriasis*. J. Am. Acad. Dermatol. 50(6):859–866.
- [16] G. Borroni, V. Brazzelli, L. Fornara, R. Rosso, M. Paulli, C. Tinelli, O. Ciocca (2013). *Clinical, pathological and immunohistochemical effects of arsenical-ferruginous spa waters on mild-to-moderate psoriatic lesions: a randomized placebo-controlled study*. Int. J. Immunopathol. Pharmacol. 26(2):495-501.
- [17] M.T. Islam, H.K. Paul, S.M. Zakaria, M.M. Islam, M. Shafiquzzaman (2011). *Epidemiological determinants of psoriasis*. Mymensingh Med J. 20(1):9–15.
- [18] W.H.C. Burgdorf (2004). *Fitzpatrick's dermatology in general medicine*. 6th edition, J. Am. Acad. Dermatol. 51(2):325–326.
- [19] D.G. Ruiz, M.N.L. de Azevedo, O.L. da R. Santos (2012). *Artrite psoriásica: entidade clínica distinta da psoríase?* Rev. Bras. Reumatol. 52(4):630–638.
- [20] M. Carreira, C.M. D'Arrábida (2014). *Tratamento da psoríase com agentes biológicos no doente adulto*, Direção Geral da Saúde. 1-18.
- [21] Z. Golusin, M. Jovanović, N. Magda, S. Stojanović, M. Matić, A. Petrović (2015). *Effects of Rusanda Spa balneotherapy combined with calcipotriol on plaque psoriasis*. Vojnosanit. Pregl. 72(11):1010–1017.
- [22] R. Schiener, T. Brockow, A. Franke, B. Salzer, R.U. Peter, K.L. Resch (2007). *Bath PUVA and saltwater baths followed by UV-B phototherapy as treatments for psoriasis: a randomized controlled trial*. Arch. Dermatol. 143(5):586–596.
- [23] C. Merial-Kieny, X. Mengual, D. Guerrero, V. Sibaud (2011). *Clinical efficacy of Avène hydrotherapy measured in a large cohort of more than 10,000 atopic or psoriatic patients*. J. Eur. Acad. Dermatology Venereol. 25 (suppl. 1): 30–34.
- [24] C. Taieb, V. Sibaud, C. Merial-Kieny (2011). *Impact of Avène hydrotherapy on the quality of life of atopic and psoriatic patients*. J. Eur. Acad. Dermatology Venereol. 25 (suppl. 1) 24–29.

- [25] A. Peroni, P. Gisondi, M. Zanoni, G. Girolomoni (2008). *Balneotherapy for chronic plaque psoriasis at Comano spa in Trentino, Italy*. *Dermatol. Ther.* 21 (suppl. 1) S31–38.
- [26] S. Tabolli, A. Calza, C. Di Pietro, F. Sampogna, D. Abeni (2009). *Quality of life of psoriasis patients before and after balneo - or balneophototherapy*. *Yonsei Med. J.* 50 (2):215–221.
- [27] D.N. Baros, V.S. Gajanin, R.B. Gajanin, B. Zrnić (2014). *Comparative analysis of success of psoriasis treatment with standard therapeutic modalities and balneotherapy*. *Med. Pregl.* 67 (5-6):154–160.
- [28] J.H. Olafsson, B. Sigurgeirsson, R. Pálssdóttir (1996). *Psoriasis treatment: bathing in a thermal lagoon combined with UVB, versus UVB treatment only*. *Acta Derm Venereol.* 76(3):228–230.
- [29] J.H. Eysteinsdóttir, J.H. Ólafsson, B.A. Agnarsson, B.R. Lúðvíksson, B. Sigurgeirsson (2014). *Psoriasis treatment: faster and long-standing results after bathing in geothermal seawater. A randomized trial of three UVB phototherapy regimens*. *Photodermatol. Photoimmunol. Photomed.* 30(1):25–34.
- [30] E. Tsourelis-Nikita, G. Menchini, I. Ghersetich, J. Hercogova (2002). *Alternative treatment of psoriasis with balneotherapy using Leopoldine spa water*. *J. Eur. Acad. Dermatology Venereol.* 16(3):260–262.
- [31] S. Halevy, H. Giryas, M. Friger, S. Sukenik (1997). *Dead sea bath salt for the treatment of psoriasis vulgaris: a double-blind controlled study*. *J. Eur. Acad. Dermatology Venereol.* 9(3):237–242.
- [32] O. Elkayam, J. Ophir, S. Brener, D. Paran, I. Wigler, D. Efron, Z. Even-Paz, Y. Politi, M. Yaron (2000). *Immediate and delayed effects of treatment at the Dead Sea in patients with psoriatic arthritis*. *Rheumatol. Int.* 19(3):77–82.
- [33] S. Halevy, H. Giryas, M. Friger, N. Grossman, Z. Karpas, B. Sarov, S. Sukenik (2001). *The role of trace elements in psoriatic patients undergoing balneotherapy with Dead Sea bath salt*. *Isr. Med. Assoc. J.* 3 (11) 828–832.
- [34] P. Holló, R. Gonzalez, M. Kása, A. Horváth (2005). *Synchronous balneophototherapy is effective for the different clinical types of psoriasis*. *J. Eur. Acad. Dermatology Venereol.* 19(5):578–581.
- [35] R.S. Dawe, S. Yule, H. Cameron, H. Moseley, S.H. Ibbotson, J. Ferguson (2005). *A randomized controlled comparison of the efficacy of Dead Sea salt balneophototherapy vs. narrowband ultraviolet B monotherapy for chronic plaque psoriasis*, *Br. J. Dermatol.* 153(3):613–619.

- [36] A. Klein, R. Schiffner, J. Schiffner-Rohe, B. Einsele-Krämer, J. Heinlin, W. Stolz, M. Landthaler (2011). *A randomized clinical trial in psoriasis: Synchronous balneophototherapy with bathing in Dead Sea salt solution plus narrowband UVB vs. narrowband UVB alone (TOMESA-study group)*. J. Eur. Acad. Dermatology Venereol. 25(5):570–578.
- [37] A. Cattaneo, S.A. Violetti, S. Tavecchio, E. Bruni, C. Carrera, C. Crosti (2012). *Tomesa balneophototherapy in mild to severe psoriasis: A retrospective clinical trial in 174 patients*. Photodermatol. Photoimmunol. Photomed. 28(3):169–171.
- [38] C. Léauté-Labrèze, F. Saillour, G. Chêne, C. Cazenave, M.L. Luxey-Bellocq, C. Sanciaume, J.F. Toussaint, A. Taïeb (2001). *Saline spa water or combined water and UV-B for psoriasis vs conventional UV-B: Lessons from the Salies de Béarn randomized study*. Arch. Dermatol. 137(8):1035–1039.
- [39] G. Borroni, V. Brazzelli, L. Fornara, R. Rosso, M. Paulli, C. Tinelli, O. Ciocca (2013). *Clinical, pathological and immunohistochemical effects of arsenical-ferruginous spa waters on mild-to-moderate psoriatic lesions: a randomized placebo-controlled study*. Int. J. Immunopathol. Pharmacol. 26(2):495–501.
- [40] J. Shani, R. Sharon, R. Koren, Z. Even-Paz (1987). *Effect of Dead-Sea brine and its main salts on cell growth in culture*. Pharmacology. 35(6):339–347.

ANEXOS

ANEXO I - ZONA DE PREPARAÇÃO DE MEDICAÇÃO




ANEXO II - ZONA DE ARMAZENAMENTO DOS DISPOSITIVOS MÉDICOS



ANEXO III - ZONA DE ARMAZENAMENTO DAS SOLUÇÕES DE GRANDES VOLUMES



ANEXO IV - REQUISIÇÃO INTERNA EM SUPORTE DE PAPEL



Irmãs Hospitaleiras
CASA DE SAÚDE BENTO MENNI

Piso 0

Original - Depósito de Medicamentos
Duplicado - Unidade

Requisição Interna / Guia de Saída Nº _____

Sector Requesitante:		Requisição Interna / Guia de Saída Nº _____						
Designação	Quant. Pedida	Quant. Fornecida	Designação	Quant. Pedida	Quant. Fornecida	Designação	Quant. Pedida	Quant. Fornecida
MATERIAL DE USO CLINICO			SOROS			ALIMENTAÇÃO		
Adesivo comun castanho 1,25 cm			Água Bidestilada 10 ml			Nutrison Pack Standard 1L		
Adesivo comun castanho 2,5 cm			Esterofundina A-G 1000ml					
Adesivo comum castanho 10 cm			Isofundin 1000 ml			Nutrison Dison 500ml		
Adesivo Hipoalergico 10x15 cm	547	100	Soro Fisiológico 1000ml			Fortimel 200 ml		
Agulhas IM			Soro Fisiológico 100ml					
Agulhas IV			Soro Fisiológico 500ml			Cubitan 200ml		
Algália Latex nº 18			Soro Glucosado 5% 500ml					
Algália Latex nº 20			SOL. INJECTÁVEIS			OUTROS		
Algália Silicone nº 18			Aminofilina 240mg/10 ml			Lactato de Ringer 500ml		
Bisturi			Ceftriaxona 1g IV					
Catéter Intravenoso Periférico 20			Ceftriaxona 2g IV			Algodão Hidrofilico		
Catéter Intravenoso Periférico 22			Lasix 20mg/2 ml					
Compressa Gaze Esteril. 10x10			Metoclopramida 10mg/2ml			Haldol Gotas		
Compressa Gaze Esteril. 10x20		100	Pantoprazol 40 mg IV					
Compressa Gaze Esteril. 7,5x7,5			Perfalgan 1g IV					
Compressa Gaze Gorda			PSIQUIATRIA			gaze gorda	3	
Compressa Gaze Não Est. 10x10			Solu-Medrol 125 mg			algodão	4	
Compressa Gaze Não Est. 10x20			Anatensol Descanoato					
Compressa Gaze Não Est. 7,5x7,5			Cisordinol 200 amp.					
Fitas BM Teste			Diazepam ampolas					
Lancetas			Fenergan Amp					
Ligadura de Gaze 10x10			Haldol Dec. 100 mg					
Luvax esterilizadas 6,5			Haldol Dec. 50 mg					
Luvax esterilizadas 7,5			Haloperidol Amp.					
Luvax Latex L			Nozinan Amp.					
Luvax Latex M			Tercian Gotas					
Luvax Latex S			CLINICA GERAL					
Optilube gel			Bepantene creme					
Sacos Colectores de Urina			Betadine pomada					
Seringas 10 ml			Betadine Sol. 100ml					
Seringas 2,5 ml c/agulha			Halibut Pomada					
Seringas 20 ml			Combivente					
Seringas 5 ml			Dulcogotas					
Seringas Alimentação 100 ml			Dulcolax comp					
Sistema de Nutrison			Elocom Creme					
Sistemas de Soros			Elocom Solução					
Sonda Aspiração			Eludril 500ml					
Sondas Nasogástricas nº18			Fluimucil Amp.					
Sondas Oxigênio nº8			Halibut					
Tampa (bionector)			Laevolac Cart.					
			Microlax					

Responsável Setor Requisitante: _____

Responsável pelo Depósito de Medicamentos: _____

Recção dos Bens: _____

Transferência Nº _____ Piso Nº _____

Consumo imputável Nº _____

Data: _____

Data: _____

Data: _____

ANEXO V - TRANSFERÊNCIA INTERNA

CASA DE SAÚDE BENTO MENNI

DE : UNIDADE/SERVIÇO

Arm. Med. e Dispositivos / 130

PARA : UNIDADE/SERVIÇO

Arm. Gab. Enfermagem (Piso 2) / 132

TRANSFERÊNCIA INTERNA 13000145

TRANSFERIDO EM : 05.07.2017

POR : Dra. Carolina Lourenço Costa

STATUS: Transferido


REFERÊNCIA	Lote	DESIGNAÇÃO	QUANT	UN	Qty em	OBSERVAÇÕES
520201002000010003	1312231	Algália Foley Látex Nº 18 (cx de 10 unid)	4,000	UN		
520201011000080008		Compressa Gaze Esterilizada 7.5x7.5	200,000	UN		
520201008000010004	1609002	Seringa 2.5ml + Agulha 21Gx1.5	30,000	UN		
520101033000080003	2016069	Sistema Flocare 800 Pack Universal p/Bomba Nutrição Entérica	6,000	UN		
520101047000080012	162019	Sonda Nasogástrica Nº 18	15,000	UN		
520101047000080015	14 26 19	Sonda Oxigênio Nº 8 (cx de 50 unid)	10,000	UN		
510304001000650029	CY004	Lasix 20 mg/2 ml 5 Sol inj 2 ml	2,000	UN		
510802002007950011	R65717	Solu-Medrol 125 mg/2 ml 1 Pó sol inj 2 ml	12,000	UN		
510209002011640008	2521533	Cisordinol Depot 200 mg/1 ml 1 Sol inj 1 ml	2,000	UN		
510209002000700009	GHB2M0	Haldol Decanoato 50 mg/1 ml 1 Sol inj 1 ml	7,000	UN		
510209002000700009	GKB3F0	Haldol Decanoato 50 mg/1 ml 1 Sol inj 1 ml	3,000	UN		

Conferido e aceite por: _____ em: _____

ANEXO VI - DISTRIBUIÇÃO INDIVIDUAL DIÁRIA EM DOSE UNITÁRIA - CARRO DE PREPARAÇÃO



ANEXO VII - ESQUEMA TERAPÊUTICO


IRMÃS HOSPITALEIRAS
 do Sagrado Coração de Jesus
 CASA DE SAÚDE BENTO MENNI

Ans

N.º PROCESSO
 CÓDIGO

ESQUEMA - TERAPÊUTICO

NOME _____ Data da Consulta ____/____/____
 Próxima Consulta ____/____/____


Medicamentos	Pequeno Almoço	Almoço	Lanche	Jantar	Deitar	Obs.
Diogem 5	1	1				
Teanabol 100 CR	1			1		
Bialminal 100mg (Ferrobetal)				1		
Neurobion	1	1		1		
Spasmoplex	1					
Zyflam 100	1					
Intervetiva 20				1		
Eutinox 0,50	1					
Fungomida	1/2					
Boniviz 150	- dia 28 de cada mês					
Acido Acetil salicilico 100	1					
Haldol 5mg IM 50's						

A (O) ENFERMEIRA (O) Levetiracetam 250mg 1

A (O) MÉDICA (O) ASSISTENTE 1

FC 001

ANEXO VIII - ALTERAÇÃO TERAPÊUTICA


IRMÃS HOSPITALEIRAS
 do Sagrado Coração de Jesus
 CASA DE SAÚDE BENTO MENNI

U-0

N.º de Processo 13

REGISTO DE ALTERAÇÕES TERAPÊUTICAS

NOME DO UTENTE _____

FÁRMACO	PA	A	L	J	D
Ruminal 0,10				1	
Levetiracetam 250	1			1	
Neindiacu	1	1		1	
Sug. perde / Adente					
		13-06:	130022	53	
Diazepam 10		14-06:	130022	54	
Ruminal 0,20		15-06:	130022	55	
Acineton Altard.		Alteração feita			
					Esq. -

DATA: 13, 6 2011 Enfermeiro _____

ANEXO IX - DISTRIBUIÇÃO INDIVIDUAL DIÁRIA EM DOSE UNITÁRIA: - DOMICÍLIO

Hospitaleiras
CENTRO DE SAÚDE MENTAL

ESQUEMA TERAPÊUTICO

N.º PROCESSO CÓDIGO: **1778**

Data da Consulta: _____
Próxima Consulta: _____

NOME: _____

Medicamentos	Pequeno Almoço	Almoço	Lanche	Jantar	Deitar	Obs.
Eutirox 0.1 mg	1					
Pantoprazol 20 mg	1					
Índeral 10 mg		1				
Lorazepam 2.5 mg					1	
Rivotril 0.5 mg	1			1		
Tegretol Cr 400 mg	1			1		
Ácido Valpróico 500 mg	1			1		
Haldol Decanoato 100 mg/1 ml						21 de cada mês
Olanzapina 10 mg					1	

A (O) ENFERMEIRA (O): _____
A (O) MÉDICO (O) ASSISTENTE: _____

MOD.134.01
Hospital das Finanças Hospitais de Sagrada Família, Condição de Jesus
Rua José dos Santos - Bairro da Luz, 4300-576, Guarda
Tel: (+351) 271 287 842 Fax: (+351) 271 223 540
www.irmahospitaisdeira.pt/ufcm

FEVEREIRO
S T Q Q S S D
1 2 3 4 5
6 7 8 9 10 11 12
13 14 15 16 17 18 19
20 21 22 23 24 25 26
27 E

ABRIL
S T Q Q S S D
1 2
3 4 5 6 7 8 9
10 11 12 13 F 15 P
17 18 19 20 21 22 23
24 F 26 27 28 29 30

Pequeno Almoço

Almoço

Jantar

Deitar