



UNIVERSIDADE D
COIMBRA

Marta Ramos Tavares

Relatórios de Estágio e Monografia intitulada “A Importância do Farmacêutico no Seguimento do Doente Idoso” referentes à Unidade Curricular “Estágio”, sob a orientação da Doutora Marília João Rocha, da Dra. Raquel Sofia Lobo Teles Tavares e da Professora Doutora Victoria Bell é apresentado à Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra, para apreciação na prestação de provas públicas de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas.

Julho de 2020



UNIVERSIDADE D
COIMBRA

Marta Ramos Tavares

Relatórios de Estágio e Monografia intitulada "A Importância do Farmacêutico no Seguimento do Doente Idoso" referentes à Unidade Curricular "Estágio", sob a orientação da Doutora Marília João Rocha, da Dr.^a Raquel Sofia Lobo Teles Tavares e da Professora Doutora Victoria Bell e apresentados à Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra, para apreciação na prestação de provas públicas de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas.

Julho 2020

Eu, Marta Ramos Tavares, estudante do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas, com o nº 2015206960, declaro assumir toda a responsabilidade pelo conteúdo do Documento Relatórios de Estágio e Monografia intitulada “A Importância do Farmacêutico no Seguimento do Doente Idoso” apresentados à Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra, no âmbito da unidade de Estágio Curricular.

Mais declaro que este Documento é um trabalho original e que toda e qualquer afirmação ou expressão, por mim utilizada, está referenciada na Bibliografia, segundo os critérios bibliográficos legalmente estabelecidos, salvaguardando sempre os Direitos de Autor, à exceção das minhas opiniões pessoais.

Coimbra, 6 de julho de 2020.

Marta Ramos Tavares

(Marta Ramos Tavares)

Agradecimentos

Este trabalho simboliza a reta final de 5 anos de estudo, repletos de crescimento pessoal e intelectual, de momentos e vivências inesquecíveis, que não teria sido possível sem o apoio incondicional de algumas pessoas, às quais expresso o meu profundo agradecimento.

Aos meus pais, Benvinda e Pedro, que me ajudam, acompanham e apoiam sempre em tudo na minha vida, com a máxima dedicação e carinho. Obrigada por tudo o que fazem por mim.

À minha irmã, Rita, por me transmitir os seus melhores conselhos e por estar sempre presente em todos os momentos importantes da minha vida.

Às minhas grandes amigas, Paula Biscaia e Inês Veiga, por toda a ajuda e apoio que me forneceram para a melhorar o meu trabalho.

A todas as minhas amigas que partilharam comigo os melhores momentos da minha vida académica.

À Doutora Marília Rocha e a toda a equipa do CHUC pelo acompanhamento ao longo do Estágio em Farmácia Hospitalar. Um agradecimento especial à Dra. Maria Teresa Santos, por toda a aprendizagem que adquiri junto dela.

À Dr.^a Raquel Lobo e à restante equipa da Farmácia Recardães, por me acolherem da melhor forma e por todos os conhecimentos que me transmitiram, que me fizeram crescer enquanto futura Farmacêutica.

Um agradecimento muito especial, à minha orientadora de monografia, Professora Doutora Victoria Bell, por toda a disponibilidade e ajuda para a concretização deste trabalho.

Obrigada a todos!

Marta Ramos Tavares

RELATÓRIO DE ESTÁGIO EM FARMÁCIA HOSPITALAR

Lista de Abreviaturas	8
Lista de Figuras	9
1. Introdução	10
2. Análise SWOT	12
2.1. Pontos Fortes	13
2.1.1. Adquiri novas experiências pessoais e consolidei conhecimentos e competências obtidos durante o MICF	13
2.1.2. Possibilidade de passar por diferentes setores dos SF hospitalares do CHUC, nomeadamente: Distribuição e Farmacotecnia - UMIV, UPC, Ambulatório da UPC e Radiofarmácia	13
2.1.3. O CHUC é um hospital central e universitário com diversas valências.....	14
2.2. Pontos Fracos	14
2.2.1. Curta duração do estágio nas diferentes unidades do setor da Farmacotecnia	14
2.2.2. Não realização de estágio noutros setores e noutros polos do CHUC.....	14
2.3. Oportunidades	15
2.3.1. Formação Contínua	15
2.3.2. Contacto com novos medicamentos que até então desconhecia.....	15
2.4. Ameaças	16
2.4.1. Falta de conhecimento do plano de estágio nos diferentes setores dos Serviços Farmacêuticos do CHUC	16
3. Conclusão	17
Referências Bibliográficas	18
Anexos	19
Anexo 1: Apresentação do setor da Distribuição e adicionalmente os quadros pertencentes ao Caderno de Estagiário relativos à Distribuição.....	19
Anexo 2: Caso Clínico realizado durante o estágio curricular em Farmácia Hospitalar.	21

RELATÓRIO DE ESTÁGIO EM FARMÁCIA COMUNITÁRIA

Lista de Abreviaturas	28
Lista de Figuras	29
1. Introdução	30
2. Análise SWOT	31
2.1. Pontos Fortes	32
2.1.1. Farmácia da minha localidade	32
2.1.2. Plano de estágio adequado	32
2.1.3. Organização da farmácia.....	33

2.1.4. Ausência de sistema robotizado	34
2.1.5. Consolidação de conhecimentos e competências adquiridos durante o curso MICF.....	35
2.2. Pontos Fracos	35
2.2.1. Associação entre os princípios ativos e os nomes comerciais dos medicamentos	35
2.2.2. Dificuldades no aconselhamento de produtos de saúde e bem-estar	35
2.2.3. Serviços de revisão da medicação e seguimento farmacoterapêutico	36
2.3. Oportunidades.....	36
2.3.1. Preparação de medicamentos manipulados.....	36
2.3.2. Farmácia em tempo de pandemia.....	37
2.3.3. Formações complementares.....	37
2.3.4. Dois módulos do Sifarma®	38
2.4. Ameaças	38
2.4.1. A pandemia de COVID-19.....	38
3. Caso Clínico.....	39
4. Conclusão	41
Referências Bibliográficas	42
Anexo Figuras.....	43
Monografia - "A IMPORTÂNCIA DO FARMACÊUTICO NO SEGUIMENTO DO DOENTE IDOSO"	
Lista de Abreviaturas.....	47
Lista de Tabelas.....	48
Resumo	49
Abstract.....	50
1. Introdução.....	51
2. O envelhecimento e o idoso.....	52
2.1. Definição de envelhecimento e de idoso	52
2.2. Dados estatísticos do envelhecimento.....	52
2.3. Alterações fisiológicas e principais doenças nos idosos.....	53
2.4. Fatores de risco no envelhecimento	53
2.5. Problemas associados ao consumo de medicamentos nos idosos	53
3. Respostas sociais para idosos	55
4. Estratégias para o envelhecimento ativo e saudável.....	55
5. A importância do farmacêutico no seguimento do doente idoso.....	57
5.1. Promoção do uso correto, efetivo e seguro dos medicamentos	58
5.1.1. Dispensa de medicamentos.....	59
5.1.2. Serviço de revisão da medicação (RevM)	59

5.1.3. Serviço de reconciliação da medicação (RecM)	61
5.1.4. Serviço da preparação individualizada da medicação (PIM)	62
5.2. Promoção da literacia em saúde nos idosos e formação aos cuidadores informais.....	63
5.3. Apoio da farmácia às ERPIs.....	64
5.4. Apoio da farmácia ao domicílio do idoso.....	65
5.5. Identificação de idosos suspeitos de doenças crónicas	66
5.6. Promoção do envelhecimento ativo e saudável.....	66
6. Conclusão	68
Referências Bibliográficas	70
Anexos	80
Anexo 1: Proposta de modelo da tabela do registo farmacoterapêutico a utilizar no serviço de revisão da medicação.	80
Anexo 2: Proposta de modelo da tabela a utilizar na gestão da medicação nas estruturas residenciais para idosos.....	81

RELATÓRIO DE ESTÁGIO EM FARMÁCIA HOSPITALAR



Lista de Abreviaturas

CHUC – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

FFUC – Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra

HUC – Hospitais da Universidade de Coimbra

IV – Intravenoso

MICF – Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas

PET – Tomografia por Emissão de Positrões

SF – Serviços Farmacêuticos

SGICM – Sistema de Gestão Integrada do Circuito do Medicamento

SWOT – *Strenghts, Wheaknesses, Opportunities and Threats*

UMIV – Unidade de Misturas Intravenosas

UPC – Unidade de Preparação de Citotóxicos

Lista de Figuras

Figura I – Diagrama da Análise SWOT.....	12
Figura II – Apresentação do setor da Distribuição e adicionalmente os quadros pertencentes ao Caderno de Estagiário relativos à Distribuição (Anexo I)	19
Figura III – Caso clínico realizado durante o estágio curricular em Farmácia Hospitalar (Anexo 2).....	21

I. Introdução

No seguimento da Unidade de Estágio Curricular, do segundo semestre, do quinto ano de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas (MICF), da Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra (FFUC), tive a oportunidade de realizar nos meses de janeiro e fevereiro de 2020, uma parte do estágio curricular nos Serviços Farmacêuticos (SF), do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC).

O CHUC é um hospital central com múltiplas valências e é constituído pelos Hospitais da Universidade de Coimbra (HUC), Hospital Pediátrico, Hospital Geral, Hospital Sobral Cid e Maternidades Daniel de Matos e Bissaya Barreto, tendo como missão a prestação de cuidados de saúde de elevada qualidade e diferenciação, num contexto de formação, ensino, investigação, conhecimento científico e inovação, constituindo-se como uma referência nacional e internacional em áreas consideradas como polos de excelência (CHUC, 2012).

O Decreto-Lei nº 44 204, de 2 de Fevereiro de 1962 – “Regulamento geral da Farmácia hospitalar”, regulamenta a atividade farmacêutica hospitalar, definindo a constituição e as competências dos SF hospitalares (Infarmed, 1962). Os SF hospitalares são o serviço que, nos hospitais, assegura a terapêutica medicamentosa aos doentes, a qualidade, eficácia e segurança dos medicamentos, integra as equipas de cuidados de saúde e promove ações de investigação científica e de ensino (Brou et al., 2005).

No âmbito das funções do farmacêutico hospitalar, este contribui para uma aquisição e gestão equilibrada de todo o circuito do medicamento. Possui também uma importância significativa na produção, armazenamento e distribuição de medicamentos, reagentes e dispositivos médicos, por forma a salvaguardar a sua correta utilização, eficácia e segurança. Deve garantir o cumprimento do plano terapêutico, no que respeita às necessidades em medicamentos, a todos os doentes do hospital, em regime de internamento e de ambulatório. Promove também programas de formação contínua da sua equipa de trabalho e colabora nas atividades de investigação e ensino (Brou et al., 2005; CHUC, 2020).

No decorrer do estágio que realizei nos SF hospitalares do CHUC, tive a oportunidade de estar integrada em dois grandes setores: a Distribuição no mês de janeiro e a Farmacotecnia no mês de fevereiro. Não sendo possível a realização de estágio em todos os setores dos serviços farmacêuticos, foram efetuadas apresentações, por parte de vários farmacêuticos, com vista a elucidar os estagiários sobre estes setores e as suas respetivas funções. Este estágio revelou-se fundamental para o reconhecimento do papel preponderante do farmacêutico hospitalar, consolidando desta forma, os conhecimentos académicos que adquiri. O

aprofundamento da minha aprendizagem nesta área revelou-se uma etapa muito importante na minha formação académica, profissional e pessoal, despertando-me assim um interesse redobrado por esta saída profissional.

Neste relatório pretendo descrever as forças, fraquezas, ameaças e oportunidades com que me deparei durante a realização do estágio curricular no CHUC, com base na utilização de uma análise *Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats* (SWOT).

2. Análise SWOT



Figura I – Diagrama da análise SWOT.

2.1. Pontos Fortes

2.1.1. Adquiri novas experiências pessoais e consolidei conhecimentos e competências obtidos durante o MICF

Este estágio revelou-se uma mais-valia para a minha futura profissão, uma vez que me permitiu entender as principais funções do farmacêutico hospitalar, nomeadamente as atividades que desenvolvem e a forma como se integram no ambiente hospitalar. Nesta experiência enriquecedora, adquiri novas aprendizagens e consolidei e aprofundei competências e conhecimentos obtidos ao longo do MICF.

2.1.2. Possibilidade de passar por diferentes setores dos SF hospitalares do CHUC, nomeadamente: Distribuição e Farmacotecnia - UMIV, UPC, Ambulatório da UPC e Radiofarmácia

Ao longo dos dois meses de estágio, tive a possibilidade de experienciar diferentes setores dos SF hospitalares do CHUC. Iniciei em janeiro no setor da Distribuição, sendo este um estágio orientado individualmente, pela Dr.^a Maria Teresa Santos. Este facto tornou-se uma vantagem, uma vez que tive sempre oportunidade de esclarecer dúvidas e partilhar ideias, resultando assim numa aprendizagem de grande proximidade. Nesta área foi-me permitido participar ativamente na validação de prescrições, no Sistema de Gestão Integrada do Circuito do Medicamento (SGIM), ceder medicamentos em regime de ambulatório, observar a função do farmacêutico quando se encontra na unidade de urgência e realizar a conferência do cofre de hemoderivados, estupefacientes e psicotrópicos na sala da distribuição, bem como nos stocks nivelados das enfermarias. Pude ainda realizar duas visitas ao serviço de cirurgia, onde procurei o contacto com os médicos responsáveis por determinados doentes que se encontravam a fazer antibióticos intravenosos (IV), propondo desta forma a conversão para a via oral. Esta ação teve como objetivos a redução do tempo de internamento, a diminuição do risco de complicações e de efeitos adversos, aumentando assim o conforto e segurança do doente e reduzindo os custos hospitalares.

Em fevereiro, realizei o estágio em Farmacotecnia, onde passei uma semana em cada unidade deste setor, sendo estas a Unidade de Preparação de Citotóxicos (UPC), Ambulatório da UPC, Unidade de Misturas Intravenosas (UMIV) e Radiofarmácia. Na UPC e UMIV, foi-me permitida a entrada nas unidades de produção, onde tive que usar vestuário adequado, de forma a poder participar nos processos de validação, individualização e verificação das preparações e, posteriormente observar a manipulação de medicamentos, bem como de nutrições nas câmaras de fluxo laminar horizontal e vertical. No ambulatório da UPC participei ativamente na cedência de medicamentos para patologias oncológicas. Auxiliei ainda na

verificação de lotes e validades dos medicamentos presentes em armazém, com vista a facilitar o balanço a realizar no final dessa semana. Na Radiofarmácia observei a preparação de radiofármacos e conferi os lotes e validades dos medicamentos. Neste serviço, junto dos técnicos superiores de medicina nuclear, tive a oportunidade de assistir a diferentes exames, nomeadamente a uma tomografia por emissão de positrões (PET) e a uma cintigrafia óssea.

Todas estas áreas foram sem dúvida uma novidade para mim, tornando-se numa experiência estimulante e interessante, permitindo-me adquirir novos conhecimentos e competências.

2.1.3. O CHUC é um hospital central e universitário com diversas valências

O facto de realizar o meu estágio nos Serviços Farmacêuticos de um hospital central e universitário de referência nacional e internacional foi um ponto bastante forte, uma vez que experienciei e observei diferentes realidades e funções do farmacêutico hospitalar, principalmente na área da Farmacotecnia, a qual não é realizada em todos os hospitais do país. Estagiar num hospital com estas dimensões e valências do CHUC, permitiu-me adquirir um conhecimento alargado da realidade da farmácia hospitalar.

2.2. Pontos Fracos

2.2.1. Curta duração do estágio nas diferentes unidades do setor da Farmacotecnia

Pelo facto de estar apenas uma semana em cada unidade da Farmacotecnia, nomeadamente a UMIV, UPC e Radiofarmácia, o estágio tornou-se mais observacional do que prático, não só pelo tempo reduzido em cada uma delas, mas também pelo tipo de trabalho mais prático e científico, o qual requer profissionais experientes para a realização do mesmo.

2.2.2. Não realização de estágio noutros setores e noutros polos do CHUC

Devido ao curto espaço temporal em que é realizado o estágio em farmácia hospitalar, não tive a possibilidade de conhecer outros setores para além da Distribuição e Farmacotecnia, nem pude conhecer os diferentes polos do CHUC. No entanto, pude assistir a formações teóricas sobre as funções do farmacêutico nessas áreas. É de salientar que durante apenas dois meses, seria muito difícil obter experiência nas diferentes áreas dos SF hospitalares.

2.3. Oportunidades

2.3.1. Formação Contínua

No decorrer do estágio, foi-me dada a oportunidade de assistir a apresentações dos diferentes setores dos SF hospitalares, por alguns dos quais não passei, revelando-se esta situação útil para perceber as funções do farmacêutico hospitalar nessas áreas. Para além do anteriormente referido, a partilha de experiências das estagiárias que estiveram nos diferentes setores durante o primeiro mês, forneceu também uma ideia geral de todas as atividades com que nos iríamos deparar na fase seguinte deste estágio (Anexo 1). Também o facto de, duas das nossas colegas serem brasileiras e estarem em regime de residência, foi uma oportunidade para perceber como funcionam de maneira diferente no Brasil, os Serviços Farmacêuticos hospitalares, bem como a própria formação académica.

Paralelamente, foi proposto o preenchimento de um “Caderno do estagiário” (Anexo 1), permitindo assim consolidar os conhecimentos adquiridos nas diferentes áreas com as quais contactei. Realizei e apresentei ainda um caso clínico relativamente a uma tireoidectomia total (Anexo 2).

Foi-nos também dada a oportunidade de aprofundar os conhecimentos acerca da perturbação depressiva major, uma vez que realizámos e apresentámos trabalhos neste âmbito, cabendo-me a mim os artigos que se relacionaram com os seguintes temas:

- *Da serotonina à neuro-plasticidade: A evolução das teorias para a Perturbação Depressiva Major;*
- *A depressão como uma perturbação neuro-endócrina: Abordagens neuro-psicofarmacológicas emergentes para além das monoaminas.*

2.3.2. Contacto com novos medicamentos que até então desconhecia

Ao longo do estágio contactei com novos medicamentos que até aqui eram para mim desconhecidos, nomeadamente na UMI, UPC e Radiofarmácia. A minha passagem por estas unidades permitiu-me alargar o meu conhecimento na área do medicamento e perceber melhor as suas diversas indicações terapêuticas, mecanismos de ação e interações, bem como os protocolos terapêuticos de quimioterapia seguidos pela área da oncologia, principalmente na unidade de preparação de citotóxicos (UPC).

No decorrer deste estágio, na passagem pelo ambulatório da UPC, tive também a oportunidade de receber por *e-mail*, um conjunto de *slides* explicativos da patologia do carcinoma da mama e consequente tratamento com *Palbociclib*. Adicionalmente, tive ainda acesso a um artigo de revisão publicado recentemente, que aborda desde o diagnóstico até ao tratamento desta patologia de forma transversal, de acordo com o subtipo. Estas informações

foram-me fornecidas por uma delegada de informação médica da *Pfizer*, que contactou presencialmente comigo e com as respetivas farmacêuticas presentes no ambulatório da UPC, no edifício São Jerónimo.

2.4. Ameaças

2.4.1. Falta de conhecimento do plano de estágio nos diferentes setores dos Serviços Farmacêuticos do CHUC

Com o decorrer do estágio apercebi-me que os diferentes setores não tinham conhecimento do plano de estágio, isto é, não sabiam quando começávamos em cada área, nem quantas estagiárias iam receber e, por vezes senti que não estavam bem definidas quais as tarefas que nos deveriam ser atribuídas. Se este processo tivesse sido melhorado, o pouco tempo de estágio poderia também ter sido mais rentabilizado, por forma a enriquecer ainda mais a nossa formação académica.

Como consequência, o preenchimento do caderno do estagiário e a realização dos restantes trabalhos propostos, tornaram-se numa tarefa exigente, a qual foi realizada fora das horas de estágio e com pouco acompanhamento técnico.

3. Conclusão

Os SF hospitalares são de extrema importância para garantir o correto funcionamento de um hospital, principalmente em hospitais centrais como o CHUC, onde a complexidade, responsabilidade e o volume de trabalho realizado são de maior dimensão.

Os farmacêuticos hospitalares têm um papel preponderante no meio hospitalar, garantindo que se encontram perante o medicamento correto, na quantidade certa, de forma a cumprir a prescrição médica proposta, para todos os doentes do hospital, promovendo assim a qualidade dos cuidados de saúde a nível hospitalar (Ordem dos Farmacêuticos, 1999).

Após a realização deste estágio, apesar dos pontos fracos e as ameaças que referi, a experiência revelou-se bastante positiva, e foi reforçada pelos pontos fortes e as oportunidades, considerando eu que tais situações foram importantes para se sobrepor aos aspetos menos positivos. As atividades realizadas durante o estágio permitiram-me adquirir novos conhecimentos e competências e ter uma noção mais real das diversas funções dos farmacêuticos no meio hospitalar. Desta forma, tive a possibilidade de alargar e reforçar a minha formação académica, contribuindo assim para o meu enriquecimento científico e pessoal.

Este estágio foi sem dúvida uma mais-valia, alargando os meus horizontes e abrindo assim novas perspetivas para o meu futuro.

Referências Bibliográficas

BROU, M. H., FEIO, J. A., MESQUITA., E, RIBEIRO, R. M. P., BRITO, M. C., CRAVO., C, PINHEIRO, E. – **Manual da Farmácia Hospitalar**. Lisboa: Ministério da Saúde, 2005. ISBN: 972-8425-63-5 [Consultado a 14/03/2020]. Disponível em: <https://www.infarmed.pt/documents/15786/17838/manual.pdf/a8395577-fb6a-4a48-b295-6905ac60ec6c>

CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA (CHUC), E.P.E. – **Regulamento Interno Do Centro Hospitalar E Universitário De Coimbra, E.P.E.** Coimbra: CHUC, 2012. [Consultado a 14-03-2020]. Disponível em: https://www.chuc.min-saude.pt/media/download_gallery/Regulamento_Interno_CHUC_EPE_Homologado_ARSC_20_12__2012_PB.pdf

CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA (CHUC), E.P.E. – **Suporte à Prestação de Cuidados: Serviços Farmacêuticos**. Coimbra: CHUC, 2020. [Consultado a 14/03/2020]. Disponível em: <https://www.chuc.min-saude.pt/paginas/centro-hospitalar/estrutura-organizacional/suporte-a-prestacao-de-cuidados/servicos-farmaceuticos.php>

CONSELHO DO COLÉGIO DA ESPECIALIDADE DA FARMÁCIA HOSPITALAR DA ORDEM DOS FARMACÊUTICOS. – **Boas Práticas da Farmácia Hospitalar**. 1ª Edição. Lisboa: Ordem dos Farmacêuticos, 1999. [Consultado a 15/03/2020]. Disponível em: <https://www.ordemfarmaceuticos.pt/pt/publicacoes/manuais/manual-de-boas-praticas-de-farmacia-hospitalar/>

INFARMED, I.P. – **Decreto-Lei nº 44 204, de 2 de Fevereiro de 1962: Regulamento geral da Farmácia Hospitalar**. 1962. [Consultado a 14/03/2020]. Disponível em: https://www.infarmed.pt/documents/15786/1068150/decreto_lei_44204-1962.pdf

Anexo I: Apresentação do setor da Distribuição e adicionalmente os quadros pertencentes ao Caderno de Estagiário relativos à Distribuição.

Sector Da Distribuição CHUC

Estagiário: Maria Ramos Tavares
Número de aluno: 2015206960
Tutor: Doutora Marília João

Introdução

- Os **Serviços Farmacêuticos Hospitalares** são responsáveis pela obtenção, distribuição e controlo de todos os medicamentos, dispositivos médicos e outros produtos farmacêuticos, utilizados no hospital, quer para doentes em regime de internamento, quer em regime de ambulatorio.
- A **Distribuição de Medicamentos** é o denominador comum e a face mais visível da atividade farmacêutica em todos os estabelecimentos hospitalares.
- Objetivo da Distribuição:** Tornar disponível o medicamento correto, na quantidade e qualidade certas, para cumprimento da prescrição médica proposta, para cada doente e todos os doentes do hospital.
- Horário de Funcionamento:** 24h

DISTRIBUIÇÃO : Validação

Todo o sistema de distribuição de medicamentos se inicia com uma prescrição médica.

A prescrição é efetuada no Sistema de Gestão Integrada do Circuito do Medicamento (SGICM).

Plano Farmacoterapêutico:

- ✓ Prescrições farmacológicas (medicamentos e outros produtos farmacêuticos);
- ✓ Prescrição não farmacológica (alimentação, sinais vitais, ...);
- ✓ Histórico do doente

1

DISTRIBUIÇÃO

Conversão de Antibióticos IV-Oral:

Objetivos:

- ✓ Reduzir o tempo de internamento
- ✓ Diminuir o risco de complicações
- ✓ Mais conforto e segurança do paciente
- ✓ Diminuição do tempo dispensado na preparação dos IV
- ✓ Redução da incidência de efeitos adversos relacionados à terapia IV
- ✓ Redução de infeções relacionadas ao uso de cateteres
- ✓ Redução dos custos hospitalares

2

DISTRIBUIÇÃO : Hemoderivados, Estupefacientes e Psicotrópicos

Estes medicamentos são sujeitos a uma legislação restritiva.

Disponíveis num cofre em que apenas os Farmacêuticos têm acesso.

3

DISTRIBUIÇÃO : Hemoderivados, Estupefacientes e Psicotrópicos

Em diferentes serviços (Cirurgia, Bloco operatório, Urgência...) existem também cofres de estupefacientes e stocks nivelados.

Quando há revertências (ex. altas) e os medicamentos não são utilizados pelo doente, os enfermeiros contactam o farmacêutico e este dirige-se ao serviço clínico para confirmar as revertências e realizar a devolução dos estupefacientes de novo para a Farmácia.

4

DISTRIBUIÇÃO : Ambulatório

A cedência de medicamentos a doentes em regime ambulatorio é efetuada apenas por Farmacêuticos e ocorre após:

- ✓ Consulta externa no hospital (próprio doente);
- ✓ Alta do hospital (enfermeiro);
- ✓ Inexistência em farmácia comunitária;
- ✓ Consulta extra-hospitalar (legislação);
- ✓ Pedido programado (transportadora);
- ✓ Programa de entrega de proximidade (PemProxi).

A medicação entre as consultas pode ser levantada por uma terceira pessoa (familiares, bombeiros...), mediante apresentação de uma autorização.

5

DISTRIBUIÇÃO : Ambulatório

Receita em ambulatório

6

DISTRIBUIÇÃO : Ambulatório

Folha farmacoterapêutica entregue ao doente.

7

DISTRIBUIÇÃO : Ambulatório

A medicação é fornecida para 2 meses e a dispensa gratuita.

O Farmacêutico procede à dispensa dos medicamentos com ajuda do CONSI5 e/ou das gavetas técnicas, conferindo as embalagens e o doente correto.

8

DISTRIBUIÇÃO

Medicamentos legislados:

- Fatores anti-hemofílicos, antineoplásicos, tuberculostáticos e antileproicos
- Hormona do crescimento
- Medicamentos para o tratamento de fibrose quística
- Medicamentos para o tratamento de doentes com lúpus, hemofilia ou hemoglobinopatias

Patologias específicas:

- Acromegalia
- Insuficiência Renal Crónica e Transplantação Renal
- Infecção VIH/SIDA
- Esclerose Lateral Amiotrófica
- Artrite Reumatóide, Espondilite Anquilosante, Artrite Psoriática, Artrite Idiopática Juvenil Polioartrite, Parvose Em Púscas
- Deficiência da Hormona De Crescimento Na Criança, Síndrome De Turner, Perturbações Do Crescimento, Síndrome De Prader-Willi, Terapêutica De Substituição Em Adultos
- Doença De Crohn Ativa
- Esclerose Múltipla
- Fibrose Quística
- Hepatite C
- Paraplegias Escleróticas Familiares e Ataxias Cerebelares Hereditárias
- Hemofilia A e B
- Patologia Oncológica
- Tuberculose e Lepre
- Síndrome De Lennox-Gastaut
- Transplante Cardíaco, Hepático e Renal Allogénicos

9

DISTRIBUIÇÃO - Urgência

Farmacêuticos atendem todos os telefonemas de pedidos urgentes para as enfermarias (ex: Hemoderivados).

Conclusão

Características	Indicações
Controlar a hipertensão grave de origem crônica em pacientes com insuficiência cardíaca congestiva.	1
Controlar a hipertensão resistente a um protocolo terapêutico.	2
Controlar a hipertensão secundária em pacientes com insuficiência cardíaca congestiva.	3
Controlar a hipertensão secundária em pacientes com insuficiência cardíaca congestiva.	4
Preparar para o transplante de fígado em pacientes com insuficiência cardíaca congestiva.	5
Controlar a hipertensão em pacientes com insuficiência cardíaca congestiva.	6
Preparar para o transplante de fígado em pacientes com insuficiência cardíaca congestiva.	7
Preparar para o transplante de fígado em pacientes com insuficiência cardíaca congestiva.	8

Quadro 2: Registos- Avaliação de Distribuição de medicamentos

Medicamento	Yasminem, 4,5mg Cápsulas de liberação prolongada	Prilidex, 5mg Solução Injetável	Amidolox, 5mg Comprimidos
Grupo farmacoterapêutico	Insensibilizante - Inibidor da Calcitonina	Sedativo neuromuscular - Antagonista dos receptores GABA _A	Anti-hipertensivo - Bloqueador do receptor do citocina Vasopressina - Antagonistas
Apresentação / Embalagem / Unidade de dose	Apresentação: Cápsulas de 4,5mg. Embalagem: 30 unidades. Unidade de dose: 4,5mg	Apresentação: Solução injetável de 5mg/ml. Embalagem: 10 unidades. Unidade de dose: 5mg	Apresentação: Comprimidos brancos de 5mg. Embalagem: 30 unidades. Unidade de dose: 5mg
Indicações específicas	Tratamento de rejeição de transplante hepático em pacientes com insuficiência cardíaca congestiva.	Tratamento de rejeição de transplante hepático em pacientes com insuficiência cardíaca congestiva.	Tratamento de rejeição de transplante hepático em pacientes com insuficiência cardíaca congestiva.

Insuficiência cardíaca congestiva

Insuficiência cardíaca congestiva é uma síndrome clínica caracterizada por sinais e sintomas decorrentes da incapacidade do coração de bombear sangue suficiente para atender às demandas metabólicas do organismo.

Tratamento

Tratamento farmacológico inclui diuréticos, vasodilatadores, betabloqueantes, inibidores da enzima de conversão da angiotensina e antagonistas da aldosterona.

Insuficiência cardíaca congestiva

Insuficiência cardíaca congestiva é uma síndrome clínica caracterizada por sinais e sintomas decorrentes da incapacidade do coração de bombear sangue suficiente para atender às demandas metabólicas do organismo.

Tratamento

Tratamento farmacológico inclui diuréticos, vasodilatadores, betabloqueantes, inibidores da enzima de conversão da angiotensina e antagonistas da aldosterona.

Insuficiência cardíaca congestiva

Insuficiência cardíaca congestiva é uma síndrome clínica caracterizada por sinais e sintomas decorrentes da incapacidade do coração de bombear sangue suficiente para atender às demandas metabólicas do organismo.

Tratamento

Tratamento farmacológico inclui diuréticos, vasodilatadores, betabloqueantes, inibidores da enzima de conversão da angiotensina e antagonistas da aldosterona.

Insuficiência cardíaca congestiva

Insuficiência cardíaca congestiva é uma síndrome clínica caracterizada por sinais e sintomas decorrentes da incapacidade do coração de bombear sangue suficiente para atender às demandas metabólicas do organismo.

Tratamento

Tratamento farmacológico inclui diuréticos, vasodilatadores, betabloqueantes, inibidores da enzima de conversão da angiotensina e antagonistas da aldosterona.

Insuficiência cardíaca congestiva

Insuficiência cardíaca congestiva é uma síndrome clínica caracterizada por sinais e sintomas decorrentes da incapacidade do coração de bombear sangue suficiente para atender às demandas metabólicas do organismo.

Tratamento

Tratamento farmacológico inclui diuréticos, vasodilatadores, betabloqueantes, inibidores da enzima de conversão da angiotensina e antagonistas da aldosterona.

Insuficiência cardíaca congestiva

Insuficiência cardíaca congestiva é uma síndrome clínica caracterizada por sinais e sintomas decorrentes da incapacidade do coração de bombear sangue suficiente para atender às demandas metabólicas do organismo.

Tratamento

Tratamento farmacológico inclui diuréticos, vasodilatadores, betabloqueantes, inibidores da enzima de conversão da angiotensina e antagonistas da aldosterona.

Insuficiência cardíaca congestiva

Insuficiência cardíaca congestiva é uma síndrome clínica caracterizada por sinais e sintomas decorrentes da incapacidade do coração de bombear sangue suficiente para atender às demandas metabólicas do organismo.

Tratamento

Tratamento farmacológico inclui diuréticos, vasodilatadores, betabloqueantes, inibidores da enzima de conversão da angiotensina e antagonistas da aldosterona.

Insuficiência cardíaca congestiva

Insuficiência cardíaca congestiva é uma síndrome clínica caracterizada por sinais e sintomas decorrentes da incapacidade do coração de bombear sangue suficiente para atender às demandas metabólicas do organismo.

Tratamento

Tratamento farmacológico inclui diuréticos, vasodilatadores, betabloqueantes, inibidores da enzima de conversão da angiotensina e antagonistas da aldosterona.

Quadro 3: Questões Práticas da Distribuição

Grupo farmacoterapêutico	Yasminem - Insensibilizante - Inibidor da Calcitonina	Prilidex - Sedativo neuromuscular - Antagonista dos receptores GABA _A	Amidolox - Anti-hipertensivo - Bloqueador do receptor do citocina Vasopressina - Antagonistas
Quais os medicamentos desse grupo que podem ser usados em emergências?	Yasminem	Prilidex	Amidolox
Quais os medicamentos desse grupo que podem ser usados em emergências?	Yasminem	Prilidex	Amidolox
Quais os medicamentos desse grupo que podem ser usados em emergências?	Yasminem	Prilidex	Amidolox

Insuficiência cardíaca congestiva

Insuficiência cardíaca congestiva é uma síndrome clínica caracterizada por sinais e sintomas decorrentes da incapacidade do coração de bombear sangue suficiente para atender às demandas metabólicas do organismo.

Tratamento

Tratamento farmacológico inclui diuréticos, vasodilatadores, betabloqueantes, inibidores da enzima de conversão da angiotensina e antagonistas da aldosterona.

Insuficiência cardíaca congestiva

Insuficiência cardíaca congestiva é uma síndrome clínica caracterizada por sinais e sintomas decorrentes da incapacidade do coração de bombear sangue suficiente para atender às demandas metabólicas do organismo.

Tratamento

Tratamento farmacológico inclui diuréticos, vasodilatadores, betabloqueantes, inibidores da enzima de conversão da angiotensina e antagonistas da aldosterona.

Insuficiência cardíaca congestiva

Insuficiência cardíaca congestiva é uma síndrome clínica caracterizada por sinais e sintomas decorrentes da incapacidade do coração de bombear sangue suficiente para atender às demandas metabólicas do organismo.

Tratamento

Tratamento farmacológico inclui diuréticos, vasodilatadores, betabloqueantes, inibidores da enzima de conversão da angiotensina e antagonistas da aldosterona.

Figura II - Apresentação do setor da Distribuição e adicionalmente os quadros pertencentes ao Caderno de Estagiário relativos à Distribuição.

Anexo 2: Caso Clínico realizado durante o estágio curricular em Farmácia Hospitalar.

Gluconato De Cálcio 97 mg/ml Sol inj Fr 10 ml IV	Solução Injetável	1000 - MG	I.V.	SOS 6	SOS até 6 id	6	Se sintomas de hipocalcemia (Todos os dias a partir da data 9/01/2020)
Captopril 25 mg Comp	Comprimidos	25 - MG	Sublingual	SOS 2	SOS até 2 id	2	Se TA Sist. > 160 mmHg ou se TA Diast. > 100 mmHg (Todos os dias a partir da data 09/01/2020)
Pantoprazol 40 mg Pó Sol inj Fr IV	Pó Solução Injetável	40 - MG	I.V.	1 id	9h	1	(Início: 9/01/2020; Fim: 10/01/2020)
Pantoprazol 40 mg Comp GR	Comprimidos Gastro Resistentes	40 - MG	Oral	1 id	7h	1	(Todos os dias a partir da data 10/01/2020)
Carbonato De Cálcio 1500 mg + Colecalciferol 400 U.I. Comp efer	Comprimidos Efervescentes	1 - UNIDADE	Oral	3 id	1h - 9h - 17h	3	(Início: 10/01/2020; Fim: 13/01/2020)
Polieletról + Glucose 50 mg/ml Sol inj Fr/Sac 1000 ml IV	Solução Injetável	2000 - ML	I.V.	1 id	9h	2	(Início: 09/01/2020)
(x) Metamizol Magnésico 2000 mg/5ml Sol inj Fr 5 ml IM IV	Solução Injetável	2 - G	I.V.	8/8h	7h - 15h - 23h	3	(Início: 09/01/2020; Medicamento alterado na última prescrição e eliminado)
(x) Paracetamol 10 mg/ml Sol inj Fr 100 ml IV	Solução Injetável	1000 - MG	I.V.	SOS 3	SOS até 3 id	3	(Início: 09/01/2020; X Medicamento alterado na última prescrição e eliminado)
(x) Metamizol Magnésico 575 mg Cáps	Cápsulas	575 - MG	Oral	3 id	7h - 15h - 23h	3	(Início: 11/01/2020; Fim: 13/01/2020; X Medicamento alterado na última prescrição)
(x) Paracetamol 500 mg Comp	Comprimidos	1000 - MG	Oral	SOS 3	SOS até 3 id	6	Se dores. (Início: 11/01/2020; Fim: 13/01/2020; X Medicamento alterado na última prescrição)

8. Interações

Levotiroxina Sódica + Pantoprazol	Hormonas da tiroide / Inibidor da bomba de protões Classificação de risco B: Nenhuma ação é necessária Os inibidores da bomba de protões podem diminuir a concentração sérica dos produtos da tiroide. Não é necessário monitorizar o doente.
-----------------------------------	--

	O mecanismo proposto para esta interação é o comprometimento da absorção do produto tiroídiano na presença de pH gástrico elevado. No entanto, a absorção do produto da tireoide é variável e influenciada por vários fatores (por exemplo, idade, hábitos alimentares, doenças concomitantes, medicações em interação). Gravidade baixa.
Telmisartan + Amlodipina + Metamizol magnésico	Antagonistas dos recetores da angiotensina II / Anti-inflamatórios não esteroides Classificação de risco C: Monitorizar a terapêutica. Os antagonistas dos recetores da angiotensina II podem aumentar o efeito adverso / tóxico dos anti-inflamatórios não esteroides. Especificamente, a combinação pode resultar numa diminuição significativa da função renal. Os agentes anti-inflamatórios não esteroides podem diminuir o efeito terapêutico dos antagonistas dos recetores da angiotensina II. A combinação destes fármacos também pode diminuir significativamente a filtração glomerular e a função renal. Gravidade Moderada.
Enoxaparina sódica + Telmisartan + Amlodipina	Heparinas (Baixo Peso Molecular) / Antagonistas dos Recetores da Angiotensina II Classificação de risco C: Monitorizar a terapêutica As heparinas (baixo peso molecular) podem aumentar o efeito hipercalcémico dos bloqueadores dos recetores da angiotensina II. Deve-se monitorizar atentamente as concentrações séricas de potássio em doentes que recebem antagonistas da angiotensina II em combinação com heparinas de baixo peso molecular. Gravidade Moderada.
Enoxaparina + Metamizol magnésico	Enoxaparina / Agentes Anti-inflamatórios Não Esteroides Classificação de risco D: Considerar a modificação da terapêutica Os agentes anti-inflamatórios não esteroides podem aumentar o efeito anticoagulante da enoxaparina. Interromper os agentes anti-inflamatórios não esteroides (AINEs) antes de iniciar a enoxaparina sempre que possível. Se a administração concomitante for inevitável, monitorizar os sinais e sintomas de sangramento. Gravidade Moderada

9. Orientação Terapêutica a prosseguir

Suspender durante o tempo de internamento para a realização da cirurgia, o Daflon (Biflavonóide/Venotrópico) para a Insuficiência Venosa (varizes), que a doente realiza habitualmente, por forma a diminuir os riscos de hemorragias.

Após a alta, deve realizar cuidados de penso no Centro de Saúde da área de residência de 3/3 dias e manter a medicação habitual, com conseqüente aumento da dose do Eutirox.

Não necessita de retirar material de sutura da ferida operatória (sutura intradérmica).

10. Tabela Terapêutica – AMBULATÓRIO EXTERNO

Nome Comercial	FF	Dose	Tipo emb	Posol	Nº embalagens	OBS
Telmisartan 80 mg Comp	Comprimidos revestidos	80 - MG	-	80 - MG id	1	
Amlodipina 5 mg Comp	Comprimidos	5 - MG	-	5 - MG id	1	
Levotiroxina Sódica 0.1 mg Comp	Comprimidos	0.1 - MG	-	0.1 - MG id	1	Aumento da dose para 0.1 mg
Carbonato De Cálcio 1500 mg + Colecalciferol 400 U.I. Comp efer	Comprimidos Efervescentes	1 - UNIDADE	-	1 - UNIDADE 3 id	3	

11. Reconciliação

Orientações pós-alta:

- Analgesia em SOS; (Atenção na interação da medicação habitual (anti hipertensores) com metamizol)

- Deve manter a medicação habitual, com a exceção da Levotiroxina Sódica (Eutirox) que

ocorreu aumento de dose para 0.1mg;

- Carbonato de cálcio + Colecalciferol 3 id conforme prescrição.

12. Discussão

A doente XXX do sexo feminino, nascida a 27/01/1963, com 57 anos de idade, deu entrada no internamento do CHUC no serviço de Cirurgia Geral (Unidade D), no dia 8/01/2020 para a realização de uma Tireoidectomia total.

Foi diagnosticada com Bócio Multinodular, parcialmente mergulhante à direita (5cm). O bócio e os nódulos da tiroide correspondem a uma situação clínica em que a tiroide pode estar aumentada de volume de forma difusa (bócio simples) ou com formação de nódulos (bócio nodular). Esses nódulos podem ser benignos ou malignos. No caso de nódulos múltiplos (bócio nodular), pode ocorrer desconforto ou compressão a nível do pescoço, o que pode justificar tratamento cirúrgico.

A tiroide é uma glândula situada na base do pescoço imediatamente abaixo da "maçã-de-adão" e é constituída por dois lobos unidos por uma parte central. A sua função é produzir e libertar para a circulação sanguínea duas hormonas, a tri-iodotironina (T3) e a tetraiodotironina (T4 ou tiroxina), essenciais para o normal funcionamento do organismo, através do controlo/velocidade do metabolismo das células. Por esta razão, são essenciais no crescimento e desenvolvimento do organismo, regulam a temperatura corporal, a frequência cardíaca e tensão arterial, o funcionamento dos intestinos, o controlo do peso, dos estados de humor, entre outras funções. A sua atividade é regulada por outras hormonas produzidas por glândulas localizadas no cérebro que detetam os níveis sanguíneos das hormonas tiroideias e assim estimulam a glândula tiroideia a segregar mais ou menos hormonas consoante a necessidade.

A tireoidectomia total está indicada nos tumores malignos da tiroide e, nos casos em que existem múltiplos nódulos, sobretudo, quando estes envolvem a totalidade da glândula. Neste caso, pretende-se: eliminar o tumor; reduzir o risco de recidiva; tornar possível a administração de iodo radioativo; facilitar a vigilância da doença através do doseamento da tiroglobulina.

Para a realização da cirurgia, a doente efetuou diversos exames complementares, tais como:

- Análises pré-operatório: Bioquímica-sangue e Hormonologia (valores em anexo);
- TC do tórax;
- Ecografia da tiroide;
- Citologia aspirativa;
- Citometria;
- Hemostase.

Ao analisar os valores bioquímicos, é de salientar que o valor de T4 livre se encontra no limite inferior do intervalo de referência e que as AST e Creatinina Cinase (CK) se encontram acima dos valores de referência.

A norma da DGS acerca da "Prescrição de Exames Laboratoriais para Avaliação e Monitorização da Função Tiroideia", considera como hipotiroidismo secundário (causa hipotálamo-hipofisária) as situações que cursam com T_{4L} e/ou T₃ diminuídas ou no limite inferior do normal com

TSH baixa, normal ou ligeiramente elevada.

AST (aspartato aminotransferase) e a ALT (alanina aminotransferase) são enzimas localizadas nas células do fígado (hepatócitos) e que são libertadas para o sangue como consequência de uma lesão hepática. A elevação dessas enzimas é a anormalidade mais comum encontrada na rotina de testes hepáticos. As elevações de AST e ALT não são específicas de doenças hepáticas. A AST está presente, para além do fígado, nos músculos cardíaco e esquelético, rins, cérebro, pâncreas, pulmões e nos glóbulos vermelhos, podendo então estar isoladamente elevada em doenças musculares e enfarte agudo do miocárdio. As causas extra-hepáticas do aumento das aminotransferases incluem a doença celíaca, doenças da tireoide, entre outras. A CK é encontrada em concentrações relativamente altas nos tecidos do coração, músculo esquelético e cérebro. Depois de alguma isquemia, lesão ou inflamação muscular, a CK é libertada na corrente sanguínea, ocorrendo a elevação dos seus níveis. O exame de CPK serve principalmente para diagnosticar lesões e doenças da musculatura esquelética, além do enfarte agudo do miocárdio. Existem várias causas para a CK estar elevada, verificando-se entre elas o hipotireoidismo.

A doente apresenta vários problemas associados (anexos), tais como:

- Hipertensão arterial (HTA), para a qual realiza a terapêutica habitual de Telmisartan (Antagonistas da Angiotensina II) e Amlodipina (Bloqueadores da entrada do cálcio; Vasodilatadores – Anti anginoso);
- Histerectomia e Anexectomia (cirurgia com remoção total do útero, ovários e trompas, uma vez que lhe causava metrorragias com anemia crónica);
- Varizes, para as quais realiza a terapêutica habitual de Daflon, que foi suspenso durante o tempo de internamento, para evitar possíveis riscos de hemorragias.
- Reconstrução do tímpano.

Para além da medicação para o tratamento da HTA, também realiza habitualmente Eutirox (Levotiroxina sódica) 0.05 mg id. Durante o tempo de internamento, foram-lhe prescritos, para além da sua medicação habitual, um anticoagulante, uma heparina (Enoxaparina sódica), para a prevenção da doença tromboembólica venosa associada à cirurgia. No dia 9/01/2020, a doente foi ao bloco operatório para realizar a cirurgia à tiróide e foram-lhe prescritos: Midazolam, um psicofármaco sedativo, para a anestesia; Pantoprazol, um inibidor da bomba de prótons, para o refluxo gastroesofágico e dos sintomas associados; Captopril (IECA) em SOS, se a TA Sist.> 160 mmHg ou se TA Diast. > 100 mmHg; Metamizol e Paracetamol (analgésicos e antipiréticos) se tivesse dores; Gluconato de cálcio, se tivesse sintomas de hipocalcémia; Soro fisiológico; Levotiroxina sódica de 0,1 mg (aumentou a dose). Existem algumas interações, mas nenhuma apresenta elevada gravidade, no entanto é conveniente realizar a monitorização da doente.

Após a cirurgia, a doente continuou internada e realizou de novo análises, principalmente para avaliar o valor de Cálcio e da Paratormona (PTH). No pós-operatório (10/01/2020), a doente desenvolveu hipocalcémia ligeira, assintomática (Cálcio a 7,9 (estava diminuído relativamente ao intervalo de referência), e Paratormona a 60). A hipocalcémia deve-se ao facto de que as glândulas paratireoideias são responsáveis pela produção da PTH que regula o nível de cálcio no sangue. Após

uma tireoidectomia, pode haver uma diminuição temporária ou definitiva da função destas glândulas, levando à diminuição dos níveis de cálcio no sangue (hipocalcemia). Neste caso, a doente poderia apresentar sintomas como: formigamento nas mãos, nos pés, à volta dos lábios e nas orelhas que podem evoluir para câibras. O tratamento consiste em receber grandes doses de cálcio e Vitamina D, como é o caso de Carbonato De Cálcio 1500 mg + Colecalciferol 400 U.I. Comp efer, que lhe foi prescrito. Verificou-se que no dia 11/01/2020, o cálcio já se apresentava ligeiramente mais elevado e dentro dos valores de referência.

A alta hospitalar foi dada no dia 13/01/2020 após a normalização do cálcio e paratormona, e a doente adquiriu as seguintes orientações:

- Deve realizar cuidados de penso no Centro de Saúde da área de residência de 3/3 dias;
- Não necessita de retirar material de sutura da ferida operatória (sutura intradérmica);
- Analgesia em SOS; (Ter em atenção a interação da medicação habitual para a HTA com metamizol);
- Deve manter a medicação habitual, com a exceção da Levotiroxina Sódica (Eutirox) que ocorreu aumento de dose para 0.1 mg; (A cirurgia de tireoidectomia total levará sempre à necessidade de reposição hormonal pós-operatória; Posologia indicada para a terapêutica da supressão da tiróide);
- Carbonato de cálcio + Colecalciferol 3 id; (Este medicamento é prescrito para evitar ou tratar os sintomas desagradáveis da hipocalcemia, como formigamentos e câibras. É utilizado quase sempre temporariamente e será retirado conforme a função das glândulas paratireoideias se restabelecerem).

Por fim, é de salientar que a cirurgia decorreu sem intercorrências e o seu estado clínico apresenta-se melhorado. A doente ficou com consulta externa de cirurgia agendada dentro de 1 mês e meio, bem como um estudo analítico.

Em jeito de conclusão, apenas referir que a tireoidectomia é uma cirurgia que apresenta um pós-operatório pouco doloroso, porém é comum sentir uma sensação de garganta inflamada, até uma semana, após a cirurgia. As doenças da tiroide são muitas vezes silenciosas mas são muito comuns, afetando mais de um milhão de portugueses e de 300 milhões de pessoas em todo o mundo. Por isso, no caso de existir história familiar de doenças da tiroide, é importante uma vigilância regular, de modo a se poder fazer um diagnóstico precoce.

Anexos do caso clínico:

Problemas Associados:

- Hipertensão Arterial
- Histerectomia e Anexectomia (cirurgia com remoção total do útero, ovários e trompas;
Causava metrorragias com anemia crônica)
- Varizes
- Reconstrução do tímpano

Valores Bioquímica Sangue (8/01/2020):

- Creatinina = 0.73 mg/dl; Ref: [0.55 – 1.02] → Clearance (ClCr) = 65.13 ml/min; Ref Mulheres: [85 a 125] ml/min/1,73m²
- Sódio = 143 mmol/L; Ref: [136 – 146]
- Potássio = 4.1 mmol/L; Ref: [3.5 – 5.1]
- Cloro = 105 mmol/L; Ref: [101 – 109]
- LDH = 205 U/L; Ref: <247
- AST = 33 U/L; Ref: <31 (Elevada)
- ALT = 26 U/L; Ref: <34
- C.K. (Creatinina Cinase) = 272 U/L; Ref: <145 (Elevada)
- Cálcio = 9.5 mg/dl; Ref: [8.8 – 10.6]
- Fosfatase Alcalina = 78 U/L; Ref: [30 – 120]

Hormonologia (8/01/2020):

- TSH – 3ª geração = 0.79 uUI/ml; Ref: [0.4 – 4.0]
- Ta Livre = 0.8 ng/dl; Ref: [0.8 – 1.6]

Valores Bioquímica Sangue (10/01/2020):

- Cálcio = 7.9 mg/dl; Ref: [8.8 – 10.6] (Baixo)

Hormonologia (10/01/2020):

- Paratormona = 60 pg/ml; Ref: [9 - 72]

Hormonologia (11/01/2020):

- Paratormona = 55 pg/ml; Ref: [9 - 72]

Figura III – Caso Clínico realizado durante o estágio curricular em Farmácia Hospitalar.

RELATÓRIO DE ESTÁGIO EM FARMÁCIA COMUNITÁRIA

farmácia 
recardões

Lista de Abreviaturas

DCI – Denominação Comum Internacional

FFUC – Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra

MICF – Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas

MNSRM – Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica

MSRM – Medicamentos Sujeitos a Receita Médica

SARS-CoV-2 – *Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2*

SWOT – *Strenghts, Wheaknesses, Opportunities and Threats*

Lista de Figuras

Figura I – Diagrama da Análise SWOT.....	31
Figura II – Sala de atendimento ao público.....	43
Figura III – Gabinete de atendimento ao utente.....	43
Figura IV – Gavetas técnicas de armazenamento de MSRM.....	43
Figura V – Armário basculante.....	44
Figura VI – Tipos de máscaras.....	44
Figura VII – Medidas de segurança, nomeadamente, os acrílicos nos balcões, o cumprimento da distância de segurança, a desinfeção das mãos e o uso obrigatório de máscara.....	45
Figura VIII – Embalagens dos medicamentos Eutirox [®] e Levotiroxina sódica da Ratiopharm, 100 microgramas, 60 comprimidos.....	45

I. Introdução

O estágio curricular em farmácia comunitária, que realizei entre os meses de março a julho de 2020, surge na sequência da Unidade de Estágio Curricular, do segundo semestre, do quinto ano de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas (MICF), da Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra (FFUC). Este estágio revela-se uma mais-valia pela excelente oportunidade de aplicar e consolidar conhecimentos e competências, e vivenciar novas experiências no mundo real do trabalho.

Pela sua fácil acessibilidade à população, a farmácia comunitária é uma das portas de entrada no sistema de saúde. Tem como objetivo servir com qualidade a comunidade onde se insere e caracteriza-se pela prestação de cuidados de saúde diferenciados aos utentes (Ordem dos Farmacêuticos, 2009).

Por seu lado, o farmacêutico comunitário tem como principal responsabilidade a saúde e o bem-estar do utente e do cidadão em geral, devendo cooperar com os restantes profissionais de saúde, com o objetivo de promover o uso correto, seguro e eficaz dos medicamentos, assim como, garantir que o doente receba todas as informações necessárias relacionadas com a terapêutica estabelecida (Ordem dos Farmacêuticos, 2009, 2020b). Pelo contacto próximo com a comunidade, o farmacêutico apresenta ainda um papel preponderante na gestão da terapêutica e administração de medicamentos, na deteção precoce de algumas patologias através da avaliação de fatores de risco, pela determinação de parâmetros fisiológicos e bioquímicos, e na promoção e educação do utente para o autocuidado, tendo como objetivo final a melhoria da qualidade de vida dos utentes (Ordem dos Farmacêuticos, 2020a; Portaria n.º 97/2018, de 9 de abril).

A concretização do estágio a que diz respeito o presente relatório teve lugar na *Farmácia Recardães*, sob orientação da sua Diretora Técnica, Dr.^a Raquel Lobo. A escolha para a realização do estágio, nesta farmácia, deveu-se ao facto de ter sido o local onde tive o meu primeiro contacto com a realidade de farmácia comunitária, concretizado através da realização de um estágio de verão em 2018, mas também pela excelência de serviço e profissionalismo no meio onde se insere.

Este relatório foi orientado segundo uma análise *Strengths, Wheaknesses, Opportunities and Threats* (SWOT), onde são apresentados Pontos Fortes, Pontos Fracos, Oportunidades e Ameaças que fui sentindo ao longo do estágio curricular. Para além disto, inclui também a exposição de um caso clínico que revela a importância da intervenção farmacêutica junto dos utentes.

2. Análise SWOT



Figura I - Diagrama da análise SWOT.

2.1. Pontos Fortes

2.1.1. Farmácia da minha localidade

A *Farmácia Recardães* situa-se no concelho de Águeda, na freguesia de Recardães, a qual deu origem ao seu nome. A sua equipa é constituída apenas por farmacêuticos e faz parte de um grupo de sete farmácias estabelecidas em várias cidades, entre as quais Aveiro e Coimbra. A farmácia localiza-se perto do Centro de Saúde de Recardães e de dois consultórios de medicina dentária, situando-se na mesma zona de diversos estabelecimentos comerciais.

A *Farmácia Recardães*, que se situa na localidade onde resido, abriu ao público a 2 de maio de 2018, sendo nesse mesmo ano que realizei, nas suas instalações, o meu primeiro estágio de verão, durante o mês de julho. Nessa altura, senti que estava a lidar com uma equipa de profissionais de excelência, tendo sido gerado um ambiente de grande amizade e confiança, sendo estas razões fundamentais para a escolha deste local para a realização do meu estágio curricular. Pelo facto de conhecer previamente a equipa de profissionais o meu processo de adaptação e integração nesta, tornou-se mais facilitado.

Também pelo facto de a farmácia ser da minha localidade de residência, muitos dos utentes que a procuram são pessoas minhas conhecidas, o que tornou os meus atendimentos mais facilitados, no ponto de vista de interação com o utente, uma vez que estava mais à vontade, menos ansiosa e com menos medo de falhar.

Pude ainda constatar que dois anos depois da sua abertura, a farmácia ganhou outra dimensão e outro olhar por parte dos residentes. A farmácia passou a ser fidelizada por muitos utentes, sendo que para além dos habituais, existe um crescente número de outros que voltam sempre e trazem com eles os seus familiares.

2.1.2. Plano de estágio adequado

O estágio foi planeado e orientado de forma a conhecer todo o circuito do medicamento na farmácia e a desenvolver e adquirir progressivamente, todas as competências, funções e responsabilidades que competem ao farmacêutico comunitário.

Numa fase inicial, a minha aprendizagem centrou-se nas tarefas de *BackOffice*, participando ativamente na receção de encomendas e posterior organização e arrumação dos medicamentos e outros produtos de saúde. Nesta fase, os medicamentos entregues na farmácia, são posteriormente rececionados e verificados quanto aos prazos de validade, preços, número de unidades e do *stock* existente. Na realização desta tarefa pude recordar os princípios ativos e a sua respetiva indicação terapêutica, bem como familiarizar-me com os nomes comerciais e as suas respetivas apresentações, e ainda contactar com novos produtos e medicamentos que até então desconhecia. Relativamente à arrumação dos mesmos, esta

permitiu que passasse a conhecer as suas respetivas localizações na farmácia, tornando-se numa vantagem no atendimento e na dispensa de medicamentos. Ainda nesta etapa inicial, aprendi a realizar a devolução de produtos e a proceder à sua regularização, a fazer quebras de produtos, reclamações aos fornecedores, controlo de prazos de validade, gestão de *stock* e atendimento de chamadas telefónicas para responder a questões dos utentes e de outras farmácias do grupo.

Com a evolução do estágio, passei a observar os atendimentos ao público junto dos vários farmacêuticos da equipa, estando atenta às particularidades que cada profissional revelava no momento do atendimento, aconselhamento e esclarecimento do utente. Posteriormente, comecei a realizar atendimento ao público, de forma gradual e supervisionada, centrando-me nos diferentes passos do módulo de atendimento do Sifarma®. Após me sentir mais confiante, iniciei os atendimentos de forma autónoma, sendo que, sempre que necessário, esclarecia todas as minhas dúvidas com os farmacêuticos presentes. Esta etapa foi a mais difícil mas ao mesmo tempo a mais desafiante, pois todos os dias se tornavam numa nova aprendizagem. O acompanhamento e os conselhos por parte dos farmacêuticos nesta fase, foram fundamentais para o desenvolvimento da minha confiança, da minha postura e discurso para cada situação e para a evolução da qualidade dos aconselhamentos que realizava.

Apesar do estágio ter sofrido alterações inevitáveis face à situação de pandemia em que nos encontrávamos, é de salientar que todos se esforçaram para que nada falhasse na minha aprendizagem e no cumprimento do plano de estágio previamente estipulado.

O plano de estágio estabelecido permitiu-me adquirir autonomia, vivenciar novas experiências e começar a compreender o que é ser um verdadeiro farmacêutico comunitário.

2.1.3. Organização da farmácia

A *Farmácia Recardães* encontra-se aberta ao público apenas há dois anos, sendo que as suas instalações são modernas, práticas e apelativas. É constituída por dois pisos, em que no rés-do-chão se situa a sala de atendimento ao público (Anexo Fig. II), com três balcões de atendimento individualizados. Neste local, encontram-se dispostos em lineares e alcançáveis aos utentes, os produtos de dermocosmética, de higiene e de saúde oral, ortopédicos, de puericultura e os produtos de saúde e bem-estar.

De visibilidade para todos, mas de acesso apenas aos farmacêuticos, encontram-se atrás dos dois balcões centrais, dispostos em lineares, os medicamentos não sujeitos a receita médica (MNSRM) e os suplementos alimentares. Estes estão também armazenados no mesmo local, mas em gavetas devidamente identificadas e organizados por ordem alfabética. Nestas mesmas gavetas, é também armazenado o material de desinfeção, de penso, termómetros,

testes de gravidez, entre outros. Existe ainda um módulo destas gavetas, de maior facilidade de acesso aos colaboradores, denominado por “cockpit”, no qual estão armazenados os medicamentos de maior rotação como o *Paracetamol* e o *Ibuprofeno*, entre outros. Ainda na sala de atendimento existem dois gabinetes de atendimento ao utente. No primeiro, realizam-se serviços de consulta de nutrição, audiologia e podologia. No segundo, efetua-se a medição dos parâmetros fisiológicos e bioquímicos, a administração de vacinas e injetáveis, a preparação de soluções e suspensões orais para fins pediátricos, e é ainda um espaço onde se poderão realizar atendimentos com maior privacidade quando necessário (Anexo Fig. III).

Neste mesmo piso, existe uma sala *BackOffice*, restrita aos profissionais da farmácia, onde são exercidas as atividades farmacêuticas de receção de encomendas, devoluções, conferência de receituário, gestão de *stocks*, atendimento de chamadas telefónicas, entre outras. Nesta divisão, encontram-se os medicamentos de frio e as gavetas técnicas devidamente identificadas (Anexo Fig. IV), onde são armazenados todos os medicamentos sujeitos a receita médica (MSRM), por ordem alfabética, dose e forma farmacêutica. Os colírios e supositórios, bem como os produtos de uso veterinário, situam-se neste mesmo local mas em módulos de gavetas individualizados. Há ainda nesta zona um armário basculante (Anexo Fig. V) com os excessos de *stock* dos MNSRM, MSRM e restantes produtos, sendo reservado um módulo para o armazenamento dos xaropes e gotas orais. É também na zona de *BackOffice* que se encontra a sala da direção técnica e as instalações sanitárias.

O piso inferior (-1) é constituído por uma zona reservada ao laboratório da farmácia, onde são preparados os medicamentos manipulados, e uma outra zona de arrumação de material de publicidade, gôndolas e outros produtos consumíveis. Neste piso existe também a copa de refeições para a utilização dos profissionais.

Na *Farmácia Recardães* é notória a excelente organização e identificação dos locais, por forma a minimizar erros e a facilitar a procura dos produtos requeridos. Para mim este é um dos pontos fortes do estágio porque me identifico com esta forma de trabalho organizado.

2.1.4. Ausência de sistema robotizado

A ausência de um sistema de arrumação robotizado contribuiu de forma positiva para a minha aprendizagem durante o estágio, uma vez que me permitiu um maior contacto com as embalagens dos medicamentos durante as atividades de *BackOffice*. Com isto, consegui, mais facilmente, começar a associar os princípios ativos ao nome comercial e às respetivas embalagens, o que facilitou os meus atendimentos, pois muitas vezes os utentes referem-se aos medicamentos descrevendo-os pela cor ou tamanho da embalagem e/ou pelo nome comercial dos mesmos.

2.1.5. Consolidação de conhecimentos e competências adquiridos durante o curso MICF

A realização deste estágio foi essencial para a consolidação de conhecimentos e competências adquiridos ao longo do MICF. No dia-a-dia da farmácia, coloquei em prática vários conhecimentos teóricos e práticos que me deixaram mais alerta para inúmeras situações, desde os mecanismos de ação, indicações terapêuticas, reações adversas, contraindicações e interações medicamentosas, até à parte da gestão e deontologia farmacêutica. Com a prática, consegui aprofundar a minha aprendizagem e enriquecer a minha formação académica. Senti que todos os dias aprendia algo novo e que isso me fez crescer enquanto futura farmacêutica.

2.2. Pontos Fracos

2.2.1. Associação entre os princípios ativos e os nomes comerciais dos medicamentos

Durante o atendimento ao público, um dos aspetos menos positivos que senti, consistiu na dificuldade que tive na associação entre os princípios ativos e os nomes comerciais dos medicamentos. Nas receitas, os medicamentos vêm identificados pela designação comum internacional (DCI). Como os utentes normalmente se referem aos medicamentos pelo seu nome comercial, a associação entre este e o DCI não era imediata para mim o que levava a que demorasse mais tempo para saber qual era o medicamento solicitado.

Neste sentido, só com o tempo e a prática, é que a associação entre os nomes comerciais e os respetivos princípios ativos, se irá tornar imediata.

2.2.2. Dificuldades no aconselhamento de produtos de saúde e bem-estar

Ao longo do estágio, nomeadamente após iniciar o atendimento ao público, deparei-me com a dificuldade em aconselhar adequadamente os produtos de saúde e bem-estar que eram solicitados.

Pude constatar que tinha pouco conhecimento sobre determinadas gamas de produtos e as respetivas indicações, sendo que, em várias situações, senti dificuldade em aconselhar o produto mais adequado ao utente, tornando-se mesmo necessário recorrer a um membro da equipa da farmácia para me auxiliar.

Nestas situações, a intervenção do farmacêutico é fundamental, sendo expectável o melhor aconselhamento e os adequados esclarecimentos. Para colmatar esta dificuldade, assisti a formações complementares *online* e consultei nos catálogos das marcas presentes na farmácia, os diversos produtos e a sua indicação, aprofundando assim o meu conhecimento

desta grande área e a melhorar o meu desempenho em futuros atendimentos.

2.2.3. Serviços de revisão da medicação e seguimento farmacoterapêutico

O crescente envelhecimento da população, devido ao aumento da esperança média de vida, também é sentido na farmácia, sendo que os utentes são maioritariamente idosos, e tomam quantidades significativas de medicamentos. Deste modo, os cuidados farmacêuticos são cada vez mais fundamentais para promover o seu uso correto, seguro e eficaz.

No decorrer do estágio constatei que muitos dos utentes idosos eram polimedicados, e a revisão da medicação e o acompanhamento efetuado, consistia apenas na análise da prescrição durante o atendimento e com base no histórico do doente na farmácia. Por vezes, senti que havia necessidade de perceber e explicar melhor a medicação ao utente, por forma a corrigir possíveis erros ou discrepâncias.

Apesar do serviço de revisão da medicação e acompanhamento farmacoterapêutico ser um dos serviços personalizados prestados pela *Farmácia Recardães*, não existe adesão por parte dos utentes. Talvez um dos fatores que pode levar a esta situação prende-se com o facto de este serviço ser pago pelo próprio utente. Considerei esta situação um ponto fraco porque gostava de ter experienciado o serviço de revisão da medicação e acompanhamento farmacoterapêutico aos utentes, principalmente idosos e polimedicados, contribuindo desta forma para a melhoria da sua qualidade de vida.

2.3. Oportunidades

2.3.1. Preparação de medicamentos manipulados

A preparação de medicamentos manipulados é um serviço farmacêutico realizado na *Farmácia Recardães*. Durante o estágio, tive a oportunidade de assistir e participar ativamente na preparação de dois medicamentos manipulados, nomeadamente a “Pomada de Dermovate com Eucerin Aquaphor” e a “Pomada de Vaselina e Dermovate pomada com Ácido Salicílico a 5%”. Para além da preparação propriamente dita, também realizei o preenchimento da ficha de preparação do medicamento manipulado, o cálculo do preço do mesmo e o registo do movimento de matérias-primas. Esta oportunidade foi essencial para integrar a prática de técnicas de laboratório, para adquirir conhecimento acerca dos procedimentos, para cumprir as boas práticas de manipulação, e também para conhecer os motivos pelos quais estes medicamentos manipulados eram solicitados e indicados.

2.3.2. Farmácia em tempo de pandemia

Apesar de, em certa parte ter afetado negativamente o meu estágio, a pandemia que o mundo sofreu a partir de final de março de 2020, devido ao surto da doença COVID-19, associada à infecção por *Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2* (SARS-CoV-2), tornou-se uma oportunidade por ter vivenciado a adaptação a uma nova realidade no âmbito da farmácia comunitária. Tive a oportunidade de viver de perto todas as alterações que a farmácia sofreu e que diziam respeito à implementação do plano de contingência COVID-19.

Esta situação permitiu-me aprofundar conhecimentos quanto a esta nova doença, assim como quanto às medidas e comportamentos a adotar. Pude também adquirir todas as informações essenciais sobre os diferentes tipos de máscaras, as suas principais características e o seu uso correto (Anexo Fig. VI).

Na *Farmácia Recardães*, foram implementadas as medidas de segurança (Anexo Fig. VII), nomeadamente, a aplicação de acrílicos nos balcões, o uso obrigatório de máscara, a desinfecção frequente das mãos, o cumprimento da distância de segurança, a desinfecção dos balcões e multibancos entre cada atendimento, e ainda das restantes superfícies da farmácia. Este último procedimento era efetuado de manhã, durante a pausa de almoço e ao fim do dia.

Face a esta situação, a *Farmácia Recardães* funcionou durante grande parte do meu estágio com apenas dois balcões de atendimento e em horário mais restrito.

Verifiquei que durante este período, as pessoas procuravam em primeiro lugar a farmácia, por forma a evitar as idas frequentes aos hospitais e centros de saúde, depositando uma confiança plena nos conselhos dos farmacêuticos.

A adaptação a uma nova realidade da farmácia comunitária foi um desafio e ao mesmo tempo uma oportunidade, por poder vivenciar uma situação nunca antes pensada. Neste contexto, é cada vez mais notório que o farmacêutico desempenha um papel fundamental no apoio à comunidade em que se insere.

2.3.3. Formações complementares

Com o surgimento inesperado da pandemia de COVID-19, os estágios foram cancelados durante o mês de abril, o que me levou a permanecer em casa nessa altura. Durante esse tempo, a *Farmácia Recardães* ofereceu-me a oportunidade de frequentar todas as formações das marcas dos produtos cosméticos com que trabalhavam. Desta forma, participei em diversos *webinars* durante esse mês, os quais me permitiram alargar e aprofundar os meus conhecimentos principalmente na área da cosmética. Para além disto, após ter retomado novamente o estágio na farmácia comunitária, as formações complementares continuaram a ser possíveis de se realizar em horário pós laboral, onde se incluíram temas como, por

exemplo, "Máscaras e equipamento de proteção individual", adaptado à situação atual.

2.3.4. Dois módulos do Sifarma®

A *Farmácia Recardães* funciona com o Sifarma 2000® e também com o novo módulo de atendimento que o irá substituir. Considerei este ponto uma oportunidade no sentido em que fiquei a conhecer o funcionamento dos dois módulos do Sifarma, levando esta situação a uma aprendizagem versátil e fundamental, uma vez que se pretende que o novo módulo de atendimento seja aplicado em todas as farmácias com o programa.

2.4. Ameaças

2.4.1. A pandemia de COVID-19

Como já referi anteriormente, viver uma situação de pandemia mundial no âmbito da farmácia comunitária foi uma oportunidade mas, por outro lado, não deixou de ser uma ameaça ao meu estágio.

Desta forma, irei salientar vários pontos negativos que ocorreram devido às medidas de contingência e segurança que foram implementadas na farmácia, e que vieram dificultar em grande parte o atendimento ao público, o que por si só, considerei a tarefa mais desafiante do estágio.

O uso de máscaras cirúrgicas durante oito horas ou mais por dia de trabalho é uma tarefa árdua, que requer um esforço acrescido da parte dos farmacêuticos na sua expressão durante o atendimento ao público. A agravar esta situação, os utentes também já se encontravam separados pelas viseiras de acrílico dos balcões (*Anexo Fig. VII*), de forma a permitir um atendimento o mais seguro possível. Isto gerou dificuldades acrescidas na transmissão de aconselhamentos, sendo que a falta de expressão facial e a dificuldade na perceção das palavras foram fatores limitantes no atendimento aos utentes. A ausência de proximidade para com as pessoas, e o próprio medo da doença, tornou o ambiente de farmácia comunitária diferente do habitual.

Todos os serviços prestados na farmácia, desde medições de parâmetros fisiológicos e bioquímicos, à administração de vacinas e injetáveis, entre outros, foram temporariamente cancelados, impedindo-me desta forma, a oportunidade de os realizar. Numa fase posterior, estes serviços foram progressivamente retomados, sendo realizados em condições diferentes das habituais, já que o afastamento social era inevitável.

Naquele período, a procura da farmácia por parte dos utentes tinha como principal objetivo o levantamento de receitas e a compra de medicação crónica, diminuindo a procura de produtos de cosmética e de bem-estar. Contudo, a situação de incerteza e de medo gerado

pela pandemia levou a um aumento generalizado de ansiedade nos utentes, levando-os a procurar conselhos e auxílios medicamentosos para esse fim. Esta situação foi reforçada também pelo facto de algumas unidades de saúde terem encerrado e/ou cancelado consultas e os utentes não terem acesso aos seus médicos de família.

Apesar dos vários pontos menos positivos que realcei, considero que tudo foi uma aprendizagem e uma nova experiência que vivi na minha vida, enquanto futura profissional de saúde.

3. Caso Clínico

Uma utente idosa dirigiu-se à *Farmácia Recardães* com o objetivo de levantar uma receita, com a prescrição de apenas um medicamento para a tiróide – Levotiroxina sódica, 100 microgramas, 60 comprimidos. Para além da prescrição, trazia consigo os medicamentos que habitualmente tomava. Verifiquei que a doente não era cliente habitual da farmácia e não tinha ficha criada no sistema informático, pelo que não tive acesso ao seu histórico de medicação.

Durante o atendimento, a utente mostrou as embalagens dos medicamentos que trazia e disse que precisava do medicamento para a disfunção da tiróide, apontando para o Eutirox[®] mas, no mesmo momento, disse que lhe estava a fazer falta também o medicamento para a hipercolesterolemia, mostrando a embalagem do que supostamente tomava para esse fim. No entanto, este medicamento não era para esta patologia, era o genérico do Eutirox[®], a Levotiroxina sódica da Ratiopharm (Anexo Fig. VIII), na mesma dose que constava da receita e da embalagem de Eutirox[®] apresentada. Expliquei à utente que aqueles dois medicamentos continham o mesmo princípio ativo e que, apesar de terem nomes diferentes, eram ambos para a disfunção da tiróide e nenhum deles era para a hipercolesterolemia. Tentei perceber com calma, junto da utente se não estava enganada, mas percebi que o erro aconteceu mesmo. Expliquei-lhe novamente que aqueles dois medicamentos eram para o mesmo efeito ou seja, para a doença da tiróide (mostrando à utente que ela própria poderia ver que era a mesma substância, na mesma dose, através das embalagens). Como não tinha acesso ao histórico da doente, não consegui saber qual o medicamento que habitualmente tomava para a hipercolesterolemia, e questionei-a se avaliava habitualmente os níveis de colesterol, tendo a utente dito que não, porque achava que estava a tomar o medicamento correto. Como nos encontrávamos em altura de pandemia não pude sugerir uma marcação para avaliação dos níveis do colesterol na farmácia. Além disso, alertei-a para aquele erro de medicação, uma vez

que a utente tinha duplicado a dose de levotiroxina e aconselhei-a a consultar o médico. Acabei por ceder o medicamento para a tiróide (Eutirox[®]) que se encontrava na receita e lembrei-a que apenas deveria tomar a medicação de uma das embalagens. Apesar de todas as barreiras existentes para a excelente comunicação (máscaras, acrílicos e distância social), o aconselhamento foi devidamente entendido pela utente, a qual ficou agradecida por lhe ter esclarecido a situação e percebi que ia tentar esclarecer junto do médico.

Com este caso, foi possível detetar uma duplicação da terapêutica e alertar para os riscos que daí podem surgir. Esta situação permitiu-me perceber que a fidelização do utente à farmácia é fundamental para o farmacêutico ter acesso ao seu histórico de medicação, conseguindo assim realizar um seguimento farmacoterapêutico adequado, de forma a evitar erros de medicação não intencionais.

Neste sentido, saliento o papel do farmacêutico na promoção do uso correto, seguro e eficaz da medicação e na educação do doente quanto à sua doença e aos respetivos cuidados a ter.

4. Conclusão

O estágio que agora terminei foi sem dúvida uma mais-valia para a minha vida pessoal e profissional. Durante a sua realização, pude aperceber-me que a farmácia comunitária é cada vez mais o primeiro local escolhido pelos utentes para terem acesso a cuidados especializados e diferenciados em saúde, depositando nos farmacêuticos uma confiança significativa, a qual permite uma intervenção de proximidade, assim como uma adequada e segura resposta às necessidades dos utentes.

Para além do referido, tive a possibilidade de adquirir novos conhecimentos e aprofundar os anteriormente concebidos ao longo de cinco anos de formação académica, os quais me permitiram começar a entender o que é ser verdadeiramente uma farmacêutica comunitária. Desenvolvi também novas competências pessoais que se tornaram fundamentais para melhorar a qualidade e o interesse do atendimento e relacionamento com o público.

Apesar do estágio ter sido em grande parte condicionado pela pandemia mundial de COVID-19, considero que esta situação se tenha tornado também numa oportunidade de vivenciar uma experiência diferente, a qual revelou que temos a capacidade de nos adaptar aos mais diversos obstáculos, conseguindo ultrapassá-los com a união de todos.

Destaco ainda todo o carinho e amabilidade com que fui recebida na *Farmácia Recardães*, de onde guardo grandes amizades, muitas histórias e novas aprendizagens que enriqueceram a minha experiência tanto pessoal como profissional.

Referências Bibliográficas

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DAS FARMÁCIAS (ANF) – **COVID-19: Máscaras e EPIs**. Lisboa, CEDIME, 2020. [Consultado a 6/5/2020]. Disponível em: <http://www.farmacia-alianca.com/wp-content/uploads/2020/04/CEDIME-Informa-Mascaras-e-EPIs.pdf>

ORDEM DOS FARMACÊUTICOS. – **A farmácia comunitária**. Lisboa, OF, 2020a. [Consultado a 14/06/2020]. Disponível em: <https://www.ordemfarmaceuticos.pt/pt/areas-profissionais/farmacia-comunitaria/a-farmacia-comunitaria/>

ORDEM DOS FARMACÊUTICOS. – **Boas práticas farmacêuticas para a farmácia comunitária**. 3ª Edição. Lisboa: OF, 2009. [Consultado a 12/06/2020]. Disponível em: https://www.ordemfarmaceuticos.pt/fotos/documentos/boas_praticas_farmaceuticas_para_a_farmacia_comunitaria_2009_20853220715ab14785a01e8.pdf

ORDEM DOS FARMACÊUTICOS. – **Código deontológico da ordem dos farmacêuticos**. Lisboa: OF, 2020b. [Consultado a 13/06/2020]. Disponível em: https://www.ordemfarmaceuticos.pt/fotos/documentos/codigo_deontologico_da_of_4436676175988472c14020.pdf

SAÚDE. – **Portaria nº 97/2018**. Diário da República. Série I, N°69 (2018-04-09). [Consultado a 14/06/2020]. Disponível em: <https://dre.pt/home/-/dre/115006162/details /maximized>



Figura II – Sala de atendimento ao público.



Figura III – Gabinete de atendimento ao utente.



Figura IV – Gavetas técnicas de armazenamento de MSRM.



Figura V – Armário basculante.

CEDIME Informa Abril 2020, N.º 164

cedime **anf**

COVID-19: MÁSCARAS E EPIs

No contexto atual de pandemia têm surgido muitas questões sobre a utilização de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs), nomeadamente, máscaras. O presente documento visa responder às dúvidas mais comuns e servir de apoio à validação e aconselhamento de equipamentos nas farmácias.

DOCUMENTAÇÃO E VALIDAÇÃO

IDENTIFICAR O TIPO DE MÁSCARA

	TECIDO	QUIRÚRGICA	FFP2
DOCUMENTAÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> Não está definida documentação a solicitar. Não tem entidade reguladora. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Declaração de conformidade CE ✓ Regulamento (UE) 2017/745 ou ✓ Certificado EN14683:2014 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Certificado de conformidade CE ✓ Regulamento (UE) 2016/425 ✓ Certificado EN149:2001
ROTULAGEM	<ul style="list-style-type: none"> Não existem regras definidas para rotulagem deste artigo. Qualquer que seja o tecido ou fabricante, não são DM (dispositivos médicos), pelo que <u>não são homologadas pelo Infarmed</u>. 	<ul style="list-style-type: none"> Rotulagem em português. Fabricante e referência da rotulagem igual ao referido no certificado. Marcação CE: 	<ul style="list-style-type: none"> Rotulagem em português. Fabricante e referência da rotulagem igual ao referido no certificado. Marcação CE com organismo notificado (4 algarismos):

1 - Categorias de organismos notificados dependentes do artigo 17.º: https://ec.europa.eu/health/devices/files/2019_03_20_01_en.pdf



Figura VI – Tipos de máscaras (Fonte: ANF, 2020).

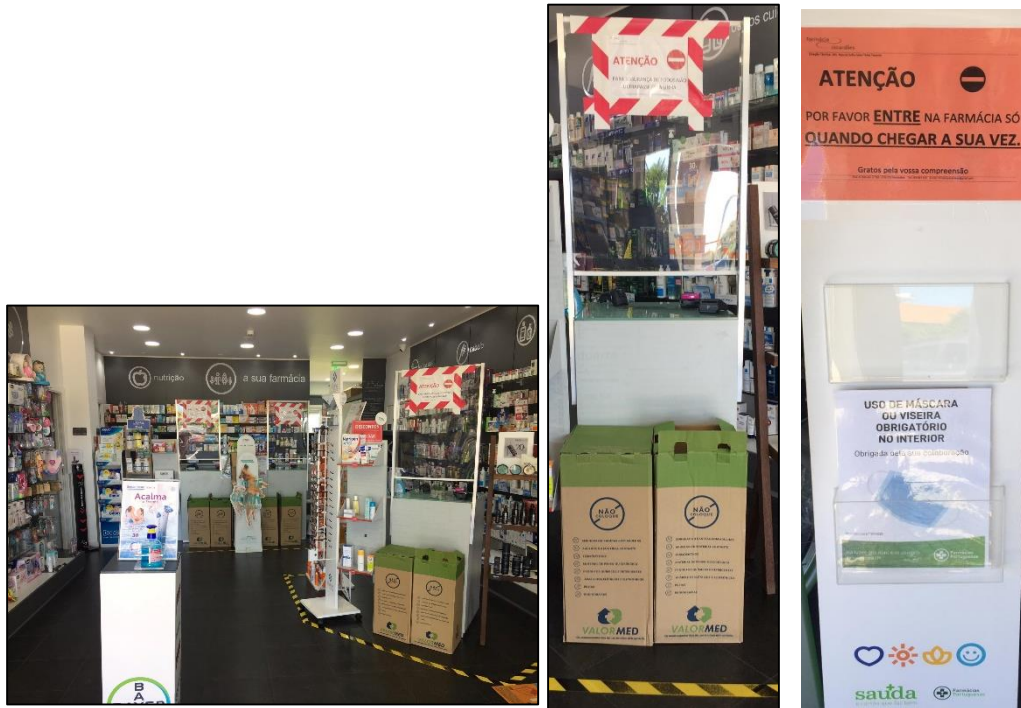
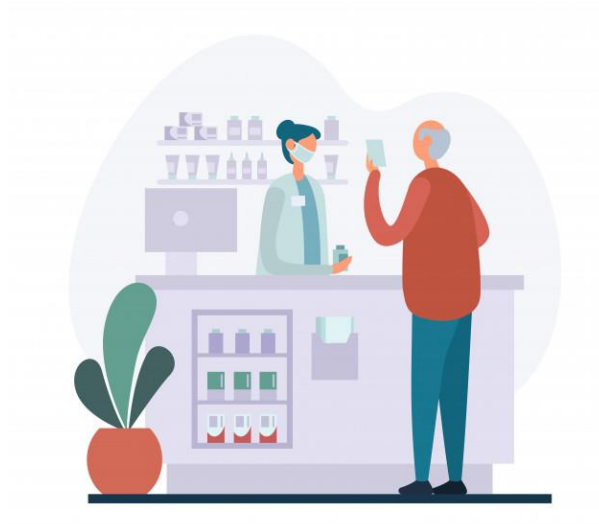


Figura VII – Medidas de segurança, nomeadamente, os acrílicos nos balcões, o cumprimento da distância de segurança, a desinfecção das mãos e o uso obrigatório de máscara.



Figura VIII – Embalagens dos medicamentos Eutirox® e Levotiroxina sódica da Ratiopharm, 100 microgramas, 60 comprimidos.

A IMPORTÂNCIA DO FARMACÊUTICO NO SEGUIMENTO DO DOENTE IDOSO



Lista de Abreviaturas

DGS – Direção Geral da Saúde

ENEAS – Estratégia Nacional Envelhecimento Ativo e Saudável

ERPIs – Estruturas Residenciais Para Idosos

OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OMS – Organização Mundial de Saúde

PIM – Preparação Individualizada da Medicação

PNS – Plano Nacional de Saúde

RAM – Reação Adversa ao Medicamento

RecM – Reconciliação da Medicação

RevM – Revisão da Medicação

SNS – Serviço Nacional de Saúde

UE – União Europeia

Lista de Tabelas

Tabela I – Modelo de formulário para a revisão da medicação (Anexo I).....	80
Tabela II – Modelo de folha para a gestão da medicação nas estruturas residenciais para idosos (ERPIs) (Anexo 2)	81

Resumo

Envelhecer com saúde é neste momento um dos grandes desafios da sociedade. Estima-se que em Portugal o envelhecimento aumente cada vez mais, representando neste momento perto de um quarto da população residente. O aumento da esperança média de vida, aliado às alterações fisiológicas características do idoso, contribui para o aumento da incidência de diversas patologias e conseqüentemente um maior consumo de medicamentos e problemas a eles associados. A população idosa, para além dos seus problemas de saúde, enfrenta vários fatores externos, como a solidão, a dependência e as fragilidades económicas, que colocam em risco a sua qualidade de vida. A sociedade responde com valências sociais de forma a promover a autonomia, a integração social e a saúde desta faixa etária, desenvolvendo estratégias para a promoção de um envelhecimento ativo e saudável, ao longo de toda a sua vida.

O farmacêutico, como um dos profissionais de saúde com maior proximidade com a população idosa, é uma peça chave na promoção da sua saúde e melhoria da sua qualidade de vida.

Este trabalho pretende abordar a importância do farmacêutico no seguimento do doente idoso, salientando a intervenção farmacêutica na promoção do uso racional do medicamento, na literacia em saúde, na gestão da medicação do idoso, na prevenção da doença e na promoção do envelhecimento ativo e saudável.

Palavras-chave: Envelhecimento, Idoso, Farmacêutico, Medicamento, Saúde.

Abstract

Maintaining good health while ageing is one of the most demanding challenges of humanity. In Portugal elderly citizens make up one fourth of the whole population. As a result of the increased life expectancy and physiological changes of the aged there is a pathologies boom, greatly related to a massive consumption of medicines and its subsequent side-effects. The senior population has to manage distinct external factors, such as loneliness, dependence and economic weaknesses that endanger not only their health quality but also their quality of life.

Our society has resources in several social areas in order to promote autonomy, social integration and the health of this aged generation, while developing strategies for the promotion of healthy ageing in the long term.

The Pharmacist is therefore a key professional to liaise closely with the aged generation and promote their health and life quality.

It is the intention of this essay to illustrate the importance of the Pharmacist in dealing with the aged patient, highlighting pharmaceutical intervention in the promotion of good use of medicines, health literacy, management of medication for the elderly and to broadly prevent disease and promote a healthy ageing.

Keywords: Ageing, Aged Patient, Pharmaceutical, Medication, Health.

I. Introdução

O aumento da esperança de vida e o progressivo envelhecimento da população, representam atualmente uma preocupação para a sociedade. As alterações fisiológicas próprias do envelhecimento, as múltiplas comorbilidades que os idosos apresentam e a maior prevalência de patologias crónicas, tornam a polimedicação quase inevitável neste grupo populacional.

No sentido de contribuir para estilos de vida saudáveis e para a melhoria do bem-estar e da qualidade de vida dos idosos, Portugal adotou múltiplas iniciativas e estratégias a vários níveis da sociedade, com foco na promoção de um envelhecimento ativo e saudável para toda a população ao longo da vida (DGS, 2017).

O farmacêutico, privilegiado pelo contacto direto com o doente idoso, é um elemento fundamental na promoção de um envelhecimento ativo e saudável. Atuando a vários níveis e de forma articulada com outros profissionais de saúde, contribui para a obtenção de resultados em saúde positivos. Através de uma intervenção ativa na promoção do uso correto do medicamento, na adesão à terapêutica e na educação para a saúde do idoso e dos seus cuidadores, o papel do farmacêutico revela-se fundamental na prevenção da doença, na promoção da saúde e na melhoria da qualidade de vida do cidadão idoso.

Esta monografia aborda alguns problemas decorrentes do envelhecimento da população e a importância que o farmacêutico tem no seguimento do doente idoso na farmácia comunitária, no domicílio e nas estruturas residenciais para idosos (ERPis).

2. O envelhecimento e o idoso

2.1. Definição de envelhecimento e de idoso

O envelhecimento inicia-se antes do nascimento e prolonga-se ao longo da vida, sendo definido como um processo progressivo de mudança biológica, psicológica e social da pessoa durante todo o ciclo de vida (DGS, 2006; WHO, 2015).

O conceito de idoso abrange todas as pessoas com mais de 65 anos de idade (WHO, 2012a), independentemente do sexo ou da sua condição física (INE, 2002).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) (WHO, 2002), entre as pessoas idosas da mesma faixa etária, existem variações no seu estado de saúde, na sua autonomia, na sua participação social e nos seus níveis de independência. Estas variações deverão ser consideradas para a elaboração de políticas e programas orientadores para todo o processo de envelhecimento.

2.2. Dados estatísticos do envelhecimento

Segundo dados da Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável (ENEAS) (DGS, 2017), Portugal regista, à semelhança de outros países, um contínuo envelhecimento demográfico da população nas últimas décadas, como consequência de um aumento da população idosa e da sua longevidade, bem como da redução da população jovem e da natalidade.

Em 2018, de acordo com dados da PORDATA (2018), as pessoas com 65 ou mais anos, representavam 21,7% de toda a população residente em Portugal. A esperança de vida à nascença era de 77,8 anos para homens e de 83,4 anos para mulheres. Neste mesmo ano, o índice de envelhecimento¹ aumentou para 157,4% em comparação com os 27,5% em 1961. Este aumento exponencial tem um forte impacto na sociedade e exige múltiplas adaptações e respostas (DGS, 2017).

Um estudo realizado em 2017 por Maximiano e seus colaboradores (Maximiano *et al.*, 2017a) para avaliar a qualidade de vida relacionada com a saúde, apurou que “apenas 46% dos portugueses afirmam estar bem, uma percentagem muito inferior à média da OCDE (69%), sendo Portugal um dos países com menor pontuação”. Ainda segundo os mesmos autores, esta diferença entre Portugal e os outros membros da União Europeia (UE) justifica a necessidade de iniciativas que visem a sua melhoria.

¹ Relação entre a população idosa e a população jovem, expressa habitualmente no número de pessoas com 65 e mais anos, por cada 100 pessoas com menos de 15 anos. Um valor inferior a 100 significa que há menos idosos do que jovens.

2.3. Alterações fisiológicas e principais doenças nos idosos

Em termos fisiológicos, o processo de envelhecimento inclui um conjunto de alterações das funções orgânicas, resultantes do aumento da idade, que leva à diminuição gradual de todas as funções fisiológicas e à perda progressiva e irreversível da capacidade do organismo em manter o equilíbrio homeostático, ocorrendo assim uma maior propensão para patologias nos idosos (Farmácia Portuguesa, 2013).

Entre as patologias mais frequentes, destacam-se as doenças cardiovasculares, as neoplasias malignas, as doenças respiratórias crónicas, as doenças musculoesqueléticas (WHO, 2002), a diabetes e os problemas neurológicos e mentais, como a depressão e a demência (Prince *et al.*, 2015). Sendo a população idosa sujeita a múltiplas comorbilidades, a toma de vários tipos de medicamentos torna-se inevitável (DGS, 2006). A polimedicação associada às alterações fisiológicas que condicionam a farmacocinética e a farmacodinâmica dos fármacos, pode colocar em risco a saúde do idoso (Marusic *et al.*, 2013).

Apesar de todos os indicadores anteriores, “envelhecer não é sinónimo de adoecer”, uma vez que “os idosos podem ser saudáveis até ao fim (ou quase) da sua vida” (Farmácia Portuguesa, 2013).

2.4. Fatores de risco no envelhecimento

Segundo dados do Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas (DGS, 2006), para além dos fatores genéticos, biológicos, psicológicos e individuais que contribuem para a forma como se envelhece e para a ocorrência de doenças, os fatores externos, ambientais, comportamentais e sociais também estão intimamente relacionados com o envelhecimento.

A solidão, o isolamento social, a dependência física e mental, os internamentos institucionais, as fragilidades económicas, as alterações da estrutura familiar e as inaptações do meio habitacional são exemplos de fatores que condicionam a saúde, a autonomia e a qualidade de vida das pessoas idosas (Cabral *et al.*, 2013; DGS, 2006).

Na globalidade, verifica-se que as pessoas idosas necessitam de mais cuidados de saúde e de apoio social, tanto por parte dos serviços de saúde, como da família e das instituições (Bloom *et al.*, 2015).

2.5. Problemas associados ao consumo de medicamentos nos idosos

O aumento do consumo de medicamentos pelos idosos, pode desencadear problemas relacionados com a medicação, havendo necessidade de garantir o uso correto, efetivo e seguro da mesma (Galato *et al.*, 2010).

De acordo com a OMS, cerca de 50% dos cidadãos em todo o mundo não tomam corretamente os medicamentos (Maximiano *et al.*, 2017b). Segundo a mesma instituição, a toma incorreta de medicamentos é comum em idosos. Este facto pode resultar na ineficácia dos fármacos, no incremento da ocorrência de efeitos adversos e de interações medicamentosas e no aumento da possibilidade de surgirem fenómenos de sobredosagem ou de subdosagem.

Para além do anteriormente referido, esta faixa etária é ainda caracterizada pela toma simultânea de vários medicamentos (polimedicação), o que implica um risco acrescido para a saúde (DGS, 2017). Entre as diversas definições para este fenómeno, uma das mais empregues considera a polimedicação como o uso simultâneo de cinco ou mais fármacos (Mair *et al.*, 2017).

Em Portugal, a população com mais de 65 anos é um grupo polimedicado, resultando principalmente, das múltiplas comorbilidades características das pessoas idosas (DGS, 2017). Devidamente supervisionada, a polimedicação é efetivamente necessária para o tratamento e para a gestão da doença crónica nos idosos (Ballentine, 2008; Ferreira *et al.*, 2015). No entanto, a toma de um elevado número de medicamentos está associada a resultados em saúde negativos, principalmente ao aumento do risco de reações adversas a medicamentos (RAM), de interações medicamentosas, do uso de medicação potencialmente inapropriada, de internamentos hospitalares, de duplicações terapêuticas, entre outros problemas (Lavrador & Cabral, 2020; Zia *et al.*, 2015).

A polimedicação pode também contribuir para a não adesão à terapêutica medicamentosa. A recusa na toma dos medicamentos, o receio de efeitos adversos, o custo, os esquemas terapêuticos complexos, a má técnica de utilização e administração dos fármacos, as alterações cognitivas, o isolamento social e familiar e o acesso à medicação, são também fatores que podem suscitar a não adesão à terapêutica (Krueger *et al.*, 2015; Oliveira & Novaes, 2011).

O uso simultâneo de vários medicamentos na população idosa, aumenta a probabilidade de erros de medicação podendo levar ao uso inadequado dos fármacos e causar danos ao doente idoso. Apesar de muitos dos erros de medicação não serem prejudiciais ou passarem despercebidos, alguns resultam no aumento da morbilidade (Mirco *et al.*, 2005).

De acordo com Maximiano *et al.* (2017b), uma vez que o estado comórbido e polimedicado é uma realidade comum em farmácia comunitária, principalmente no que toca ao doente idoso, torna-se cada vez mais importante o foco na prevenção destes problemas e na promoção da adesão e do uso correto do medicamento.

3. Respostas sociais para idosos

Para responder às necessidades de uma população que está a envelhecer rapidamente, e na ausência de apoio familiar, torna-se imprescindível investir na prestação de cuidados de saúde e no apoio social. Equipas multidisciplinares e recursos humanos com formação específica, são essenciais para promover a autonomia, a integração social e a saúde das pessoas idosas (DGS, 2006; ISS, I.P., 2011). Os serviços de apoio social encontram-se regulamentados pelo Decreto-Lei n° 64/2007, de 14 de março².

Atualmente, as Estruturas Residenciais Para Idosos (ERPI), são uma resposta social destinada ao alojamento coletivo de pessoas idosas, ou outras em situação de maior dependência. A sua utilização temporária ou permanente, permite o acesso a serviços de apoio social e cuidados de saúde, direcionados para a promoção da qualidade de vida e para um envelhecimento ativo (Portaria n° 67/2012, de 21 de março).

Existem, atualmente, outras respostas de apoio social, devidamente regulamentadas. Os Serviços de apoio domiciliário, os Centros de convívio, os Centros de dia, os Centros de noite, os Acolhimentos familiares e os Centros de férias e lazer (ISS, I.P., 2016, 2017), juntamente com as ERPIs, constituem as diversas ofertas disponíveis e vocacionadas para o bem-estar dos idosos, com o objetivo de garantir a sua qualidade de vida e nas devidas condições de saúde. No entanto, estas ofertas não são suficientes, tornando-se importante a implementação de estratégias e programas para a promoção de um envelhecimento ativo e saudável.

4. Estratégias para o envelhecimento ativo e saudável

A qualidade de vida é determinante para que haja um envelhecimento ativo e saudável (Cabral *et al.*, 2013), sendo que envelhecer permanecendo ativo constitui um dos maiores desafios das sociedades modernas com um enorme potencial para melhorar (SNS, 2017).

A OMS lançou a nível europeu várias propostas para o envelhecimento ativo e saudável, de forma a responder aos desafios relacionados com a longevidade da população idosa (WHO, 1999, 2012b).

De acordo com a OMS, o envelhecimento ativo e saudável é definido como “o processo de otimização das oportunidades para a saúde, participação e segurança, para a

² Decreto-Lei n° 64/2007, de 14 de março, define o regime jurídico de instalação, funcionamento e fiscalização dos estabelecimentos de apoio social geridos por entidades privadas, estabelecendo o respetivo regime contraordenacional. Foi alterado e republicado pelo Decreto-Lei n° 99/2011 e alterado pelo Decreto-Lei n° 33/2014 de 4 de março.

melhoria da qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem bem como o processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional, que contribui para bem-estar das pessoas idosas” (WHO, 2017).

Em Portugal, a promoção do envelhecimento ativo e saudável, tem contado com diversas iniciativas, das quais se destacam, as orientações do Plano Nacional de Saúde 2004-2010 (Ministério da Saúde, 2004), que integra, o Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas, posteriormente editado pela Direção Geral da Saúde (DGS) em 2006. Neste programa estabelecem-se estratégias de intervenção que assentam em três pilares fundamentais, sendo estes: “Promoção de um envelhecimento ativo, ao longo de toda a vida; Maior adequação dos cuidados de saúde às necessidades específicas das pessoas idosas e Promoção e desenvolvimento intersectorial de ambientes capacitadores da autonomia e independência das pessoas idosas” (DGS, 2006). Já em 2016 através do Despacho nº 12427/2016, de 17 de outubro, é constituído um grupo de trabalho interministerial para apresentar a Proposta de Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável (ENEAS).

A ENEAS (DGS, 2017) tem como principal missão “promover a saúde e o bem-estar, a participação, a não discriminação, a inclusão, a segurança e a investigação no sentido de aumentar a capacidade funcional, a autonomia e a qualidade de vida das pessoas à medida que envelhecem”. Outro projeto com que Portugal também está comprometido, é a “Cidade Amiga das Pessoas Idosas”, um projeto mundial lançado pela OMS em 2008, que levou à publicação do “Guia global: Cidade amiga do idoso” (OMS, 2008). Mundialmente, várias cidades aderiram a esta rede, com o objetivo de atuar ao nível local, promovendo a plena participação das pessoas idosas na vida comunitária. Neste sentido, uma cidade amiga das pessoas idosas irá adaptar as suas estruturas e os seus serviços para que estes sejam acessíveis às pessoas mais velhas, com diferentes capacidades e necessidades (OMS, 2008).

As estratégias referidas apresentam como objetivos principais a promoção da saúde e a melhoria da qualidade de vida do cidadão idoso. O farmacêutico, pelo contacto privilegiado que tem com a sociedade e devido à sua competência técnica e científica, apresenta-se como um dos profissionais de saúde mais habilitados para promover o envelhecimento ativo e saudável, em estreita colaboração com outros profissionais de saúde.

5. A importância do farmacêutico no seguimento do doente idoso

O papel das farmácias é de extrema importância na prestação de cuidados ao doente idoso, não só devido ao crescente envelhecimento demográfico, mas principalmente pelo facto de sofrerem de inúmeras comorbilidades, as quais inevitavelmente se associam à polimedicação (The Lewin Group, 2004).

O farmacêutico, como agente de saúde pública, possui um contacto privilegiado e próximo da população idosa, merecendo assim a sua confiança, o que possibilita uma intervenção mais direta na melhoria da qualidade de vida dos doentes idosos.

O Decreto-Lei n.º 307/2007, de 31 de agosto³, estabelece o regime jurídico das farmácias comunitárias, e prevê que estas possam prestar serviços farmacêuticos e outros serviços de saúde e de promoção do bem-estar dos utentes. Ao abrigo da Portaria n.º 1429/2007, de 2 de novembro⁴, definem-se os serviços farmacêuticos e outros serviços de promoção de saúde e bem-estar que poderão ser prestados nas farmácias comunitárias.

De entre os serviços referidos na anterior portaria destacam-se, entre outros, o apoio domiciliário, a administração de medicamentos, a utilização de meios auxiliares de diagnóstico e terapêutica, a administração de vacinas, os programas de cuidados farmacêuticos, a colaboração em programas de educação para a saúde e os programas de adesão à terapêutica, de reconciliação da terapêutica e de preparação individualizada de medicamentos, assim como programas de educação sobre a utilização de dispositivos médicos. As farmácias podem ainda promover campanhas e programas de literacia em saúde, de prevenção da doença e de promoção de estilos de vida saudáveis, por forma a promoverem o envelhecimento ativo e saudável da população idosa (Portaria n.º 97/2018, de 9 de abril).

A intervenção na população idosa é uma das prioridades do Plano Nacional de Saúde (PNS), desde 2004 (Ministério da Saúde, 2004). A atividade farmacêutica deve articular-se não só com o doente e os seus cuidadores, mas também com outros profissionais de saúde. Só assim é que o impacto das intervenções se traduz na obtenção de ganhos em saúde positivos de forma mais eficiente (DGS, 2015).

A intervenção farmacêutica junto das pessoas idosas pode desenvolver-se nas seguintes áreas:

- I) Promoção do uso correto, efetivo e seguro dos medicamentos, ao nível dos seguintes domínios: Dispensa de medicamentos; Serviço de Revisão da Medicação;

³ Este diploma foi alterado e republicado pelo Decreto-Lei n.º 75/2016, de 8 de novembro.

⁴ Esta portaria foi alterada pela Portaria n.º 97/2018, de 9 de abril.

Serviço de Reconciliação da Medicação; Serviço de Preparação Individualizada da Medicação (PIM);

II) Promoção da literacia em saúde aos idosos e formação aos cuidadores informais;

III) Apoio da farmácia às ERPIs;

IV) Apoio da farmácia ao domicílio;

V) Identificação de idosos suspeitos de doenças crónicas;

VI) Promoção do envelhecimento ativo e saudável.

Neste sentido, é de notar que a atividade do farmacêutico se centra preferencialmente no doente e na sua qualidade de vida, disponibilizando cada vez mais serviços essenciais à saúde, tanto na vertente terapêutica, bem como na vertente preventiva (Ordem dos Farmacêuticos, 2018b, 2020).

5.1. Promoção do uso correto, efetivo e seguro dos medicamentos

De acordo com a Ordem dos Farmacêuticos (2016), “promover o uso responsável do medicamento deverá ser uma prioridade para a sustentabilidade do Sistema de Saúde, perspetivando ganhos em saúde e económicos para a sociedade em geral”. Neste contexto, foi desenvolvida uma campanha de consciencialização, intitulada “Uso do Medicamento – Somos Todos Responsáveis”, e foram estabelecidas várias recomendações para profissionais de saúde, decisores políticos e cidadãos, para a promoção do uso responsável do medicamento, desde a sua produção, à dispensa e respetiva toma.

De entre os profissionais de saúde, o farmacêutico assume um papel importante neste contexto. Assim, de acordo com a legislação em vigor (Portaria n.º 97/2018, de 9 de abril), um dos serviços farmacêuticos que poderá ser desenvolvido são os “Programas de Cuidados Farmacêuticos”. Estes são entendidos como uma prática profissional que se responsabiliza pelas necessidades farmacoterapêuticas do doente, sendo realizada com o objetivo de melhorar o processo de uso dos medicamentos e reduzir os resultados negativos associados aos mesmos, gerando segurança e efetividade na terapêutica (Hepler & Strand, 1990; OMS, 1993). Este serviço vai também ao encontro do que se pretende no Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020, estabelecido pelo Despacho n.º 1400-A/2015, de 10 de fevereiro, que refere no objetivo estratégico quatro, “aumentar a segurança na utilização da medicação”.

O seguimento farmacoterapêutico, uma das áreas mais relevantes dos cuidados farmacêuticos, é um serviço centrado no doente, nos problemas de saúde e no medicamento,

tendo como principais focos a promoção da saúde, a prevenção da doença, a realização de uma gestão adequada do uso do medicamento e a educação para a saúde. Este serviço pode contribuir para melhorar a qualidade de vida do doente, especialmente o doente idoso, que maioritariamente se faz acompanhar de um estado comórbido e polimedicado, com regimes terapêuticos complexos (Jisha & Minaz, 2011). Para além das farmácias, este serviço pode ser aplicado, nos hospitais, no domicílio, nas ERPIs ou em qualquer outro meio que assim o necessite.

O farmacêutico tem assim um papel ativo na promoção do uso correto do medicamento, não só devido à sua relação de proximidade com o doente, mas também devido aos conselhos que lhe transmite relativamente ao seu esquema terapêutico, contribuindo assim para o sucesso da adesão à terapêutica e para a melhoria da sua qualidade de vida (Lavrador & Cabral, 2020; Ordem dos Farmacêuticos, 2016).

Tendo em vista esta finalidade, o farmacêutico pode intervir nos seguintes domínios:

- A) Dispensa de medicamentos;
- B) Serviço de Revisão da Medicação;
- C) Serviço de Reconciliação da Medicação;
- D) Serviço da Preparação Individualizada da Medicação (PIM).

5.1.1. Dispensa de medicamentos

No momento da dispensa do medicamento o farmacêutico deve fornecer, ao doente idoso ou ao seu cuidador, todas as informações necessárias para garantir o seu uso correto. Para tal deve utilizar uma linguagem simples e acessível, tanto verbal como escrita (Department of health, 2005; Farmácia Portuguesa, 2013). Deverá reforçar a importância da adesão à medicação, informando o doente sobre os problemas que podem resultar do incumprimento da terapêutica (Ferreira, 2013; Marques *et al.*, 2013). O farmacêutico deve também mostrar disponibilidade para o esclarecimento de quaisquer dúvidas que possam surgir durante o tratamento, proporcionando até um serviço de consulta farmacêutica para avaliar com mais detalhe a terapêutica ou referenciar o doente ao médico (Farmácia Portuguesa, 2013).

5.1.2. Serviço de revisão da medicação (RevM)

A consulta farmacêutica de revisão da medicação assenta numa intervenção direta do farmacêutico na prevenção, na identificação e na resolução de problemas relacionados com os medicamentos. Ao atuar na gestão da toma simultânea dos vários medicamentos, é possível diminuir os erros de medicação e contribuir para o aumento da adesão à terapêutica. Neste seguimento, o farmacêutico deve partilhar informação com o médico, sempre que for

necessário (Ferreira, 2013; Gonçalves, 2017).

O serviço de RevM destina-se essencialmente a doentes idosos polimedicados. É realizado durante uma visita programada do doente à farmácia, constituindo-se, por vezes, numa tarefa complexa e demorada (Ferreira, 2013; Lavrador & Cabral, 2020). Este serviço consiste numa avaliação detalhada da medicação do doente, denominada como “saco dos medicamentos”, com o objetivo de assegurar a otimização da terapêutica farmacológica. Com isto, é possível identificar e/ou resolver os problemas de adesão à terapêutica, os problemas com a toma, as duplicações não intencionais, as reações adversas, as interações medicamentosas, a posologia incorreta, o medicamentos fora do prazo de validade, entre outros (Cordeiro & Carniça, 2017). Ao terminar este serviço, o farmacêutico deverá entregar ao doente um registo de todos os seus medicamentos (Anexo I). Sempre que houver uma alteração da terapêutica este registo deve ser atualizado (NHS, 2014).

Em 2015, foi realizado um estudo europeu, denominado *Stimulating Innovation Management of Polypharmacy and Adherence in The Elderly* (SIMPATHY), que teve como objetivo estudar o impacto da polimedicação e da adesão à terapêutica na saúde da população mais idosa. Este estudo foi desenvolvido por uma equipa multidisciplinar que envolveu dez instituições da Alemanha, Espanha, Grécia, Itália, Polónia, Reino Unido, Suécia e Portugal, onde se incluiu uma equipa de investigadores das faculdades de Farmácia e de Medicina da Universidade de Coimbra e do consórcio *Ageing@Coimbra* – Região Europeia de Referência para o Envelhecimento Ativo e Saudável (Mair *et al.*, 2017a).

O projeto SIMPATHY foi realizado com base na identificação de estudos de caso, com o objetivo de avaliar a polimedicação e a gestão da adesão à terapêutica nos idosos, nos estados membros da União Europeia (UE), anteriormente referidos. As informações fornecidas para cada um desses estudos de caso, basearam-se em revisões documentais, entrevistas e análise dos grupos alvo. Paralelamente, foi realizada uma ampla revisão de literatura de documentos publicados, por forma a reunir todas as diretrizes existentes sobre a gestão da polimedicação na Europa. Em seguida, foi efetuada uma pesquisa de *benchmarking*⁵ europeu que forneceu informações importantes sobre os detalhes dos programas de gestão da medicação existentes na UE. Esta pesquisa permitiu ainda, aumentar a consciencialização quanto a estes programas nos países em que não existe qualquer política para lidar com o problema da polimedicação nos doentes idosos. (Mair *et al.*, 2017a).

⁵ *Benchmarking* define-se como o “processo contínuo e sistemático que permite a comparação das performances das organizações e respetivas funções ou processos face ao que é considerado o melhor nível, com vista não apenas a equiparação dos níveis de performance mas também a sua superação”.

Para facilitar o uso de todas as informações recolhidas, foi elaborado um Manual de Diagnóstico da Situação de Polimedicação no Idoso na Europa, dirigido aos profissionais de saúde e aos decisores políticos, onde se destacam as recomendações para a implementação de Programas de Revisão da Polimedicação. Este Manual está disponível em todos os Estados membros da UE (Mair *et al.*, 2017b).

Este estudo veio concluir que é urgente criar um plano nacional de revisão da polimedicação na população idosa em Portugal. Este plano deverá ter como objetivo, a resolução dos problemas causados pelo uso simultâneo de vários medicamentos e a sua implementação deverá contribuir para a redução das admissões hospitalares devidas a esses problemas (Mair *et al.*, 2017a, b).

É de salientar que, para além da farmácia, a prestação do serviço de revisão da medicação pode ser realizada no domicílio ou em ERPIs, sempre com o objetivo de melhorar a qualidade de vida dos doentes idosos.

5.1.3. Serviço de reconciliação da medicação (RecM)

O Serviço de RecM (DGS, 2016) é um processo centrado no doente idoso que envolve uma equipa multidisciplinar, sendo realizado principalmente durante a transição de cuidados, tais como a admissão e alta hospitalar e na transferência entre instituições prestadoras de cuidados de saúde, diferindo assim do serviço de revisão da medicação anteriormente referido. A RecM é uma das ações que se encontra incluída no Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 (Despacho nº1400-A/2015, de 10 de fevereiro), anteriormente referido, com o objetivo de aumentar a segurança na utilização da medicação.

Segundo a Norma da DGS 018/2016 (DGS, 2016), a “reconciliação da medicação é um processo que contribui para manter atualizada a lista da medicação de cada doente, bem como outras informações importantes, nomeadamente reações adversas a medicamentos e alergias, evitando discrepâncias entre a sua medicação habitual e a medicação instituída em cada momento de transição de cuidados”. Na RecM, é também avaliada a capacidade do idoso para aderir à terapêutica, sendo que, o doente é o centro da intervenção e o seu envolvimento é essencial neste processo (Santos & Domingos, 2013).

Neste contexto, o farmacêutico, como especialista no medicamento, poderá desempenhar um papel preponderante no serviço de reconciliação da medicação. As suas competências técnicas e científicas garantem a manutenção de um esquema terapêutico atualizado e perceptível para cada doente, a deteção de discrepâncias, a redução de possíveis erros de medicação, como omissões ou duplicações da terapêutica e a deteção de problemas relacionados aos medicamentos, no momento da transição de cuidados. O farmacêutico deve

promover uma correta partilha de informações relativamente à medicação e respetivas discrepâncias com toda a equipa de profissionais de saúde que seguem o doente idoso, para que, em conjunto, as possam corrigir (Afonso, 2015).

No entanto, apesar de em Portugal já existirem alguns hospitais com o serviço de reconciliação da medicação, os farmacêuticos confrontam-se com diversas barreiras. Para o sucesso da implementação deste serviço, seria fundamental uma maior disponibilidade da equipa multidisciplinar, bem como um sistema informático eficaz para o registo de informação. Entre as várias fases de transição de cuidados do doente, seria necessário uma articulação efetiva entre o hospital e os centros de saúde, assim como entre a farmácia hospitalar e a farmácia comunitária (Santos & Domingos, 2013). Uma vez que os doentes são o centro da intervenção e o objetivo é potenciar a sua adesão à terapêutica, também se torna necessário aumentar a literacia em saúde dos doentes e dos cuidadores, incluindo, neste sentido, as instituições que recebem os idosos após a alta hospitalar (Afonso, 2015).

5.1.4. Serviço da preparação individualizada da medicação (PIM)

Na Preparação Individualizada da Medicação (Ordem dos Farmacêuticos, 2018a) o farmacêutico organiza a medicação do doente. Este serviço auxilia o doente a gerir melhor a sua medicação e contribui para a adesão à terapêutica. Na preparação individualizada da medicação são utilizadas caixas dispensadoras personalizadas, organizadas em função da posologia e com informações relevantes sobre o doente e a sua terapêutica. É ainda recomendado que seja feita uma revisão da medicação, sempre que é prestado o serviço PIM.

Para a implementação efetiva deste serviço, é essencial que haja uma boa articulação entre todos os profissionais de saúde que acompanham o idoso. A PIM é de extrema importância em zonas com baixa literacia, constituindo uma mais-valia para os doentes e para os seus cuidadores, tornando-se também num fator de fidelização à farmácia (ROF, 2017).

A dispensa individualizada de medicamentos ao público, nas farmácias comunitárias, encontra-se regulamentada através da Portaria nº 455-A/2010, de 30 de junho. Este serviço destina-se especialmente a doentes idosos polimedicados, a doentes crónicos e a doentes com regimes terapêuticos complexos, e pode ser realizado para entrega na própria farmácia comunitária, para entrega no domicílio do doente, ou em ERPIs (Ordem dos Farmacêuticos, 2018a; ROF, 2017). Para auxiliar os farmacêuticos que realizem ou pretendam realizar a PIM, a Ordem dos Farmacêuticos (2018a) desenvolveu a Norma Geral da Preparação Individualizada da Medicação (PIM).

Esta área de intervenção farmacêutica contribui para a promoção do uso correto, efetivo e seguro do medicamento na população idosa, facilita a adesão à terapêutica e minimiza

os erros de medicação, contribuindo deste modo para a melhoria da qualidade de vida do doente idoso.

5.2. Promoção da literacia em saúde nos idosos e formação aos cuidadores informais

De acordo com a OMS (WHO, 2013), a literacia em saúde consiste “no conjunto de competências cognitivas e sociais que determinam a motivação e a capacidade dos indivíduos para aceder, entender e utilizar melhor as informações sobre a saúde, de uma forma que lhes permita tomar decisões de forma consciente e informada sobre cuidados de saúde, prevenção de doenças e promoção da saúde, mantendo ou melhorando a sua qualidade de vida durante todo o ciclo de vida”.

Em Portugal, a Literacia em Saúde tem sido retratada em diversos documentos, dos quais destacamos:

- Programa Nacional de Educação para a Saúde, Literacia e Autocuidados, criado ao abrigo de Despacho n° 3618-A/2016;
- Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável (ENEAS) 2017-2025 (DGS,2017);
- Lei de Bases da Saúde, aprovada pela Lei n° 95/2019 de 4 de setembro;
- Plano de Ação para a Literacia em Saúde 2019-2021 (DGS, 2019a);
- Manual de Boas Práticas de Literacia em Saúde – Capacitação dos Profissionais de Saúde (DGS, 2019b).

Ao abrigo do ponto 2, artigo 2° da Portaria n° 97/2018, de 9 de abril, os farmacêuticos, pela relevante função social que desempenham ao serviço das pessoas e da comunidade, são fundamentais para a promoção da literacia em saúde junto da população. Neste sentido, todos os documentos anteriormente referidos, conferem lugar aos farmacêuticos para atuarem na promoção do acesso à informação sobre saúde, contribuindo para que as pessoas se tornem mais autónomas em relação à sua saúde e à dos que as rodeiam.

A população mais idosa regista uma grande proporção de níveis de literacia em saúde problemáticos e inadequados (DGS, 2019a). Este problema pode ser colmatado, através da elevada confiança e proximidade existente entre o farmacêutico e a população mais idosa, o que permite que as farmácias sejam um espaço importante para a difusão de mensagens que contribuam para a literacia do idoso. Os profissionais têm o dever de disponibilizar informação gratuita e acessível, através de ações de formação e/ou folhetos informativos e promover a

comunicação estreita entre o idoso, o seu cuidador, ou mesmo o médico que o segue (DGS, 2019b).

Nas ações de promoção da literacia em saúde e de mudança de comportamentos de saúde, é fundamental envolver os cuidadores informais da pessoa idosa (Wit *et al.*, 2017). O Cuidador informal⁶ é legalmente reconhecido pela Lei n° 100/2019, de 6 de setembro que aprova o seu Estatuto, regula os seus direitos e deveres e estabelece as respetivas medidas de apoio. A Lei n° 95/2019, de 4 de setembro aprova a Lei de Bases da Saúde. Este diploma integra o apoio aos cuidadores informais, incentivando à adoção de medidas promotoras da responsabilidade social, assegurando uma articulação entre a pessoa cuidada, o cuidador informal e os serviços de saúde.

O farmacêutico, como parte integrante dos serviços de saúde, desempenha um papel importante na formação específica fornecida ao cuidador informal, contribuindo para que este adquira competências e desenvolva capacidades que o auxiliem na prestação dos cuidados de saúde ao doente idoso (DGS, 2017; Lei n° 100/2019, de 6 de setembro).

5.3. Apoio da farmácia às ERPIs

O número de idosos institucionalizados em Portugal é cada vez maior (ISS, I.P., 2011). Na sua maioria são doentes crónicos, incapacitados, com diferentes níveis de dependência e polimedicados. Neste sentido, a gestão correta da medicação nas ERPIs é crucial. A Comissão Setorial para a Saúde CS/09⁷, do Sistema Português da Qualidade (CS/09, 2014) aprovou, em 2014, uma recomendação sobre a gestão da medicação nas ERPIs, salvaguardando assim que todos os doentes recebam os seus medicamentos de forma correta, efetiva e segura, reduzindo os erros de medicação e garantindo resultados em saúde positivos para os doentes idosos. Ainda de acordo com a mesma comissão, a intervenção farmacêutica constitui-se como uma atividade colaborativa com médicos, enfermeiros e outros profissionais das ERPIs, para que todos possam garantir que os doentes usufruam de um benefício terapêutico máximo. Para além de assegurar uma redução nos erros de administração e nos problemas relacionados com os medicamentos, o farmacêutico deve efetuar uma revisão da medicação para cada idoso institucionalizado (Anexo I), no mínimo duas vezes por ano, ou sempre que as condições

⁶ “Cuidador informal” é o cônjuge ou unido de facto, parente ou afim até ao 4.º grau da linha reta ou da linha colateral da pessoa cuidada, que acompanha e cuida desta, cumprindo os deveres referidos no artigo 6.º do Estatuto do Cuidador Informal, aprovado em anexo à Lei n° 100/2019, de 6 de setembro.

⁷ A Comissão Setorial para a Saúde (CS/09), com o enquadramento legal atualmente previsto no Decreto-Lei n° 71/2012 de 21 de março, alterado pelo Decreto-Lei n° 80/2014, de 15 de maio, foi constituída em maio de 1994 e tem como objetivos gerais analisar, promover e dinamizar as várias componentes que influenciam a Qualidade na Saúde e preparar recomendações para a respetiva melhoria.

clínicas assim o exijam, com o objetivo de identificar discrepâncias entre a medicação anterior e a prescrita, promovendo o aumento da adesão à terapêutica e a sua efetividade e segurança (CS/09, 2014; ISS, I.P., 2011). O farmacêutico contribui, deste modo, para a melhoria do sistema de gestão da medicação nas instituições, podendo também assumir responsabilidades quanto à aquisição, armazenamento, distribuição e administração dos medicamentos aos idosos institucionalizados (Anexo 2) (ISS, I.P., 2011).

Externamente, as farmácias comunitárias podem apoiar as ERPIs através da realização da preparação da medicação dos idosos. O serviço farmacêutico PIM, abordado anteriormente, contribui para garantir que a terapêutica é otimizada e seguida de forma exemplar. Neste sentido, o circuito do medicamento nas ERPIs, ocorre por meio de uma intervenção interdependente, a qual é iniciada na prescrição do medicamento pelo médico, na dispensa do medicamento pelo farmacêutico e na administração do medicamento pelo enfermeiro (Farmácia Portuguesa, 2016; Ordem dos Enfermeiros, 2019).

Por fim, é de notar que um estabelecimento com normas rigorosas definidas por profissionais com competências no medicamento permite assegurar uma excelente gestão da medicação, promovendo a saúde dos idosos institucionalizados.

5.4. Apoio da farmácia ao domicílio do idoso

Incrementar os cuidados de saúde ao domicílio é um dos objetivos da ENEAS (DGS, 2017), bem como do Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas (DGS, 2006).

O apoio domiciliário é um dos serviços farmacêuticos de promoção da saúde e do bem-estar dos utentes que as farmácias podem prestar (Portaria n° 97/2018, de 9 de abril). A Portaria n° 1427/2007, de 2 de novembro⁸ regula as condições e os requisitos da dispensa de medicamentos ao domicílio e através da internet.

A intervenção do farmacêutico ao domicílio é de extrema importância fundamentalmente em doentes idosos, que vivem sozinhos, com dificuldades de mobilidade e sem apoio da família/cuidador. Devido à elevada prevalência de morbimortalidade associada ao uso dos medicamentos neste grupo de indivíduos domiciliados, torna-se ainda mais importante vigiar a medicação, desde a sua aquisição, até ao armazenamento e à administração (Farmácia Portuguesa, 2016; Ferreira & Santos, 2011).

À semelhança do que acontece noutros locais, como a farmácia comunitária e as ERPIs, o papel do farmacêutico nos cuidados domiciliários, centra-se no serviço clínico de avaliação e monitorização de doentes nas suas casas. Neste âmbito, para além da dispensa dos

⁸ Alterada pela Portaria n° 111/2018, de 26 de abril.

medicamentos ao domicílio, o farmacêutico pode prestar serviços de revisão e reconciliação da medicação, disponibilizar informação e aconselhamento sobre os medicamentos, recolher a medicação fora de prazo, verificar as condições de armazenamento, avaliar os parâmetros bioquímicos e fisiológicos (glicémia, pressão arterial, etc.) e ainda promover formações e contribuir para aumentar a literacia em saúde aos cuidadores (Brito *et al.*, 2017; Ferreira & Santos, 2011). Estes serviços visam otimizar o uso correto do medicamento, aumentar a adesão à terapêutica e prevenir problemas relacionados com os medicamentos. Possibilitam ainda que seja possível detetar e corrigir discrepâncias e melhorar os resultados clínicos do doente. Com este acompanhamento, é possível reduzir as consultas médicas, para além de contribuir para a redução dos custos gerais com a saúde (Begley *et al.*, 2011; Zilich *et al.*, 2004).

Em todo este processo surgem algumas barreiras na implementação dos serviços farmacêuticos domiciliários, sendo as principais a restrição de tempo e a falta ou inadequada remuneração dos farmacêuticos comunitários, a dificuldade de aceder ao médico para discutir as recomendações da terapêutica e o acesso limitado às informações sobre os doentes (Lourenço & Torres, 2017; Mackeigan & Nissen, 2012).

5.5. Identificação de idosos suspeitos de doenças crónicas

As doenças crónicas abrangem todas as idades, no entanto, a prevalência é mais elevada nos idosos. A identificação de indivíduos idosos suspeitos de doenças crónicas assume-se como uma ação importante na intervenção farmacêutica.

Dado que os farmacêuticos, se encontram num serviço de proximidade, têm a possibilidade de determinar os parâmetros bioquímicos e fisiológicos na farmácia e ainda avaliar os fatores de risco e as queixas apresentadas pelos doentes, que podem constituir os sinais de alerta das doenças crónicas, devendo referenciar estas situações ao médico (Farmácia Portuguesa, 2013).

É por isso cada vez mais notório que a articulação com as estruturas do Serviço Nacional de Saúde (SNS), nomeadamente com os centros de saúde, é uma necessidade a concretizar para as farmácias (ROF, 2017).

5.6. Promoção do envelhecimento ativo e saudável

A qualidade de vida numa idade mais avançada assenta nos princípios do envelhecimento ativo e saudável, o qual inclui a adoção de comportamentos saudáveis ao longo da vida.

Neste sentido, de acordo com as Boas Práticas de Farmácia Comunitária (Ordem dos Farmacêuticos, 2018b), o farmacêutico deve continuamente recomendar aos idosos a adoção

de estilos de vida saudáveis, que compreendam uma alimentação equilibrada e a prática de exercício físico, uma adequada higiene oral, a utilização de produtos de saúde e de conforto, a vacinação, a consulta médica de rotina, as consultas de nutrição e a leitura e entrega de folhetos, complementando a informação verbal veiculada ao idoso.

A farmácia reveste-se de uma enorme importância na vida dos idosos, tal como refere Maria Helena Pinto, de 88 anos, “A farmácia é a minha vida. Gosto mais de estar aqui do que em casa, porque têm mais paciência comigo do que a minha família” (Revista Saúda, 2019).

6. Conclusão

Para além de um simples processo biológico, o envelhecimento é dependente das respostas da sociedade e, envelhecer com saúde e com qualidade de vida e independência constitui-se como um dos principais objetivos, quer para os indivíduos, quer para as sociedades. Estando a longevidade da população associada aos problemas de saúde que dela advêm, surge a necessidade de criar um manancial de sinergias com vista a melhorar a saúde, o bem-estar e a qualidade de vida das pessoas idosas. Neste sentido, o farmacêutico tem um papel fundamental no seguimento do doente idoso, devido ao contacto próximo e à confiança depositada nos seus serviços, que permitem uma aproximação que facilitará a promoção do bem-estar da população idosa, conduzindo a ganhos em saúde positivos.

Os idosos beneficiam do acompanhamento por parte do farmacêutico, tanto no âmbito da farmácia comunitária, como nas instituições onde são acolhidos (ERPis) ou mesmo no seu próprio domicílio. No que se refere à utilização dos medicamentos em idosos, é necessário ter uma atenção redobrada, uma vez que grande parte desta população é polimedicada, o que leva a um aumento do risco de interações medicamentosas, reações adversas, fraca adesão à terapêutica, entre outros problemas que podem ser prevenidos ou resolvidos com uma intervenção farmacêutica a vários níveis. Neste sentido, o farmacêutico atua na promoção do uso correto do medicamento, com base num seguimento farmacoterapêutico ao doente idoso, permitindo, através de serviços como a dispensa, revisão, reconciliação e preparação individualizada da medicação, contribuir para evitar problemas graves de saúde, problemas relacionados com os medicamentos, aumentar a adesão à terapêutica e melhorar a qualidade de vida do doente idoso.

Para garantir uma maior segurança, o farmacêutico promove programas de literacia em saúde tanto para os doentes idosos, como para os seus cuidadores, realizando assim a prevenção e educação para a saúde, sendo este um processo fundamental para motivar mudanças favoráveis nas suas condições de vida. Para além disto, o farmacêutico é um elemento chave no apoio da complexa tarefa de gestão da medicação em ERPis, garantindo o acesso seguro, correto e eficaz da medicação para cada idoso institucionalizado.

O apoio domiciliário é outro dos grandes serviços que o farmacêutico realiza ao doente idoso. Este serviço pode ir muito além da entrega de medicamentos ao domicílio. Pode contribuir para a melhoria da acessibilidade à informação sobre os medicamentos e a sua correta utilização, reduzindo, deste modo, a prevalência e a gravidade de problemas de saúde. A ação do farmacêutico tem também um impacto muito positivo na identificação e controlo

de doenças crónicas nos idosos, e na promoção e garantia de um envelhecimento ativo e saudável ao longo da vida.

No entanto, existem ainda algumas barreiras à implementação destes serviços farmacêuticos personalizados, devido à falta de reconhecimento e de apoios por parte das autoridades de saúde.

Com isto, é possível concluir que é bastante importante a ação do farmacêutico no seguimento do doente idoso, articulada numa equipa multidisciplinar que colabora com médicos, enfermeiros, nutricionistas, psicólogos e outros profissionais de saúde, com vista à melhoria da saúde, bem-estar e qualidade de vida da população idosa.

Referências Bibliográficas

AFONSO, R. – **Reconciliação da Terapêutica**. Revista clínica do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca. 3., nº1 (2015), 35-36. [Consultado a 30/06/2020]. Disponível em: <https://revistaclinica.hff.min-saude.pt/index.php/rhff/article/view/129/81>

ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA. – **Lei nº 95/2019**. Diário da República. Série I, N° 169 (2019-09-04). [Consultado a 11/04/2020]. Disponível em: <https://dre.pt/home/-/dre/124417108/details/maximized>

ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA. – **Lei nº 100/2019**. Diário da República. Série I, N° 171 (2019-09-06). [Consultado a 11/04/2020]. Disponível em: <https://dre.pt/home/-/dre/124500714/details/maximized>

BALLENTINE, N. – **Polypharmacy in the elderly: maximizing benefit, minimizing harm**. Critical Care Nursing Quarterly. 31, 1 (2008), 40–45.

BASE DE DADOS PORTUGAL CONTEMPORÂNEO (PORDATA). – **Indicadores de envelhecimento**. Lisboa: PORDATA, 2018. [Consultado a 30/03/2020]. Disponível em: <https://www.pordata.pt/Portugal/Indicadores+de+envelhecimento-526>

BEGLEY, S., LIVINGSTONE, C., HODGES, N. & WILLAMSON, V. – **Impact of domiciliary pharmacy visits on medication management in an elderly population**. International Journal of Pharmacy Practice. 5, 3 (2011), 111-121.

BLOOM, D. E., CHATTERJI, S., KOWAL, P., LLOYD-SHERLOCK, P., MCKEE, M., RECHEL, B., RESENBERG, L., SMITH, J. P. – **Macroeconomic implications of population ageing and selected policy responses**. The Lancet, 385, 9968 (2015), 649-657.

BRITO, A. M., SIMÕES, A. M., ALCOBIA, A. & COSTA, F. A. – **Reconciliação da terapêutica em hospitalização domiciliária**. Revista Portuguesa de Farmacoterapia. 9 (2017), 122.

CABRAL, M. V., FERREIRA, P. M., SILVA, P. A., JERÓNIMO, P., & MARQUES, T. – **Isolamento social, solidão e viuvez**. In: Cabral, M. V. Processos de Envelhecimento em Portugal: Usos do tempo, redes sociais e condições de vida. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos, 2013. ISBN: 978-989-8662-00-2, p. 34-40.

COMISSÃO SETORIAL PARA A SAÚDE (CS/09). – **Gestão da medicação nas estruturas residenciais para pessoas idosas (ERPI)**. Lisboa: Instituto português da qualidade (IPQ), 2014. [Consultado a 13/04/2020]. Disponível em: http://www.lipq.pt/PT/SPQ/ComissoesSectoriais/CS09/Documents/Recomendacao_paraGT_ERPI.pdf

CORDEIRO, M. & CARNIÇA, M. – **A importância da consulta de revisão da medicação em farmácia comunitária: Descrição de caso clínico**. Revista Portuguesa de Farmacoterapia. 9 (2017), 73.

DEPARTMENT OF HEALTH (DH). – **Guidance for the development of consultant pharmacist posts**. Department of health, 2005.

DIREÇÃO-GERAL DE SAÚDE (DGS). – **Estratégia nacional para o envelhecimento ativo e saudável 2017-2025**. Lisboa: DGS, 2017. [Consultado a 25/03/2020]. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/07/ENEAS.pdf>

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE (DGS). – **Manual de boas práticas de literacia em saúde – Capacitação dos profissionais de saúde**. Lisboa: DGS, 2019b. [Consultado a 12/04/2020]. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/manual-de-boas-praticas-literacia-em-saude-capacitacao-dos-profissionais-de-saude-pdf.aspx>

DIREÇÃO-GERAL DE SAÚDE (DGS). – **Norma nº 018/2016, de 30 de Dezembro: Reconciliação da medicação**. Lisboa: DGS, 2016. [Consultado a 10/04/2020]. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0182016-de-30122016-pdf.aspx>

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE (DGS). – **Plano de ação para a literacia em saúde 2019-2021**. Lisboa: DGS, 2019a. [Consultado a 12/04/2020]. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-de-acao-para-a-literacia-em-saude-2019-2021-pdf.aspx>

DIREÇÃO-GERAL DE SAÚDE (DGS). – **Plano nacional de saúde: Revisão e extensão a 2020**. Lisboa: DGS, 2015. [Consultado a 06/04/2020]. Disponível em: <http://1nj5ms2li5hdggbe3mm7ms5-wpengine.netdna-ssl.com/files/2015/06/Plano-Nacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a-2020.pdf.pdf>

DIREÇÃO-GERAL DE SAÚDE (DGS). – **Programa nacional para a saúde das pessoas idosas**. Lisboa: DGS, 2006. [Consultado a 24/03/2020]. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-para-a-saude-das-pessoas-idosas-pdf.aspx>

FARMÁCIA PORTUGUESA – **Amigos**. Revista Farmácia Portuguesa. 217 (2016), 8-10. [Consultado a 14/04/2020]. Disponível em: <https://www.revistasauda.pt/SiteCollectionDocuments/RFP/0.%20Revista%20Farmácia%20Portuguesa%20n.º%20217.pdf>

FARMÁCIA PORTUGUESA – **Geriatría: Como dar a vida aos anos**. Revista Farmácia Portuguesa. 203 (2013), 20-36. [Consultado a 31/03/2020]. Disponível em: https://www.revistasauda.pt/SiteCollectionDocuments/RFP/Jul.Agos.Set%202013.pdf?fbclid=IwARlqJgjmQLxf9qWllldby8l_gfOJpp6KX2UDgyv-bqqBaTPZli3gNe__9mA

FERREIRA, J. M., GALATO, D. & MELO, A. C. – **Medication regimen complexity in adults and the elderly in a primary healthcare setting: determination of high and low complexities**. Pharmacy Practice. 13 (2015), 659.

FERREIRA, P. I. – **Consulta farmacêutica de revisão da medicação**. Janeiro-Março 2013. Ordem dos Farmacêuticos: Centro de informação do medicamento (CIM), 2013. [Consultado a 08/04/2020]. Disponível em: https://www.ordemfarmaceuticos.pt/fotos/publicacoes/bc.106_reconciliacao_da_medicao_um_conceito_aplicado_ao_hospital_consulta_farmaceutica_e_revisao_de_medicao_9863584205a12ec698cec5.pdf

FERREIRA, P. I. & SANTOS, H. M. – **Cuidados farmacêuticos domiciliários: Uma necessidade, um serviço clínico, uma oportunidade**. Setembro-Outubro 2011. Ordem dos Farmacêuticos: Centro de informação do medicamento (CIM), 2011. [Consultado a 30/04/2020]. Disponível em: https://www.ordemfarmaceuticos.pt/fotos/publicacoes/bc.99_cuidados_farmaceuticos_domiciliarios_uma_necessidade_um_servico_clinico_uma_oportunidade_publicidade_vs_informacao_ao_doente_que_desafios_20662333295a12f11734114.pdf

GALATO, D., SILVA, E. S. & TIBURCTO, L. S. – **Study of the use of medicine in elderly living in a city in the South of Santa Catarina (Brazil): a Look at the polymedication**. Ciência & Saúde colectiva. 15, 6 (2010), 2899-2905.

GONÇALVES, M. C. – **Implementação de consulta farmacêutica nos cuidados de saúde primários: Acompanhamento farmacoterapêutico de doentes idosos polimedicados num centro de saúde da unidade de saúde de Castelo Branco, EPE**. Revista Portuguesa de Farmacoterapia. 9 (2017), 76.

HEPLER, C.D. & STRAND, L.M. – **Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care**. American Journal of Hospital Pharmacy. 47, (1990), 533-543.

INSTITUTO DA SEGURANÇA SOCIAL, I.P. – **Guia prático – Apoios sociais – Pessoas idosas**. Lisboa: ISS, I.P., 2017. [Consultado a 02/04/2020]. Disponível em: http://www.seg-social.pt/documents/10152/33603/N35_apoios_sociais_idosos/638b6f1a-61f6-4302-bec3-5b28923276cb

INSTITUTO DA SEGURANÇA SOCIAL, I.P. – **Idosos**. Lisboa: ISS, I.P., 2016. [Consultado a 02/04/2020]. Disponível em: http://www.seg-social.pt/idosos?p_p_id=56_INSTANCE_4qMi&p_p_lifecycle=1&p_p_state=exclusive&p_p_mode=view&p_p_col_id=column-1&p_p_col_count=1&_56_INSTANCE_4qMi_struts_action=%2Fjournal_content%2Fexport_article&_56_INSTANCE_4qMi_groupId=10152&_56_INSTANCE_4qMi_articleId=134564&_56_INSTANCE_4qMi_targetExtension=pdf

INSTITUTO DA SEGURANÇA SOCIAL, I.P. – **Manual de processos-chave estrutura residencial para idosos**. Modelos de Avaliação da Qualidade das Respostas Sociais. Lisboa: ISS, I.P., 2011. [Consultado a 01/04/2020]. Disponível em: http://www.seg-social.pt/documents/10152/13652/gqrs_lar_estrutura_residencial_idosos_Processos-Chave/1378f584-8070-42cc-ab8d-9fc9ec9095e4

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA (INE) – **O envelhecimento em Portugal**. Lisboa: INE, 2002. [Consultado a 24/03/2020]. Disponível em: <https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=inedestaques&DESTAQUESdestboui=71107&DESTAQUESmodo=2>

JISHA, M.L. & MINAZ, N. – **Understanding the pharmaceutical care concept: A review**. International Research Journal of Pharmacy. 2, (2011), 12-14.

JOHNELL, K. & KLARIN, I. – **The relationship between number of drugs and potential drug-drug interactions in the elderly: a study of over 600,000 elderly patients from the Swedish Prescribed Drug Register**. Drug Safety. 30, (2007), 911–8.

KRUEGER, K., BOTERMANN, L., SCHORR, S.G., GRIESE-MAMMEN, N., LAUFS, U. & SCHULZ, M. – **Age-related medication adherence in patients with chronic heart failure: A systematic literature review**. International Journal Cardiology. 184, (2015), 728-735.

LAVRADOR, M. & CABRAL, A. – **Desprescrição no doente idoso**. Janeiro-Março 2020. Ordem dos Farmacêuticos: Centro de informação do medicamento (CIM), 2020. [Consultado a 30/04/2020]. Disponível em: [file:///C:/Users/User/Downloads/boletimcim_janeiro_marcy0_2020_af_3433897205e99eb4ec995a%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/User/Downloads/boletimcim_janeiro_marcy0_2020_af_3433897205e99eb4ec995a%20(1).pdf)

LOURENÇO, A. & TORRES, P. – **Análise das barreiras à implementação dos cuidados farmacêuticos**. Revista Portuguesa de Farmacoterapia. 9 (2017), 91.

MACKEIGAN, L. D. & NISSEN, L. M. – **Clinical pharmacy services in the home**. Disease management & health outcomes. 16 (2012), 227–244.

MAIR, A., FERNANDEZ-LLIMOS, F. & CONSORTIUM, S. – **Polypharmacy management programmes: the SIMPATHY Project**. European Journal of Hospital Pharmacy. 24, 1 (2017a).

MAIR, A., FERNANDEZ-LLIMOS, F., ALONSO, A., HARRISON, C., HURDING, S., KEMPEN, T., KINNEAR, M., MICHAEL, N., MCINTOSH, J., WILSON, M. & THE SIMPATHY CONSORTIUM. – **Polypharmacy Management by 2030: a patient safety challenge**. Coimbra: SIMPATHY Consortium, 2017b. ISBN: 978-989-207482.

MARQUES, L. A., GALDURÓZ, J. C., FERNANDES, M. R., OLIVEIRA, C. C., BEIJO, L. A. & NOTO, A. R. – **Assessment of the effectiveness of pharmacotherapy follow-up in patients treated for depression**. Journal of Managed Care Pharmacy. 19, (2013), 218-227.

MARUSIC, S., BACIC-VRCA, V., NETO, P.R., FRANIC, M., ERDELJIC, V. & GOJO-TOMIC, N. – **Actual drug-drug interactions in elderly patients discharged from internal medicine clinic: a prospective observational study**. European Journal of Clinical Pharmacology. 69, 9 (2013), 1717-1724.

MAXIMIANO, A. S., SOARES, P., MENDES, M. J., ROSA, M., PINTO, A. L. & PAULINO, E. – **Implementação de um serviço de consulta farmacêutica num grupo de farmácias em Portugal: Caracterização da população participante**. Revista Portuguesa de Farmacoterapia. 9 (2017b), 112.

MAXIMIANO, A. S., SOARES, P., MENDES, M. J., ROSA, M., PINTO, A. L. & PAULINO, E. – **O impacto da intervenção farmacêutica na qualidade de vida relacionada com a saúde**. Revista Portuguesa de Farmacoterapia. 9 (2017a), 103.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. – **Plano nacional de saúde: Orientações estratégicas para 2004-2010**. Lisboa: Ministério da Saúde, 2004. [Consultado a 25/06/2020]. Disponível em: <http://lnj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5-wpengine.netdna-ssl.com/files/2015/08/Volume-2-Orienta%C3%A7%C3%B5es-estrat%C3%A9gicas.pdf>

MINISTÉRIO DA SAÚDE. – **Despacho nº 1400-A/2015**. Diário da República. Série II, Nº28 (2015-02-10). [Consultado a 08/04/2020]. Disponível em: <https://dre.pt/pesquisa/-/search/66463212/details/normal?l=1>

MINISTÉRIO DA SAÚDE. – **Portaria nº 1427/2007**. Diário da República. Série I, Nº 211 (2007-11-02). [Consultado a 14/04/2020]. Disponível em: <https://dre.pt/pesquisa/-/search/629431/details/maximized>

MINISTÉRIO DA SOLIDARIEDADE E DA SEGURANÇA SOCIAL. – **Decreto-Lei nº 99/2011**. Diário da República. Série I, Nº187 (2011-09-28). [Consultado a 01/04/2020]. Disponível em: <https://dre.pt/pesquisa/-/search/671204/details/maximized?p-pauth=3hNj3A2R>

MINISTÉRIO DA SOLIDARIEDADE E DA SEGURANÇA SOCIAL. – **Portaria nº 67/2012**. Diário da República. Série I, Nº58 (2012-03-21). [Consultado a 01/04/2020]. Disponível em: <https://dre.pt/pesquisa/-/search/553657/details/maximized>

MINISTÉRIOS DA ECONOMIA, DA INOVAÇÃO E DO DESENVOLVIMENTO E DA SAÚDE. – **Portaria nº 455-A/2010**. Diário da República. Série I, Nº 125 (2010-06-30). [Consultado a 10/04/2020]. Disponível em: <https://dre.pt/pesquisa/-/search/292111/details/maximized>

MIRCO, A., CAMPOS, L., FALCÃO, F., NUNES, J. S. & ALEIXO, A. – **Medication errors in an internal medicine department. Evaluation of a computerized prescription system**. Pharmacy World & Science. 27, 4 (2005) 351–352.

NATIONAL HEALTH SERVICE (NHS). – **Medicines optimisation: Clinical medication review - A practice guide**. Cumbria: Brent clinical commissioning group, 2014. [Consultado a 20/04/2020]. Disponível em: <https://www.sps.nhs.uk/wp-content/uploads/2016/08/Brent-CCG-Medication-Review-Practice-Guide-2014.pdf>

OLIVEIRA, M. P. & NOVAES, M. R. – **Drug-related problems in institutionalized elderly in Brasilia, Brazil**. Biomedicine and Aging Pathology. 1, 3 (2011), 179-184.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. – **Parecer do conselho de enfermagem**. Nº143/2019. Lisboa: Ordem dos enfermeiros, 2019. [Consultado a 14/04/2020]. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/15004/parecer_143_ce_17072019_preparação-de-medicação-por-farmácia-comunitária_anonimizado.pdf

ORDEM DOS FARMACÊUTICOS. – **A farmácia comunitária**. Lisboa, OF, 2020. [Consultado a 24/06/2020]. Disponível em: <https://www.ordemfarmaceuticos.pt/pt/areas-profissionais/farmacia-comunitaria/a-farmacia-comunitaria/>

ORDEM DOS FARMACÊUTICOS. – **Boas práticas de farmácia comunitária: Norma específica sobre educação para a saúde**. Lisboa: Ordem dos Farmacêuticos, 2018b. [Consultado a 18/04/2020]. Disponível em: https://www.ordemfarmaceuticos.pt/fotos/qualidade/of.c_n007_00_norma_especifica_sobre_educacyayo_para_a_sauyde_14007590895afd9cc611879.pdf

ORDEM DOS FARMACÊUTICOS. – **Norma geral N°30: Preparação individualizada da medicação (PIM)**. Lisboa: Ordem dos Farmacêuticos, 2018a. [Consultado a 10/04/2020]. Disponível em: https://www.ordemfarmaceuticos.pt/fotos/documentos/norma_pim_vfinal_30_nge_00_010_02_1834827175bf58d479434f.pdf

ORDEM DOS FARMACÊUTICOS. – **Recomendações da Ordem dos Farmacêuticos para o uso responsável do medicamento**. Lisboa: Ordem dos Farmacêuticos, 2016. [Consultado a 5/04/2020]. Disponível em: <https://www.ordemfarmaceuticos.pt/pt/publicacoes/manuais/recomendacoes-da-ordem-dos-farmaceuticos-para-o-uso-responsavel-do-medicamento/>

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). – **Guia global: Cidade amiga do idoso**. Genebra: OMS, 2008. [Consultado 05/04/2020]. Disponível em: <https://www.who.int/ageing/GuiaAFCPortuguese.pdf>

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). – **El papel del farmacéutico en el sistema de atención a la salud**. Tokio: OMS, 1993. [Consultado a 07/04/2020]. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&alias=793-el-papel-farmaceutico-sistema-atencion-a-salud-informe-reunion-oms-toki-3&category_slug=vigilancia-sanitaria-959&Itemid=965

PRESIDÊNCIA DO CONSELHO DE MINISTROS, FINANÇAS, TRABALHO, SOLIDARIEDADE E SEGURANÇA SOCIAL E SAÚDE – **Despacho n° 12427/2016**. Diário da República. Série II, N°199 (2016-10-17). [Consultado a 05/04/2020]. Disponível em: <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/75533168/details/normal?sort=whenSearchable&sortOrder=DESC&q=ENVELHECIMENTO+ATIVO+E+SAUD%C3%81VEL>

PRINCE, M. J., WU, F., GUO, Y., ROBLEDO, L. M., O'DONNELL, M., SULLIVAN, R. & YUSUF, S. – **The burden of disease in older people and implications for health policy and practice.** The Lancet. 385, 9967 (2015), 549–562.

REVISTA ORDEM DOS FARMACÊUTICOS (ROF). – **Novos horizontes para as Farmácias.** ROF. 120 (2017), 10-17. [Consultado a 10/04/2020]. Disponível em: file:///C:/Users/User/Downloads/rof_120_171136560759e0b7d261752.pdf

REVISTA SAÚDA – **Salvar as Farmácias, Cumprir o SNS.** Revista Saúde. 41 (2019), 6. [Consultado a 20/04/2020]. Disponível em: <https://www.revistasauda.pt/SiteCollection/Documents/Saúda/Revista%20Saúda%20n.º%2041.pdf>

SANTOS, A. P. & DOMINGOS, S. – **Reconciliação da medicação: Um conceito aplicado ao hospital.** Janeiro-Março 2013. Ordem dos Farmacêuticos: Centro de informação do medicamento (CIM), 2013. [Consultado a 25/06/2020]. Disponível em: https://www.ordemfarmaceuticos.pt/fotos/publicacoes/bc.106_reconciliacao_da_medicao_um_conceito_aplicado_ao_hospital_consulta_farmaceutica_de_revisao_de_medicao_9863584205a12ec698cec5.pdf

SAÚDE. – **Decreto-Lei n° 75/2016.** Diário da República. Série I, N°214 (2016-11-08). [Consultado a 07/04/2020]. Disponível em: https://dre.pt/home/-/dre/75688299/details/maximized?p_auth=2wmYqC8U

SAÚDE. – **Despacho n° 3618-A/2016.** Diário da República. Série II, N° 49 (2016-03-10). [Consultado a 11/04/2020]. Disponível em: <https://dre.pt/home/-/dre/73833508/details/maximized>

SAÚDE. – **Portaria n° 97/2018.** Diário da República. Série I, N°69 (2018-04-09). [Consultado a 07/04/2020]. Disponível em: <https://dre.pt/home/-/dre/115006162/details/maximized>

SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE (SNS). – **Envelhecimento ativo e saudável.** Lisboa: SNS, 2017. [Consultado a 03/04/2020]. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/sns/envelhecimento-ativo-e-saudavel/>

THE LEWIN GROUP. – **CMS review of current standards of practice for long-term care pharmacy services.** Baltimore: The lewin group, 2004. [Consultado 06/04/2020]. Disponível em: <https://www.cms.gov/Research-Statistics-Data-and-Systems/Statistics-Trends-and-Reports/Reports/downloads/LewinGroup.pdf>

WIT, L., FENENGA, C., GIAMMARCHI, C., FURIA, L., HUTTER, I., DE WINTER, A. & MEIJERING, L. – **Community based initiatives improving critical health literacy: A systematic review and metasyntesis of qualitative evidence.** BMC Public Health, 18, 40 (2017).

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). – **A life course perspective of maintaining independence in older age.** Geneva: WHO, 1999. [Consultado a 23/03/2020]. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/65576/WHO_HSC_AHE_99.2_life.pdf?sequence=1

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). – **Active ageing: a policy framework.** Geneva: WHO, 2002. [Consultado a 24/03/2020]. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67215/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf?sequence=1

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). – **European health literacy survey.** In: WHO. Health literacy: The solid facts. Copenhagen: Kickbusch, I., Pelikan, J. M., Apfel, F. & Tsouros, A. D., 2013. ISBN: 978 92 890 00154, p. 4-6.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). – **Global strategy and action plan on ageing and health.** Geneva: WHO, 2017. [Consultado 05/04/2020]. Disponível em: <https://www.who.int/ageing/WHO-GSAP-2017.pdf?ua=1>

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). – **Good health adds life to years: Global brief for World Health Day 2012.** Geneva: WHO, 2012a. [Consultado a 23/03/2020]. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70853/WHO_DCO_WHD_2012.2_eng.pdf?sequence=1

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). – **Strategy and action plan for healthy ageing in Europe, 2012–2020.** Malta: WHO, 2012b. [Consultado a 04/04/2020]. Disponível em: http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0008/175544/RC62wd10Rev1-Eng.pdf?ua=1

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). – **World report on ageing and health.** Geneva: WHO, 2015. [Consultado a 23/03/2020]. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186463/9789240694811_eng.pdf?sequence=1

ZIA, A., KAMARUZZAMAN, S., & TAN, M. – **Polypharmacy and falls in older people: Balancing evidence-based medicine against falls risk.** Postgraduate Medicine. 127, 3 (2015), 330–7.

ZILICH, A. J., MCDONOUGH, R. P., CARTER, B. L. & DOUCETTE, W. R. – **Influential characteristics of a physician/pharmacist collaborative relationships.** *Annals of Pharmacotherapy.* 38, (2004), 764-770.

Anexos

Anexo I: Proposta de modelo da tabela do registo farmacoterapêutico a utilizar no serviço de revisão da medicação.

Tabela I – Modelo de formulário para revisão da medicação. (Fonte: Adaptado de NHS, 2014)

MODELO DE FORMULÁRIO DA REVISÃO DA MEDICAÇÃO						
Nome do doente						
Médico..... Farmacêutico.....						
Data.....						
Historial Clínico					Alergias	
Razão para a revisão.....Doente presente/Não presente.....						
Medicação	Data de início	Indicação	Terapêutica prévia para esta indicação	Adesão (Frac/Ba)	Monitorização Data:	Valor/ Observações
1.					Tensão Arterial	
2.					Colesterol total	
3.					Colesterol HDL/LDL/TG	
4.					Ureia/Creatinina/Ácido úrico	
5.					Enzimas hepáticas	
6.					Hemograma	
7.					Glicémia	
8.					Testes da Tiróide	
9.					Pulsação	
10.					Outro	
11.						
Entendeu o propósito da medicação?	Toma <i>OTC</i> ?		Alguma dificuldade em tomar os medicamentos?			
Algum problema de saúde não tratado?	Reportou efeitos secundários?		Alguma dificuldade em obter os medicamentos?			
Fumador?	Aconselhamento em relação ao regime alimentar?		Aconselhamento em relação ao álcool?			

