



Joana Isabel Teixeira Salgueiro

Relatório de Estágio em Farmácia Hospitalar

Relatório de Estágio realizado no âmbito do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas, orientado pela
Doutora Susana Manuel Madeira Craveiro de Carvalho e apresentado à Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra

Junho 2015



UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Joana Isabel Teixeira Salgueiro

Relatório de Estágio em Farmácia Hospitalar

Relatório de Estágio realizado no âmbito do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas, orientado pela
Doutora Susana Manuel Madeira Craveiro de Carvalho e apresentado à Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra

Junho 2015



UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Eu, Joana Isabel Teixeira Salgueiro, estudante do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas, com o número 2009009158, declaro assumir toda a responsabilidade pelo conteúdo do Relatório apresentado à Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra, no âmbito da unidade de Estágio Curricular.

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

Coimbra, 22 de junho de 2015.

(Joana Isabel Teixeira Salgueiro)

AGRADECIMENTOS

À Doutora Susana Carvalho, orientadora deste estágio, pela atenção e disponibilidade sempre demonstradas. Muito obrigada por todo o apoio, preocupação e por tudo o que me ensinou sobre este mundo da Farmácia Hospitalar!

À minha colega, amiga e companheira de estágio, Andreia Carvalho pelos almoços, pela partilha de preocupações, dúvidas e conhecimentos. Por me teres acompanhado neste percurso e o teres tornado mais fácil muito obrigada!

A todos os membros do CHTV que direta ou indiretamente participaram no meu estágio. A todos os farmacêuticos, técnicos, médicos e assistentes com que contactámos obrigada por todos os conhecimentos que nos transmitiram e pelo apoio que nos deram.

Aos meus pais, irmã e namorado pelo apoio que sempre me deram, quer ao longo do estágio quer na elaboração deste relatório. Pelo apoio logístico e emocional, por tudo o que para mim representam e pela força que me dão obrigada!

Índice

Índice.....	4
Lista de Abreviaturas	5
Introdução	6
O Farmacêutico Hospitalar no CHTV	7
Gestão e aprovisionamento de medicamentos.....	10
Distribuição	11
Farmacotecnia	17
Ensaio Clínico.....	23
Considerações Finais – Análise SWOT	25
Bibliografia.....	29
Anexos	31
Lista de anexos.....	31

Lista de Abreviaturas

- ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde
- AOG – Adjunto da Organização e Gestão
- CFL – Câmara de Fluxo Laminar
- CFT – Comissão de Farmácia e Terapêutica
- CHTV – Centro Hospitalar Tondela Viseu
- DGS – Direção-Geral da Saúde
- DS – Diretor do Serviço
- DL – Decreto Lei
- EM – Erros do Medicamento
- E.P.E. – Entidade Pública Empresarial
- ES – Estupefacientes
- FDS – Fast Dispensing System (máquina de embalagem)
- FH – Farmácia Hospitalar
- FHNM – Formulário Hospitalar Nacional de Medicamentos
- HIV-SIDA – Vírus da Imunodeficiência Humana - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
- INFARMED – Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde I.P.
- IRC – Insuficiência Renal Crónica
- PS – Psicotrópicos
- PU – Processo único (do doente)
- TDT – Técnico de Diagnóstico e Terapêutica
- SIE – Serviço de instalações e equipamentos
- SF – Serviços Farmacêuticos
- SNS – Sistema Nacional de Saúde
- SGICM – Sistema de Gestão Integrada do Circuito de Medicamento
- UMIV – Unidade de Preparação de Misturas Intravenosas
- UPC – Unidade Centralizada de Preparação de Citotóxicos

Introdução

Durante a Pharm Career tive a oportunidade de participar num dia dedicado à Farmácia Hospitalar, onde fiquei a conhecer um pouco melhor a realidade do Setor e as diversas áreas que o compõem.

Nas primeiras duas semanas tive oportunidade de estar na Unidade de preparação de Citotóxicos (UCP). Na quinta e sexta semanas estive na distribuição de medicamentos em regime ambulatorio. Na sétima e oitava semanas que se seguiram estive adstrita ao setor da distribuição de medicamentos a doentes internados. Primeiro na tradicional e de seguida na distribuição em dose unitária. Durante este período pude também perceber o funcionamento do circuito de Estupefacientes/Psicotrópicos e Hemoderivados, que por terem legislação diferente, são cedidos com cuidados diferentes do habitual.

Esta oportunidade de estagiar num Hospital Central, com grandes dimensões, criou em mim desde inicio uma grande expectativa de ter um estágio rico em aprendizagens, nas mais diversas áreas, nas quais o farmacêutico desempenha o seu importante papel, e ter a oportunidade de conhecer o funcionamento geral de um hospital como este.

O que considero mais relevante explanar ao longo deste relatório são as minhas aprendizagens, vou abordar de forma mais aprofundada os setores onde tive oportunidade de trabalhar e referir, de forma mais sucinta e resumida, as tarefas realizadas nos setores dos quais apenas tive uma visão geral. Espero, por isso, que este relatório tenha a capacidade de espelhar o essencial acerca dos conhecimentos que adquiri, e das competências que desenvolvi ao longo deste estágio.

O Farmacêutico Hospitalar no CHTV

O Centro Hospitalar Tondela Viseu (CHTV) é dos maiores polos de cuidados de saúde da zona centro-norte do país. O CHTV teve origem na fusão do Hospital Cândido de Figueiredo e do Hospital São Teotónio, E. P. E.

Atualmente, de acordo com o DL n.º 30/2011 é uma entidade pública empresarial (E.P.E.) (DECRETO-LEI n.º 233/05, 29 de dezembro de 2005) seguindo as normas respetivas. O Hospital São Teotónio, onde realizei o meu estágio, é um Hospital Central com múltiplas valências, responsável pela prestação de cuidados hospitalares, que abrange em diferentes redes de diferenciação hospitalar, uma população de 400.000 habitantes. Está implantado num terreno com cerca de 15 hectares e tem uma organização viária circundante que permite uma acessibilidade fácil e rápida. O edifício principal é constituído por 8 pisos. A distribuição de serviços pelos pisos poderá ser consultada no **Anexo I** (Simoes et al., 2000). No hospital existem cerca de 632 camas. Este hospital funciona 24 horas por dia e 7 dias por semana. A missão deste hospital é prestar cuidados de saúde diferenciados em articulação de cuidados primários e com os hospitais integrados no SNS, com níveis de qualidade e eficiência elevados. Tem ainda o objetivo de promover o Ensino, a Investigação e o Desenvolvimento Científico e Tecnológico, procurando assegurar a cada doente os cuidados que correspondem às suas necessidades (Simoes et al., 2000).

Os órgãos do hospital E. P. E são o Conselho de Administração, o Fiscal único e o Conselho Consultivo. O organograma institucional poderá ser consultado no **Anexo 2** (Simoes et al., 2000). Poderá ver-se ainda no **Anexo 3** a constituição do Conselho de Administração do CHTV, por resolução a 23/01/2014 e ainda quais as competências delegadas pelo Conselho de Administração nos seus Membros no **Anexo 4**. Existem também órgãos de apoio técnico, ou seja, estruturas de carácter consultivo que têm como função apoiar o conselho de administração, a pedido deste ou por iniciativa própria, nas matérias da sua competência. Dentro destas comissões de apoio técnico existem algumas consideradas obrigatórias, como é o caso da Comissão de Ética; Comissão de Controlo da infeção hospitalar e ainda a Comissão de Farmácia e terapêutica (DESPACHO n.º 1083/2004, 17 de janeiro de 2004). Há ainda outras que apesar de não serem obrigatórias também estão presentes no CHTV, como a CCIRA que é a Comissão de Controlo de Infeção por resistência a Antibióticos. Realço neste caso a Comissão de Ética e a Comissão de Farmácia e Terapêutica, uma vez que foram as que mais contactei durante o estágio e as que mais foram faladas no âmbito da cadeira de Farmácia Hospitalar. À Comissão de Ética compete, nomeadamente, pronunciar-

se sobre aspetos de natureza bioética próprios de um hospital com atividades assistenciais, de ensino e de investigação. À Comissão de Farmácia e Terapêutica compete, em geral, promover a interligação entre os serviços de ação médica e os serviços farmacêuticos, e interagir na dinâmica funcional dos mesmos. A CFT é constituída por seis membros: três médicos, propostos pelo diretor clínico e três farmacêuticos, propostos pelo diretor dos serviços farmacêuticos, de entre os médicos e farmacêuticos do quadro do hospital.

Em relação ao sistema informático utilizado neste hospital, o SGICM (Sistema de Gestão Integrada do Circuito do Medicamento), este foi desenvolvido e implementado para corresponder às necessidades do dia a dia do hospital, pode ser utilizado por todos os profissionais de saúde, para que tenham acesso às informações necessárias acerca do doente e o complementem com informações que considerem pertinentes. Este sistema possui várias funcionalidades e áreas reservadas a cada um dos diferentes profissionais de saúde. O processo de cada doente é identificado através de um número interno, designado por número do processo único (PU) e nele são arquivados todos os dados, demográficos e clínicos, referentes ao doente. Através do sistema informático, também é possível o envio de mensagens entre profissionais de saúde e o registo de observações pertinentes, facilitando a comunicação e a colaboração entre todos os intervenientes da equipa de saúde, com o objetivo de prestar os melhores cuidados ao doente. O SGIM permite executar uma série de tarefas *online*, pelo sistema, assegurando a redução de tempo, número de erros e custos.

Nesta estrutura complexa e multidisciplinar, que é o CHTV, e em que o foco principal é o doente, é fulcral o papel do farmacêutico como agente de saúde pública e especialista do medicamento, para que os cuidados de saúde prestados ao doente sejam da máxima qualidade. Neste sentido revela-se crucial a existência de Serviços Farmacêuticos Hospitalares adequados e devidamente organizados, para que seja assegurada a terapêutica medicamentosa dos doentes e, acima de tudo, a sua qualidade, eficácia e segurança.

A localização dos SF (Serviços Farmacêuticos) deverá, sempre que possível, ter fácil acesso externo e interno e a maioria das áreas no mesmo piso, incluindo os armazéns. O setor de distribuição de medicamentos a doentes ambulatoriais deverá localizar-se próximo da circulação normal deste tipo de doentes (BROU, M.H.L. *et al.*, 2005). Assim, no Hospital de São Teotónio, os SF encontram-se situados no piso I do edifício central. Os SF no CHTV são um serviço certificado, obtiveram, no mês de março de 2010, a certificação pela norma NP EN ISO 9001:2008 atribuída pela empresa internacional de certificação SGS (Société Générale de Surveillance). O processo contou com a participação de uma equipa multidisciplinar, não se centrando apenas nos SF, uma vez que o Sistema de Gestão da

Qualidade abrange e envolve muitas outras áreas do CHTV, nomeadamente Serviços Clínicos e de Apoio Geral e Logística. Os SF do CHTV foram auditados e cumprem com os requisitos da norma NP EN ISO 9001:2008 pelas atividades de aquisição e armazenamento de medicamentos e outros produtos farmacêuticos, reembalagem de medicamentos, validação de prescrições e dispensa de medicamentos e produtos farmacêuticos aos doentes internados e em ambulatório e apoio à realização de ensaios clínicos. O certificado representa a primeira etapa de um percurso rumo à excelência. Os SF são auditados anualmente por esta empresa de certificação, tendo de prestar provas do seu trabalho (Saúde, P. Da., 22 de fevereiro de 2015). Por ser um serviço certificado, todos os procedimentos e instruções de trabalho estão perfeitamente definidas e são devidamente cumpridas. De modo a garantir a uniformidade no *modus operandi*, minimizar os erros e na eventualidade destes ocorrerem serem mais facilmente identificáveis.

Este serviço funciona numa base de 24/7, ou seja, encontra-se em laboração 24 horas por dia, 7 dias por semana e é formado por uma vasta equipa que inclui farmacêuticos, técnicos de farmácia, assistentes operacionais e assistentes administrativos distribuídos por diversos Setores:

- Gestão e Aprovisionamento de Medicamentos (seleção e aquisição);
- Serviço de Informação de Medicamentos (SIMED);
- Distribuição de medicamentos (doentes internados e em regime de ambulatório);
- Farmacotecnia – Produção e Controlo de Formas Farmacêuticas;
- Ensaios Clínicos.

O Farmacêutico Hospitalar como parte integrante da equipa de cuidados de saúde promove o uso racional dos medicamentos, a sua correta utilização, maximizando benefícios e minimizando riscos e custos associados. Tem também um papel formador promovendo ações de investigação científica e de ensino.

São por isso funções dos SF Hospitalares entre outras: a seleção e aquisição de medicamentos, produtos farmacêuticos e dispositivos médicos; o aprovisionamento, armazenamento e distribuição dos medicamentos; a produção de medicamentos; a participação em Comissões Técnicas; a Farmácia Clínica, Farmacocinética, Farmacovigilância e a prestação de Cuidados Farmacêuticos; a participação nos Ensaios Clínicos; a Informação de Medicamentos e o desenvolvimento de ações de formação (BROU, M.H.L. *et al.*, 2005).

Gestão e aprovisionamento de medicamentos

O aprovisionamento de medicamentos, produtos farmacêuticos e dispositivos médicos, em meio hospitalar, tem por base uma seleção cuidada dos mesmos, aliada à gestão, o que permite ao hospital dispor de produtos seguros, eficazes e de qualidade ao menor custo possível, garantindo o bem-estar dos doentes. No final de cada ano, o DS faz uma previsão do consumo anual para o ano seguinte e de acordo com as necessidades lançam-se os concursos para os produtos necessários. Aquando da receção de respostas ao concurso, as mesmas são analisadas tendo em conta a viabilidade técnica do medicamento no que diz respeito ao preço, quantidades, tipo de fornecimento e qualidade do Fornecedor. Pois existe um histórico de desempenho, que permite uma seleção mais adequada de fornecedores que tem em conta fatores como prazos de entrega, tempo de resposta a solicitações, condições de pagamento entre outros. As necessidades de compras que vão surgindo são registadas em duas agendas que existem na sala de distribuição tradicional denominadas por “Armazenista Local” e “Medicamentos em Falta”. No caso dos “Medicamentos em Falta”, estes vão sendo continuamente pedidos aos fornecedores que ganharam o concurso até terminar a quantidade adjudicada inicialmente. No entanto, os SF possuem ainda acordos com os armazenistas locais, de modo a que seja dada resposta a necessidades pontuais e transitórias que surjam nos SF. Assim, face a este tipo de necessidades, os produtos são adquiridos de forma rápida ao armazenista local com quem existe um acordo, neste caso a Allience Healthcare.

Sempre que surgem necessidades de medicamentos específicos, medicamentos novos ou de concursos não cumpridos por parte dos fornecedores, o DS consulta o Catálogo da ACSS, para verificar se o produto consta do catálogo. Caso conste no Catálogo, é verificado qual o fornecedor com melhores condições comerciais. Se o produto pretendido não constar no catálogo, o DS consulta os fornecedores desse tipo de medicamento, verifica o histórico de fornecedor, de modo a verificar se estes se encontram qualificados. É aquilo a que se chama Ajuste Direto.

Aquando da chegada de produtos é feita a sua receção, quando se tratam de medicamentos citotóxicos estes têm que ser identificados como tal.

A receção é efetuada pelo TDT e implica conferência da Guia de Remessa/Fatura do fornecedor com a respetiva nota de encomenda e com o produto recebido. No caso de receção de matérias-primas, o farmacêutico terá que avaliar se o boletim analítico satisfaz as exigências da monografia respetiva de acordo com o regime jurídico dos medicamentos

manipulados. Se se tratar da receção de hemoderivados o farmacêutico analisa o certificado de autorização de utilização e há emissão das respetivas etiquetas (também se emitem rótulos de identificação de todos os citostáticos com a informação do princípio ativo, dosagem, lote e validade). Após receção verifica-se quais os blisteres de formulações orais sólidas que não tenham identificação individualizada e os mesmos são rotulados (o princípio ativo, dosagem, lote e validade). Após a receção os produtos são armazenados no local apropriado à sua conservação e segue-se a regra de colocar os medicamentos com menos prazo de validade de modo a serem os próximos a sair. Os medicamentos citotóxicos são transportados, num tabuleiro de inox e armazenados num armário próprio e identificado. Os produtos não conformes são registados e armazenados em local próprio e identificados como “Produto Não Conforme”.

Para Estupefacientes, Psicotrópicos e Benzodiazepinas deve haver, para além da autorização de aquisição cedida pelo INFARMED aos SF o anexo VII do modelo nº 1506 da Imprensa Nacional da Casa da Moeda (**Anexo 5**) assinada pelo Farmacêutico Responsável, a acompanhar da nota de encomenda. Este anexo é assinado pelo Diretor Técnico do laboratório fornecedor, sendo depois devolvido aos SF.

Pode haver necessidade de recolha de produtos e nessas situações procede-se ao chamado “Recall”. A recolha do produto pode acontecer de forma voluntária por parte do laboratório; por indicação do INFARMED; por indicação do armazenista ou por suspeita que o produto em questão possa representar perigo para a saúde do utente (por exemplo, características organoléticas, contaminação do produto).

Este Setor é essencial, pois tem a função de garantir que os medicamentos necessários ao tratamento dos doentes, internados ou em regime de ambulatório, estão disponíveis para serem utilizados. A seleção de medicamentos deve ter por base o FHNM e a respetiva adenda. Os documentos referentes às aquisições têm de ser devidamente arquivados durante o período de tempo estipulado pela legislação (BROU, M.H.L. *et al.*, 2005).

Distribuição

A distribuição é essencial num hospital, na medida em que permite que o medicamento certo chegue com qualidade, à hora certa e ao doente certo e assim diminuir os erros relacionados com a medicação e racionalizar o uso da terapêutica. Para isso existe um

circuito de distribuição devidamente organizado e vários tipos de distribuição estão presentes no CHTV, para responder às necessidades existentes.

Neste sentido, torna-se importante distinguir a distribuição feita a doentes em regime de internamento, onde existe a distribuição individual diária em dose unitária e a reposição semanal de stock nivelado; a distribuição destinada a doentes em regime de ambulatório; e a cedência de medicamentos sujeitos a legislação especial, como é o caso dos estupefacientes e psicotrópicos e dos hemoderivados, que por necessitarem de um controlo mais apertado são distribuídos usando um sistema de distribuição nominal (BROU, M.H.L. *et al.*, 2005).

Distribuição a doentes em regime de internamento

A distribuição de medicamentos a doentes internados é feita essencialmente por distribuição individual diária em **dose unitária**. O despacho conjunto dos Gabinetes dos Secretários de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, de 30 dezembro de 1991, publicado no Diário da República nº23 - 2ª série de 28 de janeiro de 1992, converte em imperativo legal, o sistema de distribuição de medicamentos, que anos de experiência e reflexão continuam a demonstrar como sendo mais seguro e eficaz o sistema de distribuição individual diária em dose unitária. Esta surge com o objetivo de aumentar a segurança no circuito do medicamento; conhecer melhor o perfil farmacoterapêutico dos doentes; diminuir os riscos de interações; racionalizar melhor a terapêutica; os enfermeiros dedicarem mais tempo aos cuidados dos doentes e menos nos aspetos de gestão relacionados com os medicamentos e ainda reduzir os desperdícios. A medicação é preparada para um período de 24 horas, utilizando para tal gavetas individuais. Estas fazem parte do carro de distribuição que se encontra no respetivo serviço, estando cada gaveta identificada com a enfermaria, cama, nome do doente, e PU, para que não se verifiquem erros. A prescrição é efetuada *online*, com exceção, por exemplo, no caso de prescrições de antimicrobianos em formato papel ou em serviços sem prescrição online. Feita a prescrição, esta terá que ser validada por um farmacêutico. Esta validação é de extrema importância, pois o pedido é analisado para verificar a adequação do medicamento à dosagem, via, forma farmacêutica, frequência e ao perfil farmacoterapêutico do doente, bem como à inexistência de incompatibilidades e interações que ponham em causa a segurança do doente. Qualquer questão relacionada com a prescrição médica é de imediato esclarecida com o prescritor. Só depois é validada. Após validação de todos os serviços são gerados mapas gerais por serviço. De seguida as cassetes são preenchidas de acordo com a prescrição e todas as alterações às prescrições são

atendidas através de mapas de alteradas também validadas previamente pelos farmacêuticos. No caso de existir devolução de medicamentos, estas são registadas.

Este processo de preparação de medicamentos a distribuir é feita com auxílio a equipamentos semiautomáticos, como o Kardex, permitindo assim minimizar os erros e diminuir o tempo destinado a esta tarefa. Também é utilizado um equipamento de reembalagem, do tipo FDS, que auxilia nesta tarefa de distribuição.

Neste setor, no que diz respeito à intervenção farmacêutica vários ajustes são feitos diariamente, perante os medicamentos e dosagens disponíveis e as prescritas. Mas é também o farmacêutico responsável pela validação que está também responsável pelo serviço de informação dos medicamentos. Neste sentido, observei uma intervenção de entre outras que selecionei a título de exemplo. Uma médica questionou a farmacêutica responsável a fim de saber a quantas gotas de Haldol (haloperidol) correspondem 2mg de princípio ativo. Posto isto a mesma, explicou que perante a viscosidade do líquido, 1 mL corresponde a cerca de 20 gotas, sendo a concentração do Haldol 2mg/mL, 20 gotas são o equivalente a 1 mL e por sua vez 1 mL corresponde a 2 mg. Ou seja teria que administrar 20 gotas do fármaco em questão.

A distribuição para doentes internados de medicamentos e outros produtos farmacêuticos pode ainda ser feita através da distribuição por reposição de *stocks*, **distribuição tradicional**, que consiste na manutenção de stocks nivelados, de medicamentos, previamente definidos pelos farmacêuticos, enfermeiros e médicos dos respetivos serviços. A reposição de *stock* dos vários serviços é feita através de um pedido semanal. Por este sistema são distribuídos: medicamentos de uso geral; material de penso; injetáveis de grande volume; estupefacientes e psicotrópicos. Cada serviço é atendido de acordo com a escala estabelecida no Mapa Semanal de Atendimento da Distribuição Tradicional. Em alguns serviços a reposição é efetuada por níveis, previamente estabelecidos para cada serviço. No entanto, sempre que possível os medicamentos são dispensados em doses unitárias pois devido ao facto de o farmacêutico não contactar com a prescrição médica leva a uma maior possibilidade de erro (BROU, M.H.L. *et al.*, 2005).

Distribuição em regime de ambulatório

A distribuição de medicamentos a doentes em regime ambulatório tem como vantagens a redução dos riscos inerentes a um internamento (p.e. infeções nosocomiais). Mas advém principalmente da necessidade de haver um controlo mais rigoroso e uma maior vigilância, sobre determinadas terapêuticas a utilizar no domicílio. Assim, este regime aplica-

se quando os medicamentos dispensados podem estar na base do aparecimento de efeitos secundários graves, quando a adesão à terapêutica é particularmente importante, ou quando a sua comparticipação é a 100%, quando cedidos a nível hospitalar. Estas situações estão cobertas por legislação específica, que pode ser consultada no *site* do INFARMED, como é o caso das patologias HIV-SIDA, Hepatite, IRC ou Oncologia, entre outros.

A lei prevê, também, a venda de medicamentos que estejam esgotados nas farmácias comunitárias, sendo que neste caso, são necessários 3 carimbos, de 3 farmácias diferentes, para provar que o medicamento não se encontra mesmo disponível, podendo assim ser dispensado pelo hospital. A utilização de medicamentos, que não sejam de uso exclusivo hospitalar, rege-se por normas específicas, como DL 44 204, de 1962 e DL 206/2000. Há ainda as situações não previstas na lei, mas que têm autorização nominal da direção do hospital, para a sua cedência em regime de ambulatório (BROU, M.H.L. *et al.*, 2005).

A prescrição é eletrónica ou em papel e o pedido é sujeito à validação farmacêutica. Se a prescrição for em papel terá que ser feita a transcrição informática.

Na primeira vez que o doente levanta medicação é preenchido e entregue ao doente o cartão de terapêutica. É ainda dado ao doente a assinar um termo de responsabilidade no qual o doente se compromete a fazer a terapêutica cedida de forma responsável e a conservar os medicamentos de acordo com o aconselhado. No caso de serem medicamentos de frio, o doente é informado de que deverá fazer-se acompanhar, aquando do levantamento da medicação por um acumulador de gelo e uma bolsa térmica para garantir que são mantidas as condições de conservação do fármaco. O farmacêutico neste setor presta as informações necessárias à correta utilização do medicamento (para que serve a medicação, quando deve ser tomada, modo de conservação, interações com outros medicamentos ou alimentos) e ainda esclarecimento de eventuais dúvidas do utente.

Existem Casos Especiais de Cedência de Medicação, nomeadamente no caso de medicamentos Biológicos não prescritos na Instituição, (Ambulatório Externo). Nestas situações cabe ao farmacêutico verificar se o local de onde provém a receita faz parte da lista de consultas certificadas. Sempre que se cede de um medicamento Biológico o farmacêutico preenche a lista “Regime Especial de Comparticipação para os Medicamentos, destinados ao tratamento de doentes com artrite reumatoide, espondilite alquilosante, artrite psoriática, artrite idiopática juvenil poliarticular e psoríase em placas”. O Exemplo poderá ser visto em **Anexo 6**. Também as eritropoetinas são sujeitas a legislação especial, pois a lei em vigor nomeadamente os Despachos n.º 3/91 de 8 de fevereiro alterado pelo Despacho n.º 11 619/2003 de 22 de maio, e n.º 10/96 de 16 de maio, (Acesso à Hormona

Eritropoietina para os doentes insuficientes renais crónicos) e n.º 9 825/98 de 13 de maio (Acesso ao medicamento Eritropoietina Humana Recombinante), e n.º 6370/2002 de 7 de março (Acesso aos medicamentos darbepoetina alfa, epoetina alfa e epoetina beta) regulam a prescrição, distribuição e a comparticipação de eritropoetinas aos doentes renais crónicos, tanto internados como a fazer diálise em centros extra hospitalares.

Por vezes ocorre devolução de medicamentos dos doentes de ambulatório. Quando se recebem devoluções identifica-se o doente através do número de processo/nome e indaga-se o motivo da devolução. Nestas situações, o farmacêutico dialoga com o doente a fim de perceber se as condições de conservação enquanto na posse dos doentes foram mantidas, em particular, se houve quebra da cadeia de frio. Se o medicamento estiver de acordo com as exigências requeridas procede-se à devolução informática e armazenamento adequado. Os medicamentos só são dispensados ao doente para um período não superior a 30 dias, salvo exceções devidamente justificadas e autorizadas previamente pelo Conselho de Administração, garantindo sempre a confidencialidade dos dados do doente. A cedência de medicação é feita de segunda a sexta – feira das 9h às 18h (BROU, M.H.L. et al., 2005); (DESPACHO n.º 13382/2012, 12 de outubro de 2012).

Pude observar várias intervenções farmacêuticas neste setor, vou de seguida descrever o exemplo de uma. Uma doente com Leucemia, que faz terapêutica com Epoetina de 10.000 IU, tinha a consulta agendada de 4 em 4 meses. Levou a medicação para o primeiro mês, após sair da consulta. Regressou ao ambulatório ao 4º mês após a 2ª consulta e a Farmacêutica responsável verificou que as seringas pré-carregadas de Epoetina prescrita não haviam sido levantadas. Posto isto, a senhora foi questionada acerca do levantamento ou não da medicação e esta confirmou não ter ido buscar as seringas. Sendo assim, após a saída da doente do ambulatório, a farmacêutica entrou em contato com a médica responsável e explicou o sucedido. No sentido de demonstrar que não era falha do tratamento mas sim de adesão à terapêutica e poder fornecer à médica mais dados acerca da doente.

Distribuição de Estupefacientes/Psicotrópicos e de Hemoderivados

Em relação à distribuição de estupefacientes/psicotrópicos e de hemoderivados, por serem medicamentos sujeitos a legislação específica e por necessitarem de um controlo mais rigoroso, possuem um circuito especial de distribuição.

O controlo de **estupefacientes e psicotrópicos** é regido pelo DL 15/93 de 22 de janeiro.

Os estupefacientes e psicotrópicos estão armazenados num cofre individualizado e que está localizado na sala de Estupefacientes. Neste cofre, os medicamentos estão armazenados por

ordem alfabética de princípio ativo e por dosagem apresentada, devidamente separados e rotulados. É a partir daqui que se faz a preparação e distribuição de toda a medicação. A distribuição de ES/PS pode ser feita de duas formas: distribuição aos serviços de internamento, mediante o sistema de reposição de *stock* e/ou cedência individualizada a utentes, através de requisição individual para determinado período de tempo, desde que a medicação pretendida seja de uso exclusivo hospitalar.

Cada serviço clínico tem um *stock* em quantidade e qualidade, previamente definido e o levantamento de ES/PS é efetuado presencialmente nos SF pelo enfermeiro, mediante apresentação do destacável, e quando é administrada uma destas substâncias, o enfermeiro regista no Anexo X do Modelo 1509 da Casa da Moeda (**Anexo 7**) o nome do medicamento (DCI), forma farmacêutica, dosagem, nome do paciente/cama/processo, quantidade administrada, data e rubrica. Este destacável é a ficha de controlo de cada medicamento, que terá que estar devidamente preenchido para reposição do respetivo *stock*. Pois, a este destacável faz-se corresponder o cabeçalho com a mesma numeração que se encontra em arquivo assim, é restituído o *stock* pretendido, devendo ficar registado no cabeçalho já agrafado ao destacável, o n.º de saída informática da requisição correspondente. Na ficha de controlo de *stock* por medicamento, existente no cofre, é registada a saída, por lote, tendo em atenção o prazo de validade do medicamento, bem como, o n.º informático atribuído à requisição do serviço.

Há ainda a Cedência Individualizada a pacientes externos. Este tipo de cedência aplica-se, particularmente, a pacientes de consulta da dor, de Hospital de Dia ou de Consulta Externa, desde que o medicamento prescrito seja de uso exclusivo hospitalar ou que por algum fato esteja determinada sua cedência. Neste caso faz-se a saída informática, por lote, tendo em atenção o prazo de validade do medicamento, regista-se o número na receita e arquiva-se em pasta própria. Sempre que se pretender inutilizar ES/PS, esta é feita por destruição na presença de agentes de autoridade e é elaborado o respetivo auto da ocorrência. Quando o prazo de validade destes medicamentos expira na farmácia efetua-se informaticamente a inutilização. No caso de o medicamento expirar num serviço, estes enviam aos SF uma notificação que acompanha a devolução do medicamento.

Em relação aos medicamentos **hemoderivados**, estes devem seguir as normas de registo previstas no Despacho Conjunto n.º 1051/2000, de 14 de setembro, sendo que os atos de requisição, distribuição e administração são registados em folha modelo (**Anexo 8**). Esta folha tem formato A4 e é constituída por duas vias, "Via Farmácia" e "Via Serviço". A Via Farmácia é autocopiativa e contém instruções relativas ao preenchimento, circuito e arquivo.

Deve permanecer arquivada nos Serviços Farmacêuticos por 20 anos. A Via Serviço deve ficar no processo do doente.

Assim, quando o formulário de hemoderivados chega, ao farmacêutico responsável, este deve verificar se os quadros A e B, referentes à identificação do médico e do doente e à requisição/justificação clínica respetivamente, estão devidamente preenchidos e se o tratamento se encontra de acordo com as indicações terapêuticas aprovadas. De seguida, o farmacêutico preenche o quadro C, destinado à identificação do produto, sua quantidade, lote e certificado de libertação do INFARMED.

Depois de todos estes procedimentos é dada saída no sistema informático. Cada unidade do medicamento irá ser identificado com serviço, nome, cama, PU e colocado, num saco de plástico transparente, por doente junto com a respetiva folha de hemoderivados (BROU, M.H.L. *et al.*, 2005).

É importante preencher também o número do registo, que é atribuído pelos próprios SF de acordo com o ano civil em causa.

Farmacotecnia

Este Setor dos SF tem como objetivo responder às necessidades específicas dos doentes que não têm resposta através dos medicamentos comercializados, mantendo, contudo, a eficácia, segurança e qualidade que deve caracterizar qualquer medicamento, promovendo, assim, uma gestão mais racional dos recursos. Por essa razão, as preparações são ajustadas a cada doente seja no caso de formulações não estéreis; misturas intravenosas; citotóxicos; e preparação de produtos que exigem técnicas assépticas. A elaboração de formulações preparadas nos SF hospitalares é regulado pelo DL 95/2004 e pela portaria n.º 594/2004, que aprova as boas práticas a observar na preparação de medicamentos manipulados em farmácia de oficina e hospitalar. (BROU, M.H.L. *et al.*, 2005).

Para isso, o Setor da Farmacotecnia compreende a Unidade Centralizada de Preparação de Citotóxicos (UCPC), Unidade de Preparações de não estéreis e a Preparação de estéreis não citotóxicos.

O fabrico de preparações estéreis são feitas na UMIV e as preparações de citotóxicos são feitos na UCPC.

Medicamentos Manipulados Estéreis (Citotóxicos)

A prescrição é feita segundo protocolos definidos e é rececionada pelo farmacêutico informaticamente ou em papel, “Folha de Terapêutica/Hospital de Dia”. A posologia estabelecida para cada citotóxico é definida em função da superfície corporal do doente e/ou do peso e de eventuais reduções de dose devidamente expressas na prescrição. Após a receção, o farmacêutico analisa o pedido para verificar a sua coerência e a segurança do medicamento no que respeita às dosagens das substâncias ativas e à inexistência de incompatibilidades e interações que ponham em causa a ação do medicamento e a segurança do doente. Caso surjam dúvidas, é contactado o prescritor. Após receção e validação por parte do farmacêutico responsável, são elaborados os rótulos de identificação para cada tratamento. Do rótulo consta: nome do doente, serviço, data da administração, medicamento, dose total, volume correspondente, solução e volume de diluição, volume final, e outras informações consideradas pertinentes. Estes rótulos servem de base para a preparação dos tabuleiros da quimioterapia. A preparação é feita por medicamento. Toda a medicação é rotulada com um rótulo no saco/seringa com a medicação e outro no saco protetor exterior. Antes de se iniciar a preparação o TDT retira do stock o n.º de embalagens de citotóxicos necessárias para os tratamentos das prescrições validadas; coloca-as num tabuleiro de inox ou carro e transportam para a sala de apoio da UCPC, coloca os solventes de reconstituição, soros de diluição e sistemas de administração a utilizar; faz uma primeira descontaminação, com álcool 70°. Os frascos e o restante material descontaminado são colocados em tabuleiro desinfetado que é colocado dentro do transfer. É registado o lote e a validade de cada medicamento utilizado por doente. O equipamento dos TDT’S, a limpeza das instalações e equipamentos, o tratamento de resíduos, a limpeza da sala branca, procedimento no caso de ocorrer derrame, a descontaminação de frascos de soro e de todo o material que entra na sala assética é feito exatamente como mencionado para os citotóxicos de acordo com o definido nas instruções de trabalho e procedimentos.

O controlo microbiológico da Câmara de Fluxo de Ar Laminar Vertical é feito na primeira segunda-feira de cada mês, usam-se placas de contacto no início e no fim de cada sessão de preparação. As placas são colocadas aleatoriamente, é o TDT que retira a tampa da placa e a inverte para que a placa contacte com a superfície. De seguida a placa é fechada e identificada pelo farmacêutico, que a embala convenientemente para que não haja contaminação *à posteriori*. Os resultados microbiológicos têm ser analisados pelo farmacêutico e no caso de se encontrarem fora dos critérios de aceitação, o controlo microbiológico terá que ser repetido. Nas restantes segundas-feiras é efetuado apenas o

controlo microbiológico das placas correspondente à monitorização do interior da câmara (controlo de ar, superfície e técnico manipulador). No controlo do ar usam-se placas de sedimentação (gelose - sangue). O TDT coloca uma placa aberta no interior da CFLV e outra na sala. Estas mantêm-se abertas durante o período de manipulação, no final é colocada a tampa e entregue ao farmacêutico responsável. No controlo de superfícies usam-se placas de contacto no início e no fim da sessão de trabalho. O TDT retira a tampa e inverte a placa de modo a que o meio de cultura adira à superfície. De seguida, fecha a placa e entrega-a ao farmacêutico. No controlo do pessoal usam-se placas de contacto. No início e no fim da sessão de trabalho os TDT's (manipulador e ajudante) fazem uma colheita tocando com as extremidades das pontas das luvas (dos cinco dedos), no meio de cultura definido para cada uma das mãos. No fim dessa sessão de trabalho o TDT manipulador efetua uma colheita por contato de uma das mangas da bata, na zona acima da luva.

Para a sala assética (branca) entram dois TDT's (manipulador e ajudante, podendo alternar entre si). As preparações prontas são colocadas no lado direito da CFL. O TDT de apoio procede à rotulagem do medicamento preparado e coloca-o no respetivo saco protetor. Após validação pelo farmacêutico as preparações são seladas e colocadas dentro do carro de transporte, identificado para o efeito, com o símbolo de biohazard/citotóxico.

Durante a preparação há uma série de requisitos a cumprir, vou enumerar alguns dos que observei e que me parecem relevantes: realizar apenas os movimentos indispensáveis e de um modo lento; não pode trabalhar na CFL, quem apresentar infeções sobretudo, das vias respiratórias; mulheres grávidas, a amamentar, ou pessoal que já tenha efetuado um tratamento de quimioterapia ou tenha alergia a fármacos; deve evitar-se falar voltado para o interior da câmara (se for indispensável, fazê-lo voltando a cabeça para o lado); não é conveniente descansar os cotovelos, braços ou mãos na superfície de trabalho nem colocar os ombros e a cabeça, dentro da câmara (exceto durante a limpeza); é obrigatório que a janela de transfer apenas seja aberta de um lado quando o outro se encontra fechado.

No caso de ser detetada alguma anomalia ao longo da preparação o farmacêutico responsável é informado e procede como achar conveniente tendo em conta a situação. Todos os resíduos tóxicos são encaminhados para o circuito de incineração. É verificada de forma regular a pressão da sala de preparação de citotóxicos, este valor da pressão terá que ser negativo para proteção do manipulador (GOUVEIA, A. P. N. M. *et al.*, 2013; BROU, M.H.L. *et al.*, 2005). Na minha passagem pela unidade de preparação de citotóxicos, tive oportunidade de fazer várias visitas ao Hospital de Dia, neste sentido juntamente com outra estagiária, reformulei vários folhetos para serem entregues aos doentes deste serviço. Estes

poderão ser consultados no **Anexo 9**. Além disso, visto que as prescrições do hospital de Dia são ainda em papel, pude observar a informatização de alguns dos protocolos. Percebi a importância dessa evolução, uma vez que há uma grande minimização de erros tanto na prescrição, como na validação e por fim na administração do tratamento (GOUVEIA, A. P. N. M. *et al.*, 2013; BROU, M.H.L. *et al.*, 2005). Neste setor a relação entre os médicos do Hospital de Dia e o farmacêutico é bastante estreita. São diárias as intervenções e é necessário muito rigor, o que obriga o farmacêutico a verificar em primeiro lugar se o protocolo prescrito é o indicado para o doente em causa e se está bem calendarizado. Assim, todos os dias pude observar intervenções, quer para corrigir doses, adequar os protocolos à situação atual do doente e ainda a recalendarizar os ciclos de tratamento. Também aquando da preparação o farmacêutico intervém, assisti por exemplo à preparação de Gencitabina na qual se verificaram partículas em suspensão, nesta situação foi verificada se era uma situação normal e se havia algo que estivesse previsto nestas circunstâncias. Após a consulta do RCM verificou-se que não, como tal comunicou-se ao fornecedor e esse lote foi retirado. Contudo os doentes não ficaram sem fazer a terapêutica, porque havia em *stock* um outro lote que estava nas condições adequadas. É um setor sem margem de erro e por isso o rigor e a concentração são imprescindíveis.

Preparação de não estéreis

Após a receção do pedido este é analisado pelo farmacêutico para verificar a sua coerência e a segurança do medicamento no que respeita às dosagens das substâncias ativas e à inexistência de incompatibilidades e interações que ponham em causa a ação do medicamento e a segurança do doente. Caso surjam dúvidas, é contactado o prescritor.

Se existir ficha técnica do medicamento manipulado, o processo segue na etapa seguinte caso não exista, o farmacêutico analisa a viabilidade de preparação do medicamento manipulado em causa, relativamente à existência de fórmulas de preparação do medicamento manipulado, matérias-primas e/ou equipamento para o efeito.

Quando não é possível satisfazer o pedido tem que ser indicado o motivo da não satisfação do mesmo. Para atribuir o número do lote, usa-se uma nomenclatura alfanumérica. O primeiro dígito do lote corresponde a uma letra do alfabeto e esta é introduzida sequencialmente, diariamente. Os seis dígitos seguintes são numéricos e correspondem ao dia da preparação do manipulado seguindo a ordem: ano (AA), mês (MM) e dia (DD). Ou seja, X AA MM DD. Antes de iniciar a preparação do medicamento manipulado, o farmacêutico ou TDT asseguram que são respeitadas as condições ambientais exigidas pela

natureza do medicamento a preparar; que estão disponíveis todas as matérias-primas, corretamente rotuladas e com prazos de validade em vigor, bem como os equipamentos necessários à preparação; estão disponíveis os documentos necessários para a preparação do medicamento e os materiais de embalagem destinados ao acondicionamento do medicamento; que o armazenamento de matérias-primas e de materiais de embalagem nos medicamentos manipulados é realizado de modo a cumprir a regra de que se utilizam primeiro aqueles cuja validade caduca primeiro.

Os prazos de validade para os medicamentos manipulados, é atribuído após consulta da bibliografia existente na farmácia (Formulário Galénico Português ou outro) e caso o prazo de utilização para o medicamento manipulado preparado não esteja definido em nenhuma bibliografia, nem existam dados experimentais, aplicar as seguintes regras gerais, constantes do Formulário Galénico Português.

Tabela I – Atribuição de Prazos de Utilização para os Medicamentos Manipulados.

Tipo de Preparação	Prazo de Utilização	Exemplo
Preparações líquidas não aquosas e preparações sólidas	A substância ativa é um produto industrializado ou consiste numa matéria prima individualizada: o prazo de utilização será igual a 25% do tempo que resta para expirar o prazo de validade, não ultrapassando os 6 meses.	Papéis de bicarbonato de sódio em pó.
Preparações líquidas que contém água (preparadas com substâncias ativas no estado sólido)	O prazo de utilização não deverá ser superior a 14 dias, devendo ser conservado no frigorífico.	Suspensão oral de espiranolactona e hidroclorotiazida.
Restantes preparações	O prazo de utilização deverá corresponder à duração do tratamento, não excedendo os 30 dias.	Creme de betametasona e ATL creme gordo.

O controlo dos prazos de validade das matérias-primas e Preparados Oficiais é efetuado mensalmente através do SGICM e é da responsabilidade do TDT a identificação e listagem de todas as matérias-primas com prazo de validade caducado para posterior inutilização. Sempre que for elaborado um medicamento manipulado (preparado oficial) ou reembalados líquidos que se destinem a *stock* nos Serviços Farmacêuticos, é registado em Stock (BROU, M.H.L. *et al.*, 2005).

Uma intervenção de crucial importância neste setor foi aquando da chegada aos SF de uma prescrição de solução de captopril a 1% para uma criança de 2 anos. O objetivo do médico era que a criança fizesse 5mL 3 vezes ao dia.

Sendo 1% = 1g/100mL

1g ----- 100mL

X ----- 5 mL

X = 0,05g

0,05g × 3 = 0,15 g = 150 mg

Após consulta da bibliografia existente (Taketano, Hodding e Kraus, 2010), concluiu-se que a dose máxima permitida numa criança com a idade referida seria de 6 mg por dia. A farmacêutica responsável comunicou ao médico e questionou-o se não seria uma concentração de 0.1%. Este confirmou que seria essa concentração e fez-se a alteração.

Assim sendo, 0,1% = 0,1g/100mL

0,1g-----100mL

X-----5mL

X = 0,005g = 5 mg

Medicamentos Manipulados Estéreis (Não Citotóxicos)

Para além dos requisitos a ter em conta na preparação de manipulados não estéreis têm que ser preparados em câmara de fluxo de ar Laminar Horizontal assegurando que se cumpre a técnica asséptica, que implica que a superfície da câmara de fluxo laminar esteja desinfetada com álcool a 70° bem como todas as embalagens a utilizar antes de iniciar a manipulação; o manipulador equipa-se com vestuário adequado (bata, luvas, touca e máscara). As pesagens e medições de volumes são supervisionadas pelo farmacêutico e o produto final é embalado e rotulado de modo a permitir a correta identificação do produto, (contendo no mínimo: nome e composição com respetivas quantidades), número de lote, prazo de utilização, e outras observações pertinentes caso a caso (nome do hospital e condições de armazenamento). A preparação só é finalizada após controlo de qualidade pelo farmacêutico, que procede a todas as verificações necessárias para garantir a boa qualidade final do medicamento manipulado, incluindo, no mínimo, a verificação dos caracteres organoléticos e da massa ou volume de medicamento a dispensar, que deve corresponder à quantidade ou ao volume prescrito. Tal como nos medicamentos manipulados citotóxicos, também é feito um controlo microbiológico da Câmara como descrito (BROU, M.H.L. *et al.*, 2005; DELIBERAÇÃO n.º 292/2005, 7 de março de 2005).

Na minha passagem por este setor, tive oportunidade de observar a elaboração de alguns manipulados. Estes estão referenciados e os seus procedimentos descritos no **Anexo 10**. Os papéis estão cada vez mais em desuso essencialmente por três motivos: é uma técnica sujeita a muitos erros relativos à pesagem, por ser muito rotineira pode por exemplo levar a erros por não se tarar a balança; a perda de pó por adesão ao papel é bastante frequente; a solução é mais fácil de dosar, em especial nas enfermarias, permite mais facilmente adaptar a dose ao doente sem necessidade de contactar constantemente os serviços farmacêuticos para a realização de papéis com as diferentes doses. No entanto são preparados frequentemente papéis de bicarbonato de sódio e sulfato de magnésio no CHTV. Quer no setor da Distribuição quer no da Farmacotecnia é da responsabilidade do farmacêutico a reembalagem, de forma a assegurar a segurança e qualidade do medicamento. Desde a redução dos riscos de contaminação do medicamento e dos erros de administração, passando pela identificação (nome genérico, dose, lote de reembalagem, prazo de utilização) e proteção do medicamento reembalado. A reembalagem de medicamentos pode assumir 4 formas na distribuição em dose unitária, ou por necessidades Pontuais e Fórmulas Farmacêuticas Fracionadas, efetuada na FDS, manual de formas sólidas e Reembalagem de Produtos líquidos. O prazo de utilização do medicamento reembalado tem em conta o prazo de validade da embalagem original sendo igual a 25% da validade remanescente até um máximo de 6 meses. No caso de a reembalagem ser de produtos líquidos, além do já descrito terá que haver o cuidado de proceder à higienização das mãos, calçar as luvas de látex e acondicionar o produto líquido no recipiente adequado às exigências de conservação e volume requerido (BROU, M.H.L. *et al.*, 2005).

Ensaio Clínico

Os ensaios clínicos são uma peça fundamental no período que antecede a introdução de um medicamento no mercado. De acordo com a Lei n.º 46/2004, de 19 de agosto, um ensaio clínico é definido como "qualquer investigação conduzida no ser humano, destinada a descobrir ou verificar os efeitos clínicos, farmacológicos ou os outros efeitos farmacodinâmicos de um ou mais medicamentos experimentais, ou identificar os efeitos indesejáveis de um ou mais medicamentos experimentais, ou a analisar a absorção, a distribuição, o metabolismo e a eliminação de um ou mais medicamentos experimentais, a fim de apurar a respetiva segurança ou eficácia" (INFARMED, fevereiro 2015).

Antes do início de qualquer ensaio clínico, é necessária a sua aprovação. Assim, após ter sido realizada uma avaliação técnica, o promotor do ensaio necessita de autorização por parte da autoridade reguladora, INFARMED, da Comissão de Ética e da Comissão Nacional de Proteção de Dados. Escolhido o centro onde vai ser realizado este ensaio é estabelecido um acordo entre ambas as partes. Além disso, qualquer ensaio realizado na Europa tem de constar da base de dados europeia de ensaios clínicos, European Clinical Trials Database e, desse modo, estar registado um número.

Depois de tudo estar autorizado, o promotor do estudo delega funções a um monitor do ensaio, que acompanha o decorrer do estudo, resolve questões que possam surgir e informa o promotor sobre os desenvolvimentos no ensaio (INFARMED, fevereiro 2015). Os SF são contactados pelo Promotor ou Monitor para a realização do ensaio, é apresentada toda a equipa interveniente, as características do ensaio clínico e respetivo protocolo. Sendo nesta fase entregue o Dossier do Ensaio (que inclui toda a documentação referente ao mesmo) destinada aos SF. A conferência dos medicamentos experimentais rececionados considera a inspeção dos kits, quanto ao número de embalagens; número de lote e condições da temperatura durante o transporte; anotando e comunicando as discrepâncias, tais como, danos, quebras ou outras violações nas embalagens originais. As folhas de modelo “Drug Accountability Log“, ou outro equivalente, são preenchidas de acordo com os requisitos de cada ensaio. A sala afeta aos Ensaios Clínicos tem acesso restrito. O medicamento de ensaio clínico é armazenado em local destinado ao efeito, de acordo com as condições de conservação exigidas pelo promotor. Após a randomização do doente identificado de acordo com as especificidades do ensaio, a cedência de lotes de medicação é atribuída de forma automática pelo sistema IVRS (Interactive Voice and web Response System) ou outro. O monitor deslocar-se-á aos SF para monitorização do respetivo ensaio.

Em todos estes setores, deve haver um Registo de Erros do Medicamento. Os EM detetados nos SF são encaminhados para o AOG sempre que da análise dos EM, o AOG verifique que o erro está relacionado com algum procedimento dos SF, abre uma ficha de ocorrência e encaminha para tratamento, de acordo com as regras previstas no procedimento. Anualmente é feita uma análise estatística dos EM registados.

No decorrer da minha passagem pelos SF, houve a receção de uma Circular Normativa da DGS n.º020/2014, na qual se identificavam os medicamentos LASA (medicamentos com nome ortográfico e/ou fonético e/ou aspeto semelhante que podem ser confundidos uns com os outros) originando troca de medicamentos e como tal o objetivo é

desenvolver estratégias e implementar medidas de diferenciação dos medicamentos LASA. A mesma circular poderá ser consultada em **Anexo II**. Foi muito interessante acompanhar o processo de implementação destas novas diretrizes, não só por ter tido oportunidade de perceber o impacto destas alterações em contexto real como por perceber a importância desta evolução.

Tive ainda a oportunidade de assistir a uma formação acerca de um medicamento inovador, da Biogene, o Fampyra que é o primeiro tratamento que demonstrou ser eficaz em pessoas com todos os tipos de esclerose múltipla, tanto nos surtos como nas fases de remissão, como em formas progressivas e pode ser usado em monoterapia ou concomitantemente com outras terapêuticas para a esclerose múltipla. Foi muito importante perceber nesta formação, o impacto psicológico que tem nos doentes com esclerose múltipla a perda da capacidade de andar, pois é a perda da independência, da capacidade de trabalho e, conseqüentemente uma redução do seu nível de rendimentos. No decorrer da formação foram mostrados vídeos que demonstram melhoria significativa no tempo e na qualidade da marcha em doentes com esclerose múltipla. As mesmas melhorias, podem ser avaliadas no início do tratamento e no fim de intervalos estudados como sendo aqueles em que é possível observar melhorias significativas. A avaliação do tempo da marcha pode ser feita pelo questionário T25FW e a qualidade da marcha pelo questionário MSWS-12. O exemplar destes questionários poderá ser consultado no **Anexo 12**. Foi muito interessante esta experiência, pois permitiu-me perceber o que envolve a introdução de um medicamento a nível hospitalar. Tanto em termos de estudos e resultados que deverão ser apresentados, a formação necessária para poder ceder o medicamento de forma adequada e segura, a discussão que é necessária com a parte clínica responsável pela área do medicamento a introduzir e o preço e as condições de negociação que é preciso ter em conta.

Considerações Finais – Análise SWOT

Concluo esperando que a descrição que fiz, ao longo do relatório, dos conhecimentos adquiridos durante o estágio, tenha ido de encontro aos objetivos estabelecidos.

Deste modo, e para finalizar, termino com a apresentação de uma análise SWOT sobre o estágio realizado, que foca a minha opinião pessoal nomeadamente sobre a frequência do estágio, a integração da aprendizagem teórica e em contexto simulado na prática profissional e a adequação do nosso curso às perspetivas profissionais futuras.

Neste sentido, ao longo deste estágio, como acontece um pouco em tudo na vida, identifiquei pontos fortes e pontos fracos, oportunidades que tive com esta experiência e ameaças ao bom funcionamento do meu trabalho enquanto farmacêutica. Assim enumerei alguns pontos em cada uma destas categorias (consultar Tabela 2), que vou explicar de forma mais aprofundada de seguida.

Tabela 2 – Análise SWOT

Pontos Fortes	Pontos Fracos
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Integrar conceitos adquiridos ao longo do curso; ▪ Intervir no bem-estar do doente; ▪ Novos conhecimentos acerca de fármacos usados em exclusivo na FH; ▪ Passar por todas as áreas dos SF e observar o que é feito em cada uma delas. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Material Clínico; ▪ Vocabulário de diagnóstico clínico ▪ Curta duração do estágio; ▪ Pouco conhecimento de algumas áreas da FH nas quais o farmacêutico tem um papel importante; ▪ Pouco conhecimento da terminologia clínica.
Oportunidades	Ameaças
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Estagiar num hospital central com múltiplas valências; ▪ Integrar uma equipa de saúde multidisciplinar; ▪ Conhecer a realidade que desconhecia da FH. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Preparação e distribuição de nutrição parentérica; ▪ Farmacovigilância e Farmacocinética; ▪ Farmácia Clínica; ▪ Distanciamento em relação aos doentes.

No âmbito dos pontos fortes deste estágio, considerei acima de tudo uma excelente oportunidade a possibilidade de integrar os conceitos de farmacologia e farmácia clínica que apreendi ao longo do curso. Sendo estas as áreas pelas quais tenho particular interesse foi muito profícuo poder pôr em prática esses conhecimentos previamente adquiridos e, assim, prestar os melhores cuidados de saúde possíveis ao doente. Nesse sentido foi muito gratificante verificar o resultado da nossa intervenção enquanto farmacêuticos, e perceber que cumprimos o nosso papel, pois melhoramos a situação clínica do doente e a sua qualidade de vida. Além disso, considero fundamentais as novas aprendizagens que fiz durante este estágio. No setor da Distribuição aprofundei os meus conhecimentos sobre farmacologia e farmácia clínica. Pois, na distribuição em regime Ambulatório pude perceber esquemas terapêuticos que se associam a cada patologia que não são cedidos na farmácia Comunitária. Ainda no setor da distribuição mas agora na dose unitária, por me ter sido permitido assistir ao modo como se faz a validação pelo Farmacêutico, pude relacionar conceitos vários que tinha adquirido em farmacologia, nomeadamente interações entre os

fármacos, doses e vias corretas para cada situação. Em relação aos pontos fracos, considero que não estava muito à vontade com o material clínico, como são exemplo os pensos, as compressas, as gazes os adesivos, entre outros. Estes são materiais que são fornecidos pelos serviços farmacêuticos hospitalares, mas dos quais eu não tenho conhecimento prévio das características que os distinguem e das suas aplicações. Penso também que há setores que exigiam mais tempo de permanência e um acompanhamento mais minucioso, mas o facto de o estágio ser reduzido a 2 meses, dificulta essa passagem por todos os setores da forma como gostaríamos. Um estágio com maior duração poderia beneficiar os alunos e potenciar as aprendizagens adquiridas. Considero ainda que a área da FH é um pouco esquecida ao longo do curso e que podia ser mais abordada, não ficando limitada a uma unidade curricular, uma vez que o farmacêutico desenvolve um trabalho fundamental na realidade hospitalar. Senti isso especialmente em relação aos citotóxicos, uma vez que era uma área mais desconhecida para mim e que considero extremamente aliciante, uma vez que é da responsabilidade quase exclusiva do farmacêutico e que tem conceitos muito próprios. Senti ainda dificuldade em perceber algumas terminologias usadas pelos médicos, nomeadamente aquando da validação na identificação das patologias. E devido à grande diversidade dos vários setores e todas as valências que são necessárias, penso que os conhecimentos obtidos podem ser aplicados transversalmente a várias áreas da farmácia e, por essa razão, penso que deviam ser mais aprofundados durante o curso.

Como estagiária tive diversas oportunidades, mas a principal penso que foi a possibilidade de estagiar num hospital central, que, por essa razão, apresenta múltiplas valências e tem uma componente formativa e educativa muito vincada, o que facilita as aprendizagens por parte dos estagiários. A grande dimensão do hospital permitiu-me conhecer vários setores, aos quais provavelmente não teria acesso num hospital mais pequeno. No âmbito do meu estágio, considerei também uma grande oportunidade fazer parte de uma equipa multidisciplinar de profissionais de saúde, nas quais vi por várias vezes os farmacêuticos intervir no sentido de chegar à conclusão de qual o melhor tratamento a dar ao doente. Penso que esta é uma grande oportunidade a explorar por parte do farmacêutico, uma vez que tem um conhecimento privilegiado da terapêutica, da doença e do doente que lhe permite intervir de forma objetiva e adequada aos vários casos que surjam. É um profissional dotado de variados conhecimentos e que, por isso, tem de ganhar o seu espaço nessas equipas e demonstrar o seu valor. Outra oportunidade importante foi a possibilidade de conhecer áreas da FH que pouco conhecia e aprender o que nelas se faz. Assim, fiquei a saber os vários procedimentos que é necessário seguir nos diferentes casos e

fiquei a perceber como é o funcionamento geral do hospital e particular de cada Setor. Esta oportunidade de conhecer a FH por dentro fez-me perceber que é uma área profissional a considerar no meu futuro profissional.

Finalizo com as ameaças que podem surgir no dia a dia de um farmacêutico hospitalar e pôr em causa o seu bom trabalho. A falta de aceitação por parte de outros profissionais de saúde, das intervenções feitas pelo farmacêutico, é um problema com o qual não me deparei ao longo do estágio, uma vez que muitas das sugestões e avisos que foram feitos foram levados em atenção por médicos e enfermeiros, por exemplo. Mas foi-me dito que nem sempre é fácil que assim aconteça. É necessário por isso sensibilizar os outros profissionais de saúde com quem lidamos no dia a dia para a importância do trabalho em equipa em prol do doente, e tentarmos conquistar o nosso espaço através de intervenções claras, objetivas e adequadas à situação. É também importante investigar quais as razões pelas quais os médicos aceitam ou rejeitam os avisos que lhes surgem através do sistema e atuar em conformidade, tendo como objetivo último o bem-estar do doente. A pouca autonomia que o farmacêutico tem para fazer, ele próprio, as alterações que considera necessárias faz com que dependa sempre da aceitação de outros. Além disso, considero que o farmacêutico deveria ter mais possibilidades de ver o doente. O que nem sempre é fácil pelo volume de trabalho que tem em mãos. Além disto o processo informático grande parte das vezes não contém todas as informações necessárias sobre o doente, o que dificulta a sua avaliação e distancia o farmacêutico da realidade podendo, por isso, ser considerado uma ameaça. Ao ter de decidir, nomeadamente se valida ou não uma prescrição, sem estar a ver realmente o doente pode escapar à avaliação do farmacêutico algum ponto relevante sobre o estado de saúde do mesmo. Para finalizar, o facto de haver muito trabalho e pouco pessoal para o executar, pelo menos no período de tempo no qual decorreu o meu estágio, também pode ser encarado como uma ameaça uma vez que pode levar a erros de avaliação por parte do farmacêutico. No CHTV a nutrição parentérica não é preparada e tendo em conta que é da competência do farmacêutico preparar e dispensar a nutrição parentérica aos restantes serviços do hospital, considero que é algo que deve ser trabalhado de modo a ser o farmacêutico a validar e preparar a mesma. No que diz respeito à área da farmacovigilância e da farmacocinética são áreas que não são desenvolvidas neste hospital e que são fundamentais para uma melhor utilização do medicamento. Além disso necessitam de farmacêuticos especializados capazes de identificar e notificar reações adversas no caso da farmacovigilância e capazes de garantir a correta administração dos fármacos no caso da farmacocinética.

Bibliografia

ANTÓNIO PAULO DO NASCIMENTO DE MELO GOUVEIA *et al.* – **Manual de Preparação de Citotóxicos** (2013). ISBN 978-989-98069-2-4

BROU, M.H.L.; FEIO, J.A.; MESQUITA, E.; RIBEIRO, R.M.P.F.; BRITO, M.C.M.; CRAVO, C.; PINHEIRO, E. – **Manual da Farmácia Hospitalar**. Execução: março 2005. ISBN: 972-8425-63-5. Depósito Legal: 224 794/05.

DECRETO-LEI n.º 233/05 – **Diário da República, I Série-A**. 249 (29 de dezembro de 2005) 7329-7333 (ANEXO II – Estatutos dos Hospitais E.P.E.).

DECRETO-LEI n.º 15/93 – Regime jurídico do tráfico e consumo de estupefacientes e psicotrópicos. – **Diário da República, I Série-A**. 18 (22 de Janeiro de 1993) 234-252.

DELIBERAÇÃO n.º 292/2005 – Registo de psicotrópicos e estupefacientes. – **Diário da República, II Série-A**. 46 (7 de março de 2005).

DESPACHO CONJUNTO n.º 1051/2000 – Registo de medicamentos derivados de plasma. – **Diário da República, II Série**. 25 (30 de outubro de 2000) 17584-17585.

DESPACHO n.º 1083/2004 (2ª série). – **Diário da República, II Série**. 14 (17 de janeiro de 2004) 747.

DESPACHO n.º 13382/2012 – Determina que a prescrição de medicamentos, para dispensa em regime de ambulatório pelas farmácias hospitalares, é obrigatoriamente realizada através de sistemas de prescrição eletrónica. – **Diário da República, II Série**. 198 (12 de outubro de 2012).

<https://eudract.ema.europa.eu> [consulta fevereiro 2015]

<http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED> [consulta fevereiro 2015]

SAÚDE, P. Da – **CHTV. - Serviços Farmacêuticos Certificados** [Consult. 22 fev. 2015].

Disponível em:

www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/noticias/arquivo/2010/4/chtv+certificacao.htm.

SERVIÇOS FARMACÊUTICOS – **Manual de Procedimentos da Distribuição Informatizada de medicamentos estupefacientes e psicotrópicos.** 1ª Edição.

SIMÕES, A. *et al.* – **Manual de Integração.** 4ª. ed. (2000).

TAKETANO, C. K.; HODDING, J. H.; KRAUS, D. M. – **Pediatric Dosage Handbook.** 5ª. Ed (2010).

Anexos

Lista de anexos

1. Distribuição dos serviços pelos pisos
2. Organograma Institucional
3. Constituição do Conselho de Administração
4. Delegação do Conselho de Administração aos seus Membros
5. Estupefacientes, Psicotrópicos e Benzodiazepinas - Anexo VII Modelo n.º 1506 Casa da Moeda
6. Registo mínimo para medicamentos Biológicos
7. Estupefacientes, Psicotrópicos e Benzodiazepinas - Anexo X modelo n.º 1509 Casa da Moeda
8. Formulário de Registo de Hemoderivados
9. Folhetos Informativos (Hospital de Dia)
10. Manipulados
11. Lista de Medicamentos com nome ortográfico e ou fonético semelhantes
12. Formação Fampyra – questionários do tempo e qualidade da marcha prospectivamente.

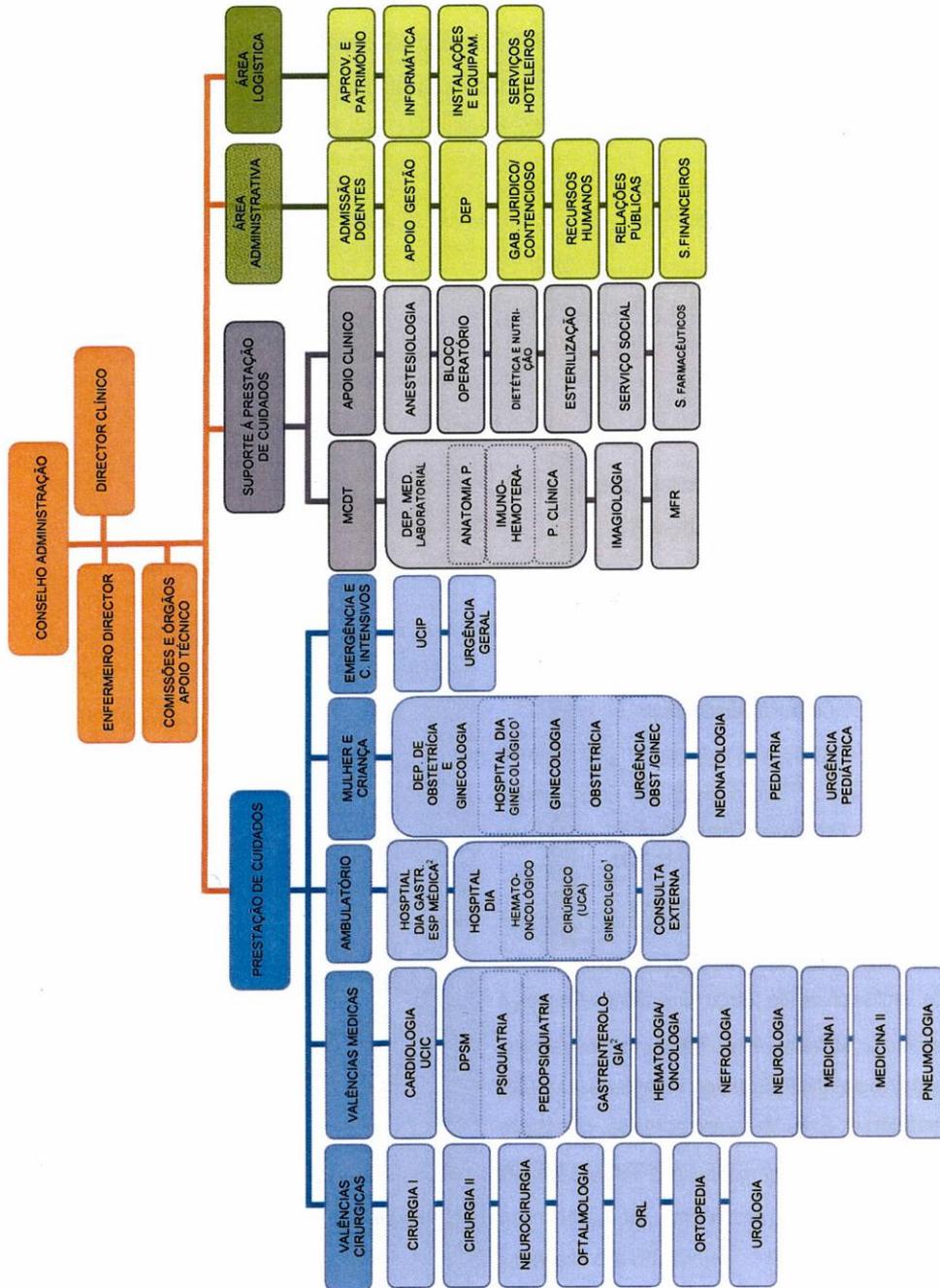
Anexo I

3. DISTRIBUIÇÃO DE SERVIÇOS PELOS PISOS

PNEUMOLOGIA / U. VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA	PISO 8	UNIDADE DO SONO
MEDICINA 1 A MEDICINA 1 B HOSPITAL DIA DIABETES	PISO 7	MEDICINA 2 A MEDICINA 2 B
GINECOLOGIA NEUROCIRURGIA UNIDADE AVC	PISO 6	OBSTETRICIA A OBSTETRICIA B
CIRURGIA 2 A CIRURGIA 2 B	PISO 5	CIRURGIA 1 A CIRURGIA 1 B
ORTOPEDIA A/ TRAUMA/ INTERNAMENTO M. F. REABILITAÇÃO ORTOPEDIA B/TRAUMA	PISO 4	ORTOPEDIA C CARDIOLOGIA
UROLOGIA/ UNIDADE DE A. E CIRUR- GIA VASCULAR /HEMATO-ONCOLOGIA (Internamento) OFTALMOLOGIA/ORL BLOCO OPERATÓRIO CENTRAL UCIP UCIC	PISO 3	NEUROLOGIA/NEFROLOGIA/ GASTRENTEROLOGIA/ HOSPITAL DIA GASTRO ESP. MÉDICA UNIDADE CENTRAL DE ESTERILIZAÇÃO
HOSPITAL DIA HEMATO-ONCOLÓGICO HOSPITAL DIA CIRÚRGICO EXAMES ESPECIAIS SAÚDE OCUPACIONAL (MEDICINA T.) IMAGIOLOGIA/NEURORRADIOLOGIA	PISO 2	CONSULTA EXTERNA (SECTOR 1/2/3/4) SERVIÇO SOCIAL/GABINETE DO UTENTE DEP MEDICINA LABORATORIAL (PATO- LOGIA CLÍNICA , ANATOMIA PATOLÓGI- CA, IMUNOHEMOTERAPIA) PEDIATRIA NEONATOLOGIA SERVIÇO DE URGENCIAS (GERAL/ PED IÁTRICA/GINECOLÓGICA/OBSTÉTRICA E SALA DE PARTOS) /U. MEDICINA FETAL HOSPITAL DIA GINECOLÓGICO
INFORMAÇÕES COMISSÃO CONTROLO DE INFECCÃO GABINETE CODIFICAÇÃO CLINICA CENTRAL TELEFÓNICA / C.SEGURANÇA DEP/BIBLIOTECA GESTÃO DA QUALIDADE HIGIENE E SEGURANÇA NO TRABALHO COZINHA/REFEITÓRIO/BAR	PISO 1	ADMINISTRAÇÃO/DIRECCÃO RECURSOS HUMANOS APROVISIONAMENTO / ARMAZÉNS SERVIÇOS FINANCEIROS SERVIÇO DE DOENTES /GABINETE JURIDICO / SERVIÇO RELIGIOSO VESTIÁRIO CENTRAL/HEMODIÁLISE / M. F. E REABILITAÇÃO SERVIÇOS FARMACÊUTICOS EXPEDIENTE / ARQUIVO CLÍNICO/ R.P.
INSTALAÇÕES E EQUIPAMENTOS	PISO 0	CENTRAL DE TRANSPORTES CENTRAL DE LIMPEZA LAVANDARIA/ROUPARIA PARQUEAMENTO/ REPROGRAFIA CASA MORTUÁRIA / GABINETE M.LEGAL INEM

Anexo 2

7. ORGANOGRAMA INSTITUCIONAL



Anexo 3

BOLETIM DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO CENTRO HOSPITALAR TONDELA-VISEU, E.P.E.

Por Resolução do Conselho de Ministros, de 23 de Janeiro de 2014, foi aprovada a nomeação dos membros do conselho de administração do Centro Hospitalar Tondela-Viseu, E.P.E., sendo assegurada a continuidade de funções dos actuais administradores e nomeada uma nova directora clínica. Foi ouvida a Comissão de Recrutamento e Selecção para a Administração Pública, que se pronunciou favoravelmente sobre estas nomeações.

Conselho de Administração

Presidente:

Carlos Fernando Ermida Rebelo

Directora Clínica:

Helena Isabel Duarte e Pinho

Enfermeira Directora:

Maria Cassilda Pereira das Neves

Vogal Executivo:

Ruben Manuel Antunes Tavares

Vogal Executivo:

Rui Manuel Lopes de Melo

Anexo 4

BOLETIM DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO do CENTRO HOSPITALAR TONDELA-VISEU, E.P.E.

DELEGAÇÃO DE COMPETÊNCIAS DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO NOS SEUS MEMBROS

Nos termos dos Artigos 36º e seguintes do Código de Procedimento Administrativo e ao abrigo da autorização prevista do n.º 3 do Artigo 7º dos Estatutos dos hospitais e.p.e., aprovado pelo Decreto-lei n.º 233/2005, de 29 de Dezembro, na actual redacção, aplicável ex vi o disposto no n.º 3 do art.º 1º do Decreto-lei n.º 30/2011, de 2 de março, o Conselho de Administração, em reunião de 21/05/2014, deliberou delegar nos seus membros, com a faculdade de subdelegar, as seguintes competências:

1. Na área da gestão dos recursos humanos, independentemente do vínculo jurídico:
 - a. Na Diretora Clínica, as competências referentes ao pessoal integrado nas carreiras médicas, técnica superior de saúde e técnica de diagnóstico e terapêutica;
 - b. Na Enfermeira Diretora, as competências referentes ao pessoal integrado nas carreiras de enfermagem e assistente operacional;
 - c. No Vogal Executivo, Dr. Rúben Tavares, as competências referentes ao pessoal integrado nas restantes carreiras.
2. As competências acima delegadas compreendem a prática dos seguintes atos:
 - a. Informar os horários de trabalho, nos termos da legislação aplicável e das normas aplicáveis aos trabalhadores das carreiras das instituições integradas no SNS, de modo a harmonizá-los com o Regulamento de Horários de Trabalho do CHTV, EPE;
 - b. Justificar ou injustificar as faltas dadas pelos trabalhadores e exigir os adequados meios de prova;
 - c. Autorizar a inscrição e participação em estágios, congressos, reuniões, seminários, colóquios, cursos de formação ou outras iniciativas semelhantes, em comissão gratuita de serviço, com observância dos dispositivos legais;



BOLETIM DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO
do
CENTRO HOSPITALAR TONDELA-VISEU, E.P.E.

- d. Autorizar as deslocações em serviço em território nacional, qualquer que seja o meio de transporte, bem como o processamento dos correspondentes abonos ou despesas;
 - e. Autorizar o gozo, interrupção e acumulação de férias, bem como aprovar o respetivo plano anual e suas alterações, ou quaisquer outras dispensas legais, a todos os trabalhadores, independente do seu vínculo jurídico-laboral, atendendo às normas legais em vigor, após parecer do respetivo superior hierárquico;
 - f. Autorizar licenças ao abrigo do regime da parentalidade independentemente do vínculo jurídico-laboral do trabalhador;
 - g. Autorizar os pedidos de concessão de horários de amamentação, aleitação e acompanhamento dos filhos, após parecer do respetivo superior hierárquico;
 - h. Autorizar o abono do vencimento de exercício perdido por motivo de faltas por doença dos trabalhadores com vínculo público;
3. No Presidente do Conselho de Administração e nos Vogais Executivos:
- a. A competência para autorizar despesa até ao limite de € 100.000,00 (cem mil euros);
 - b. A competência para autorizar pagamentos independentemente do seu valor.
4. Na Diretora Clínica e na Enfermeira Diretora, a competência para autorizar despesa até ao limite de € 5 000,00 (cinco mil euros).
5. A presente delegação de competência produz efeitos a 24 de janeiro de 2014, ficando por este meio ratificados todos os atos praticados no seu âmbito desde essa data.

Per O Conselho de Administração


Dr. António J. Soares
Vogal Executivo

Anexo 6

Área de Transferência | Tipo de Letra | Alinhamento | Número | Estilos | Células | Edição

B3 | Registo mínimo ao abrigo do n.º 14 do Despacho n.º 18419/2010, de 02/12, publicado no DR, 2.ª série, de 13/12, na sua redação atual

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O
1	Regime especial de participação para os medicamentos, destinados ao tratamento de doentes com artrite reumatóide, espondilite anquilosante, artrite psoriática, artrite idiopática juvenil poliarticular e psoríase em placas.														
2															
3	Registo mínimo ao abrigo do n.º 14 do Despacho n.º 18419/2010, de 02/12, publicado no DR, 2.ª série, de 13/12, na sua redação atual														
4															
5	Data de Dispensa (dd-mm-aaaa)	N.º de processo do Utente	Iniciais (primeiro, segundo e último nome do doente)	Género	Data de nascimento (dd-mm-aaaa)	Diagnóstico ¹	Data de Diagnóstico (dd-mm-aaaa)	Data de início de terapêutica atual (dd-mm-aaaa)	Terapêutica prescrita	Quantidade dispensada ²	Local de prescrição ³	Ocorrência de reacção adversa notificável ao SNF ⁴	Data de notificação (dd-mm-aaaa)	Data do fim da terapêutica (dd-mm-aaaa)	
6															
7															
8															
9															
10															
11															
12															
13															
14															
15															
16															
17															
18															
19															
20															
21															

Folha 1 | Pronto | 100%

Anexo 7

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

N.º _____ **Anexo X**

Serviços Farmacêuticos do _____

SERVIÇO SALA _____ Código _____

Medicamento (DC)	Forma farmacêutica	Dosagem	Código

Nome do doente	Cama/ processo	Quantidade pedida ou prescrita	Enfermeiro que administra o medicamento		Quantidade fornecida	Observações
			Rubrica	Data		
<i>Total</i>					<i>Total</i>	

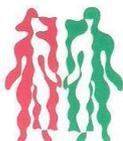
Assinatura legível do director do serviço ou legal substituto	Assinatura legível do director dos serviços farmacêuticos ou legal substituto	Entregue por (ass. legível)
_____	_____	_____
Data ____/____/____ N.º Mec. _____	Data ____/____/____ N.º Mec. _____	Data ____/____/____ N.º Mec. _____
		Recebido por (ass. legível)

		Data ____/____/____ N.º Mec. _____

Anexo 8

Número de série 1504826

VIA SERVIÇO



MINISTÉRIO
DA SAÚDE

MEDICAMENTOS HEMODERIVADOS REQUISIÇÃO/DISTRIBUIÇÃO/ADMINISTRAÇÃO

(Arquivar no processo clínico do doente)

HOSPITAL _____

SERVIÇO _____

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

REQUISIÇÃO/JUSTIFICAÇÃO CLÍNICA (a preencher pelo médico)

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

REGISTO DE DISTRIBUIÇÃO N.º _____ / _____ (a preencher pelos Serviços Farmacêuticos)

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

Enviado ____/____/____ Farmacêutico _____ N.º Mec. _____

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

Recebido ____/____/____ Serviço requisitante (Assinatura) _____ N.º Mec. _____

REGISTO DE ADMINISTRAÇÃO (a preencher pelo enfermeiro responsável pela administração)**

Data	Hemoderivado/dose	Quantidade	Lote/Lab. origem	Assinatura/N.º Mec.

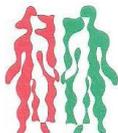
(**) É responsável pela verificação da conformidade do que regista, com o conteúdo do rótulo do medicamento.

Os produtos não administrados no prazo de 24 horas e atendendo às condições de conservação do rótulo serão obrigatoriamente devolvidos aos Serviços Farmacêuticos. No quadro D será lavrada a devolução, datada e assinada (n.º mecanográfico).

Despacho n.º 1051/2000 (2.ª série), dos Ministérios da Defesa Nacional e da Saúde, publicado no Diário da República, 2.ª série, n.º 251, de 30 de Outubro de 2000.

Número de série 1504826

VIA FARMÁCIA



MINISTÉRIO
DA SAÚDE

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

HOSPITAL _____
SERVIÇO _____

Médico _____ <i>(Nome legível)</i>	Identificação do doente <i>(nome, n.º de identificação civil, n.º do processo, n.º de utente do SNS)</i>	QUADRO A
N.º Mec. ou Vinheta _____		
Assinatura _____		
Data ____/____/____		

Apor etiqueta autocolante, citógrafo ou outro. Enviar tantos autocolantes, com identificação do doente, quantas as unidades requisitadas.

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

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

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

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

Enviado ____/____/____ Farmacêutico _____ N.º Mec. _____

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

Recebido ____/____/____ Serviço requisitante *(Assinatura)* _____ N.º Mec. _____

I. Instruções relativas à documentação:

A requisição, constituída por **2 vias (VIA FARMÁCIA e VIA SERVIÇO)**, é enviada aos Serviços Farmacêuticos após preenchimento dos Quadros A e B pelo serviço requisitante. O Quadro C é preenchido pelos Serviços Farmacêuticos.

VIA SERVIÇO – A preencher pelo serviço requisitante e arquivar no processo clínico do doente.

VIA FARMÁCIA – Permanece em arquivo nos Serviços Farmacêuticos. Excepcionalmente, a distribuição e registo do plasma fresco congelado inativado, bem como o arquivo da via farmácia, poderá ser feito pelos Serviços de Imuno-Hemoterapia.

II. Instruções relativas ao produto medicamentoso:

- Cada unidade medicamentosa fornecida será etiquetada pelos Serviços Farmacêuticos com as respectivas condições de conservação e identificação do doente e do serviço requisitante;
- Os produtos não administrados no prazo de 24 horas e atendendo às condições de conservação do rótulo serão obrigatoriamente devolvidos aos Serviços Farmacêuticos. No Quadro D será lavrada a devolução, datada e assinada (n.º mecanográfico).

Anexo 9



Bombas Infusoras Portáteis (BIP)

A BIP é feita de material bastante resistente para proteger o balão que contem a quimioterapia.



Hospital de Dia
Serviços Farmacêuticos
2015

- Confere mobilidade ao doente durante o tratamento;
- Não necessita de ajuste da taxa de fluxo.

Andreia Raquel Lopes de Carvalho
Joana Isabel Teixeira Salgueiro

FUNCIONAMENTO

A BIP dispensa o conteúdo lentamente, à medida que o fármaco atravessa o tubo para a corrente sanguínea o balão esvazia.

O QUE OBSERVAR?

- Nas primeiras horas não se observam mudanças significativas no tamanho do balão;
- Com o decorrer do tempo o balão deverá diminuir de volume.
- O volume do balão deve ser verificado pelo menos 2 vezes por dia;
- No fim do tratamento deve restar uma quantidade de conteúdo inferior a uma colher de sopa.

CUIDADOS A TER

- Manter a BIP afastada da luz solar e de temperaturas demasiado elevadas e baixas;
- Transportá-la numa bolsa em redor da cintura;
- Limpá-la com um pano humedecido em água;
- Evitar fazer exercício físico vigoroso.

Durante o sono

Manter a BIP ao mesmo nível do tubo que contacta com a pele.

Não colocar em posições muito altas ou baixas.

EM CASO DE VAZAMENTO OU RUTURA

- Fechar imediatamente o **clampa** no cateter endovenoso;



Aberto



Fechado

- Colocar a BIP dentro de um saco fechado para deter qualquer fuga de líquido;
- Se a quimioterapia entrar em contacto com a pele, lavar abundantemente o local com água morna e sabão.

Contacte o Hospital de Dia se:
- o seu balão esvaziar mais do que 5h antes do previsto ou se não diminuir de volume após 8h;
- observar sangue no seu tubo endovenoso.

FOLFIRI é o nome de um tratamento de quimioterapia combinada usada para tratar a neoplasia maligna do intestino.

FOL= Ácido **Folínico**,
F= 5-fluorouracilo
IRI= Irinotecano

I

O sangue será analisado antes de cada ciclo de quimioterapia, para verificar a resposta do organismo ao tratamento.

Intervalo entre ciclos: 14 dias



Hospital de Dia
Serviços Farmacêuticos
2015

Andreia Raquel Lopes de Carvalho
Joana Isabel Teixeira Salgueiro

EFEITOS SECUNDÁRIOS

Diarreia

Pode surgir desde um a vários dias após o tratamento.

Ingerir muitos líquidos e fazer pequenas e frequentes refeições.

Dor/sensibilidade onde é colocada a agulha

Aplicar compressas impregnadas em água fria durante 15 min., várias vezes ao dia.

Fadiga

Evitar conduzir ou trabalhar com máquinas.

Náuseas e vômitos

Podem durar desde o início do tratamento até 48h.

Ingerir muitos líquidos e fazer pequenas e frequentes refeições.

Medicação a administrar:
dexametasona ou ondansetrón.

Queda de Cabelo

Pode surgir desde dias ou semanas após o tratamento.

Queda de cabelo

- Usar um champô suave e uma escova macia;
- Proteger o couro cabeludo com um chapéu, um lenço ou uma peruca;
- No caso de perda total do cabelo, aplicar protetor solar;
- Aplicar óleo mineral para reduzir o prurido.



QUANDO RECORRER AO MÉDICO?

- Sinais de reação alérgica: tonturas, batimento cardíaco rápido, inchaço na cara ou problemas respiratórios;
- Reação cutânea indolor na mão e/ou pé: vermelhidão, descamação, formigamento, dormência, inchaço ou formação de bolhas;
- Sangue nas fezes e/ou na urina;
- Sensação de queimadura debaixo da pele;
- Problemas cardíacos ou pulmonares;
- Dor abdominal súbita;
- Convulsões ou perda de consciência.

Certifique-se que o seu médico anota todos os sintomas que tem e quando eles ocorrem.

FOLFOX é o nome de um tratamento de quimioterapia combinada usada para tratar a neoplasia maligna do intestino.

FOL = Ácido Folinico
F = 5-fluorouracilo
OX = Oxaliplatina

O sangue será analisado antes de cada ciclo de quimioterapia, para verificar a resposta do organismo ao tratamento.

Intervalo entre ciclos: 14 dias



Hospital de Dia
Serviços Farmacêuticos
2015

Andreia Raquel Lopes de Carvalho
Joana Isabel Teixeira Salgueiro

EFEITOS SECUNDÁRIOS

Diarreia

Pode surgir desde um a vários dias após o tratamento.

Ingerir muitos líquidos e fazer pequenas e frequentes refeições.

Dor/sensibilidade onde é colocada a agulha

Aplicar compressas mergulhas na água fria durante 15 min., várias vezes ao dia.

Dormência nas mãos/pés

Evitar a exposição ao frio.

Dificuldade em engolir/respirar

Sensação temporária.

Evitar bebidas frias.

Fadiga

Evitar conduzir ou trabalhar com máquinas.

Náuseas e vômitos

Podem durar desde o início do tratamento até 48h.

Ingerir muitos líquidos e fazer pequenas e frequentes refeições.

Medicação a administrar:

dexametasona ou ondansetron.

Feridas na Boca

Feridas na Boca

- Evitar alimentos picantes, ácidos ou muito quentes;
- Usar uma escova de dentes macia;
- Fazer bochechos com o colutório recomendado;
- Contactar o médico em caso de dor de garganta e/ou temperatura superior a 38°C.



QUANDO RECORRER AO MÉDICO?

- Sinais de reação alérgica: tonturas, batimento cardíaco rápido, inchaço na cara ou problemas respiratórios;
- Reação cutânea indolor na mão e/ou pé: vermelhidão, descamação, formiguento, dormência, inchaço ou formação de bolhas;
- Sangue nas fezes e/ou na urina;
- Sensação de queimadura debaixo da pele;
- Problemas cardíacos ou pulmonares;
- Dor abdominal súbita;
- Convulsões ou perda de consciência.

Certifique-se que o seu médico anota todos os sintomas que tem e quando eles ocorrem.

Cuidados acrescidos na higiene e na alimentação podem minimizar o risco de infeção.

- Neutropenia
- O que não comer
- Como preparar os alimentos

Neutropenia

Cuidados na Alimentação



Hospital de Dia

Serviços Farmacêuticos

2015

Andreia Raquel Lopes de Carvalho

Joana Isabel Teixeira Salgueiro

NEUTROPENIA

A neutropenia é a diminuição do número de neutrófilos no sangue, devido:

- > Radioterapia;
- > Quimioterapia;
- > Doença propriamente dita.

Os neutrófilos fazem parte do sistema imunitário e a sua redução torna os doentes mais suscetíveis a infeções.



COMO PREPARAR OS ALIMENTOS

- > Lavar as mãos e os utensílios antes e depois de manusear os alimentos;
- > Lavar a loiça com água quente e detergente e deixá-la secar ao ar;
- > Lavar o frigorífico regularmente;
- > Após a abertura da embalagem de um alimento consumi-lo rapidamente;
- > Descongelar os alimentos no frigorífico;
- > Não congelar um alimento que já foi descongelado;
- > Os vegetais e a fruta devem ser lavados da seguinte forma:
 - Passar por água corrente;
 - Deixar 20 minutos em água com lixívia (1 porção de lixívia para 10 porções de água);
 - Voltar a passar por água corrente.

O QUE NÃO COMER

- > Todos os vegetais e frutos não cozinhados;
- > Carne, peixe ou ovos cozinhados de forma incompleta;
- > Frutos secos não cozinhados;
- > Todos os laticínios não pasteurizados;
- > Iogurtes e derivados com microrganismos vivos (iogurtes bioativos);
- > Bolos com creme;
- > Água não engarrafada.

Deverá sempre esclarecer as suas dúvidas com a equipa de saúde que o/a segue regularmente.

Anexo 10

Manipulado	Componentes	Função
Nistatina Composta	<ul style="list-style-type: none">• Suspensão oral de nistatina.• Gel de lidocaína a 2%• Solução aquosa de bicarbonato de sódio a 1,4%.	Tratamento de mucosites orais em doentes imunodeprimidos (ex. doentes oncológicos sujeitos a quimio ou radioterapia).
Metoxaleno	<ul style="list-style-type: none">• Metoxaleno capsulas.• Creme Gordo (Lipoleum).	Tratamento de manifestações cutâneas, em associação com fototerapia.
Suspensão Oral de Espiranolactona	<ul style="list-style-type: none">• Comprimidos de Espiranolactona a 25mg.• Solução Aquosa de Ácido cítrico a 25% (m/V).• Veiculo para a preparação de Suspensão e soluções Oraís.	Tratamento do edema em doentes com insuficiência cardíaca congestiva, cirrose hepática com edema e/ou ascite e síndrome nefrótico.
Solução Oral de Captopril	<ul style="list-style-type: none">• Comprimidos de captopril a 25 mg.• Gel de metilcelulose a 1%.	Hipertensão moderada a grave; insuficiência cardíaca congestiva; controlo da nefropatia, incluindo a nefropatia diabética.
Cefuroxima intracamerular	<ul style="list-style-type: none">• Ampola de cefuroxima 750 mg.• Soro fisiológico a 0,9%.	Prevenção de endoftalmite pós-cirúrgica na cirurgia cardíaca.

Anexo II

Anexo I: Lista de medicamentos com nome ortográfico e/ou fonético semelhantes, com aplicação do método de inserção de letras maiúsculas.

A lista de medicamentos com nome ortográfico e/ou fonético semelhantes, constante deste anexo, pretende ser uma base de trabalho para a criação da lista de cada unidade hospitalar. Esta não é exaustiva, devendo cada unidade adaptá-la, acrescentando ou retirando medicamentos de acordo com aqueles que efetivamente utiliza.

A lista foi adaptada à realidade nacional, tendo como base os documentos 'ISMP's List of Confused Drug Names' (ISMP 2010), 'Nuevos pares de nombres de medicamentos que se prestan a confusión por similitude ortográfica y/o fonética' (ISMP España 2010), "Lista de nomes de medicamentos com grafia ou som semelhantes" (ISMP Brasil 2014), "National Standard for the Application of Tall Man Lettering: Project Report (Australian Commission on Safety and Quality in Health Care 2011).

Para elaboração da presente lista apenas se teve em consideração medicamentos com ortografia semelhante ou denominação foneticamente similar, em termos da sua Denominação Comum Internacional (DCI). Não foram, por isso, consideradas os nomes comerciais dos medicamentos nem os medicamentos com aspeto semelhante.

MEDICAMENTOS LASA	
Aciclovir	GAN aciclovir/ VAL aciclovir/ VALGAN aciclovir
ácido fólico	ácido fol Í Nico
a DRENAL ina	a TROP ina
AL fentanilo	fentanilo/ SUF fentanilo
alo PURIN ol	halo PERID ol
ami NOFIL ina	amio DARON a/ am LODIP ina
ami TRIPTIL ina	NOR triptilina
anfotericina B	anfotericina B LIPOSSÓMICA
aza TIOPR ina	aza CITID ina
BETA metasona	DEXA metasona
BU pivacaína	LEVO bupivacaína/ RO pivacaína/ ME pivacaína
ca L CITRI ol	ca RVEDI ol
CARBAM azepina	OXCARB azepina
ciclo SPORINA	ciclo FOSFAMIDA
citalopram	ES citalopram
c LARITROMI cina	CIPRO floxacina
clomi PRAMINA	cloro PROMAZ ina/ Clomi FENO
CLON azepam	Diazepam/ LOR azepam/ OX azepam
clo NID ina	clo ZAP ina
cloro PROMAZINA	cloro DIAZEPÓXIDO
CLOROQU ina	QUIN ina
DOBUT amina	DOP amina
DULO xetina	FLU xetina/ PAR xetina
flu VOXAM ina	flu FENAZ ina*
ge MCITAB ina	ge NTAMIC ina
gli BENCLAM ida	gli PIZ ida/ gli MEPIR ida/ gli CLAZ ida
hidr ALAZ ina	hidr OXI zina

lamiVUDina	lamOTRIGina
levoMEPROMAZina	levoTIROXina
MEDICAMENTOS LASA	
meDROXIPROGEsterona	meTILTESTOsterona
metFORMINA	metRONIDAZOL
metIMazol	metRONIDAZOL
mitoMICina	mitoXANTRona
morfina	HIDROmorfona
niMODipina	niFEdipina/ niZATidina
OLANZapina	QUETiapina
prednisoLona	prednisona
propRANOLol	propOFol
rifamPIcina	rifamicina
Sirolimus	TACrolimus
sulfaDiazina	sulfaSSALazina
SUMATriptano	ZOLMitriptano
vinBLAstina	vinCRistina
MEDICAMENTOS USADOS PREDOMINANTEMENTE NO TRATAMENTO DO CANCRO	
ABCiximab	CETUximab/ INFLiximab/ RITUximab
BEVACizumab	TRASTUzumab
CARBOplatina	CISplatina/ OXALiplatina
CICLOfosfamida	Ifosfamida
DASAtinib	LAPAtinib/ SORAtinib/ SUNitinib
DAUNOrubicina	DOXOrubicina/ EPIrrubicina/ IDArrubicina
DOCEtaxel	PACLItaxel
mitoMICina	mitoXANTRona
vinBLAstina	vinCRistina/ vinORELBina
MEDICAMENTOS ANTIBACTERIANOS	
CEFALOSPORINAS	CefAZOLINA
	CefOXITINA
	CefTAZIDIMA
	CefTRIAXONA
	CefOTAXIMA
	CefEPIMA
	CefALEXINA
QUINOLONAS	CIPROfloxacina
	LEVOfloxacina
	MOXifloxacina
	NORfloxacina
	Ofloxacina

Anexo II: Regras de aplicação do método de inserção de letras maiúsculas.

O método de inserção de letras maiúsculas no meio das denominações de medicamentos ortograficamente semelhantes (*Tall Man Lettering*), modifica a perceção visual das mesmas, promovendo a sua diferenciação ao destacar algumas letras.

Para realizar esta diferenciação, deve observar-se se a semelhança na denominação ortográfica ocorre entre dois medicamentos ou entre mais de dois medicamentos e aplicar-se o método seguinte:

1. Para a diferenciação de dois medicamentos com denominações ortograficamente semelhantes

1.1. Começando na primeira letra das denominações dos medicamentos, compara-se cada letra em comum da esquerda para a direita até que pelo menos duas letras sejam diferentes. A partir desse ponto, inclusive, todas as letras seguintes deverão ser colocadas em maiúsculas.

hidralazina	Altera-se para:	hidrALAZINA
hidroxizina		hidrOXIZINA

1.2. Em seguida, começando na última letra das denominações dos medicamentos, compara-se cada letra maiúscula em comum da direita para a esquerda até que pelo menos duas letras sejam diferentes. Até esse ponto, as letras em comum retornam a minúsculas.

hydrALAZINA	Altera-se para:	hydrALAzina
hidrOXIZINA		hidrOXizina

2. Para a diferenciação de mais do que dois medicamentos com denominações ortograficamente semelhantes

2.1. Começando na primeira letra das denominações dos medicamentos, compara-se cada letra em comum da esquerda para a direita até que pelo menos duas letras sejam diferentes. A partir desse ponto, inclusive, todas as letras seguintes deverão ser colocadas em maiúsculas.

daunorrubicina	Altera-se para:	DAUNORRUBICINA
doxorrubicina		DOXORRUBICINA
epirrubicina		EPIRRUBICINA
idarrubicina		IDARRUBICINA

2.2. Em seguida, começando na última letra das denominações dos medicamentos, compara-se cada letra maiúscula em comum da direita para a esquerda até que pelo menos duas letras sejam diferentes. Até esse ponto, as letras em comum retornam a minúsculas.

DAUNORRUBICINA	Altera-se para:	DAUNOrrubicina
DOXORRUBICINA		DOXOrrubicina
EPIRRUBICINA		EPirrubicina
IDARRUBICINA		IDArrubicina

Anexo I2

Tempo da Marcha

T25FW

(Timed 25-Foot Walk)

Marcha cronometrada de 25 pés

Nome: _____	Processo: _____
_____	Data de Nascimento: _____
Morada: _____	Sexo: <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino
_____	Telefone: _____
Código postal: _____	Data: _____

MARCHA CRONOMETRADA DE 25 PÉS - 7,62M

O doente usou uma órtese de tornozelo-pé?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Foi usado algum dispositivo auxiliar?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Dispositivo auxiliar usado: (selecione uma)	Auxiliar Unilateral	<input type="checkbox"/> Bengala <input type="checkbox"/> Muleta
	Auxiliar Bilateral	<input type="checkbox"/> Bengala <input type="checkbox"/> Muleta <input type="checkbox"/> Andarilho

TESTE 1 (AVALIAÇÃO BASAL)

Tempo da Marcha Cronometrada de 25 pés (7,62 m) _____ segundos

Para uma avaliação completa, indique todas as circunstâncias que influenciaram o desempenho do doente:

Se o teste não for concluído:
(selecione uma)

Incapaz de concluir o teste devido a limitações físicas

Outro

Especifique: _____

TESTE 2 (AVALIAÇÃO DE RESPOSTA)

Tempo da marcha cronometrada de 25 pés (7,62 m) _____ segundos

Para uma avaliação completa, indique todas as circunstâncias que influenciaram o desempenho do doente:

Se o teste não for concluído:
(selecione uma)

Incapaz de concluir o teste devido a limitações físicas

Outro

Especifique: _____

Foram necessárias mais do que duas tentativas para obter dois testes bem sucedidos? Sim Não

Em caso positivo, especifique o(s) motivo(s) da realização de mais do que duas tentativas do teste:

T25FW

(Timed 25-Foot Walk)

Marcha cronometrada de 25 pés

DESCRIÇÃO DO TESTE

O teste de marcha cronometrada de 25 pés é uma medida quantitativa da função das extremidades inferiores. O doente deve ser colocado no INÍCIO de uma linha de 25 pés claramente identificada (7,62m) e receber instruções para caminhar ao longo dessa distância o mais rapidamente possível, mas com segurança. Esta tarefa é repetida imediatamente de seguida, pedindo ao doente que caminhe a mesma distância, mas em sentido contrário. Os doentes podem utilizar dispositivos auxiliares na realização da tarefa.

MATERIAL NECESSÁRIO

- Cronómetro
- Formulário de registo da marcha cronometrada
- Caneta
- Linha de 25 pés claramente identificada (marca de INÍCIO e FIM)
- Dispositivo auxiliar (se necessário)

Poderá ponderar-se igualmente a utilização de uma câmara de vídeo (se autorizado) para registar a marcha cronometrada e partilhar com a equipa multidisciplinar.

ABORDAGEM

Teste 1: Certifique-se de que o cronómetro está definido para 0:00. Para a marcha cronometrada de 25 pés, o doente deve ser colocado numa extremidade de uma linha de 25 pés claramente identificada (claramente definida no chão ou na parede) e receber instruções para permanecer em pé imediatamente antes do início da linha. Aponte para o final do percurso de 25 pés e diga ao doente o seguinte:

«Vou-lhe pedir para caminhar ao longo desta distância o mais rapidamente possível, mas com segurança. Não abrande antes de passar o final da linha. Está pronto? Avance.»

Comece a cronometrar quando o doente levantar o pé da frente e passar o início da linha. Se o espaço assim o permitir, o examinador deve caminhar ao lado do doente enquanto este realiza a tarefa. Pare o cronómetro quando o pé da frente passar o fim da linha. O examinador deve então registar o tempo de marcha do doente na casa dos segundos, arredondando, se necessário. Assegure-se que volta a colocar o cronómetro a 0:00 antes de dar início ao Teste 2.

Teste 2: Uma vez concluída a primeira marcha cronometrada, posicione o doente mesmo atrás da linha onde se situa nesse momento, repita as mesmas instruções e peça ao doente que efetue novamente o percurso de marcha, mas em sentido contrário.

Nota: Este processo terá de ser repetido para avaliar a resposta do doente ao tratamento.

DISPOSITIVOS AUXILIARES

O objetivo é que seja utilizado o mesmo dispositivo auxiliar em cada consulta do estudo. Em geral, na realização do teste, os doentes deverão utilizar o(s) dispositivo(s) habitual(is), e NÃO o mínimo de auxílio possível. Se um doente utilizar um dispositivo auxiliar, este facto deve ser registado no Formulário de Registo.

AMBIENTE DE TESTE

Todos os esforços devem ser efetuados no sentido de utilizar a mesma sala de teste e a mesma área atribuída para o teste T25FW em cada consulta. É também desejável realizar a avaliação basal e de acompanhamento sensivelmente à mesma hora do dia. É essencial que seja minimizado o potencial de distrações externas. Todos os materiais necessários devem ser reunidos antes de o doente chegar. Se o espaço atribuído ao teste T25FW for um corredor de acesso público, poderá ser impossível garantir uma total privacidade. Contudo, deve tentar-se sempre eliminar todos os obstáculos do percurso do doente (humanos ou materiais).

REGISTO DAS RESPOSTAS

Utilize uma letra legível. Deve ser registado qualquer desvio das instruções standard causado por erro do examinador ou por interferências externas, na secção adequada de cada formulário de registo. Em geral, devem ser registadas quaisquer circunstâncias que possam ter afetado o desempenho do doente. Registe os resultados no bloco sem que o doente consiga ver o que está a escrever.

Qualidade da Marcha

MSWS-12

(12 - Item MS Walking Scale)

Escala de 12 itens para avaliação
da Marcha na Esclerose Múltipla

Nome: _____	Processo: _____
_____	Data de Nascimento: _____
Morada: _____	Sexo: <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino
_____	Telefone: _____
Código postal: _____	Data: _____

- Estas perguntas referem-se às suas **limitações para caminhar** devido à esclerose múltipla (EM), **durante as duas últimas semanas**.
- Para cada afirmação, assinale com um **círculo** o número que melhor descreve o seu grau de limitação.
- Responda a **todas** as perguntas, mesmo que algumas lhe pareçam bastante semelhantes a outras, ou lhe pareçam irrelevantes.
- **Se não conseguir caminhar de todo**, assinale este quadrado.

Nas duas últimas semanas, em que medida é que a sua EM...	Nada	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1. Limitou a sua capacidade para caminhar?	1	2	3	4	5
2. Limitou a sua capacidade para correr?	1	2	3	4	5
3. Limitou a sua capacidade para subir e descer escadas?	1	2	3	4	5
4. Tornou mais difícil estar em pé enquanto faz coisas?	1	2	3	4	5
5. Limitou o seu equilíbrio ao permanecer em pé ou ao caminhar?	1	2	3	4	5
6. Limitou a distância que consegue caminhar?	1	2	3	4	5
7. Aumentou o esforço necessário para caminhar?	1	2	3	4	5
8. Fez com que tivesse necessidade de usar um apoio para caminhar dentro de casa (por exemplo, segurar-se aos móveis, usar uma bengala, etc.)?	1	2	3	4	5
9. Fez com que tivesse necessidade de usar um apoio ao caminhar fora de casa (por exemplo, usar uma bengala, um andarilho, etc.)?	1	2	3	4	5
10. Fez com que caminhasse mais devagar?	1	2	3	4	5
11. Afetou a sua facilidade em caminhar?	1	2	3	4	5
12. Fez com que tenha que se concentrar em caminhar?	1	2	3	4	5

Verifique se colocou um círculo à volta de apenas UM número para CADA pergunta

© 2000 Neurological Outcome Measures Unit

Pontuação Total _____ em 60

Percentagem _____



MSWS-12

(12 - Item MS Walking Scale)

Escala de 12 itens para avaliação
da Marcha na Esclerose Múltipla

DESCRIÇÃO DO TESTE

O MSWS-12 é um questionário utilizado para medir a percepção de um doente acerca da sua capacidade de marcha na EM. O MSWS-12 apresenta uma forte correlação com a função física das pessoas com EM.

O profissional de saúde fornece ao doente o Formulário de Registo MSWS-12, no qual se pergunta ao doente acerca das limitações na marcha que sentiu ao longo de um período de duas semanas, por exemplo: "Nas últimas duas semanas, em que medida a sua EM limitou a sua capacidade para subir e descer escadas?" Os doentes atribuem pontuações às suas respostas, assinalando com um círculo um número numa escala de 1 a 5 para cada pergunta:

1 = Nada, 2 = Um pouco, 3 = Moderadamente, 4 = Bastante, 5 = Extremamente

Uma vez preenchido o questionário, os 12 números são somados e resultam numa pontuação de até 60. Quanto mais elevada a pontuação, maior o impacto da EM na capacidade de marcha.

TEMPO DE EXECUÇÃO

Os doentes devem preencher o questionário em casa, demorando o tempo de que necessitarem. Devem devolvê-lo ao profissional de saúde no início da consulta seguinte.

EXECUÇÃO DO TESTE

Entregue um Formulário de Registo MSWS-12 ao doente e peça-lhe que o devolva passadas duas semanas ou no início da consulta seguinte.

PONTUAÇÃO

Os doentes classificam as suas respostas colocando um círculo num número de uma escala de 1 a 5, para cada pergunta:

1 = Nada
2 = Um pouco
3 = Moderadamente
4 = Bastante
5 = Extremamente

Uma vez preenchido o questionário, soma-se os 12 números assinalados de modo a calcular a pontuação final (mínimo de 12 e máximo de 60). A pontuação obtida deve ser calculada como percentagem.

Quanto maior a pontuação/percentagem, maior o impacto da EM na capacidade de marcha.