U.PORTO

FACULDADE DE FARMÁCIA
UNIVERSIDADE DO PORTO

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

REALIZADO NO ÂMBITO DO MESTRADO INTEGRADO
EM CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS

Farmácia do Bessa

Catarina Sofia Silva Cardoso

M

2016-17

Faculdade de Farmácia da Universidade do Porto

Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas

Relatório de Estágio Profissionalizante

Farmácia do Bessa

Janeiro de 2017 a Julho de 2017

Catarina Sofia Silva Cardoso

Orientador : Dra. Inês Teixeira

____assinatura e carimbo_____

Tutor FFUP: Prof. Doutora Beatriz Quinaz

_____assinatura_____

Mês de entrega e ano (ex: Maio de 2017)

Declaração de Integridade

Eu, Catarina Sofia Silva Cardoso, abaixo assinado, nº201100001, aluno do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas da Faculdade de Farmácia da Universidade do Porto, declaro ter atuado com absoluta integridade na elaboração deste documento.

Nesse sentido, confirmo que NÃO incorri em plágio (ato pelo qual um indivíduo, mesmo por omissão, assume a autoria de um determinado trabalho intelectual ou partes dele). Mais declaro que todas as frases que retirei de trabalhos anteriores pertencentes a outros autores foram referenciadas ou redigidas com novas palavras, tendo neste caso colocado a citação da fonte bibliográfica.

Faculdade de Farmácia da Universidade do Porto, ____ de _____ de _____

Assinatura: _____

Agradecimentos

Gostaria de, em primeiro lugar, agradecer a todos os professores da Faculdade de Farmácia da Universidade do Porto, bem como à Comissão de Estágios, por todos os dias prezarem por um ensino de excelência, tentando elevar em todos os momentos o bom nome da nossa mui nobre Faculdade

Para a realização deste relatório tenho de agradecer de forma especial à Professora Doutora Beatriz Quinaz pelo incansável apoio e acompanhamento ao longo dos 6 meses de estágio e pela disponibilidade demonstrada sempre que surgiam dúvidas,

À Drª. Alexandra Vieira, a diretora técnica da Farmácia do Bessa, pela oportunidade da realização do estágio, pela atenção demonstrada em todos os momentos e pela sua amizade.

À Drª. Joana Sousa e à Drª. Claúdia Pinto e à Patrícia Gomes, pelos ensinamentos práticos, companheirismo, pela boa disposição sempre demonstrada e amizade.

À Drª. Inês Teixeira, por toda a orientação ao longo dos 6 meses de estágio, por todo o conhecimento técnico e científico transmitido, pela amizade e confiança que em mim foi depositada. Por todos os dias prezar por um serviço de excelência e colocar sempre o utente e o seu bem-estar em primeiro lugar, um muito obrigada.

Por fim, à minha colega Margarida Guimarães Cunha, estudante de Ciências Farmacêuticas da Universidade de Coimbra, por todo o apoio e companheirismo ao longo destes 6 meses.

Gostaria ainda de agradecer a todos os que me acompanharam ao longo destes anos de curso, sem nunca esquecer o apoio incondicional da minha família e dos meus amigos mais queridos.

Resumo

O estágio curricular, que tem a duração de 6 meses, surge no final do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas. O presente relatório serve então para transmitir todo o conhecimento que adquiri durante os 6 meses de estágio em farmácia comunitária, tanto a nível prático como a nível científico.

O estágio tem, sem dúvida, um forte componente prática e ao longo deste foram vários e novos os desafios que me foram apresentados, quer a nível de gestão, numa parte mais organizacional e a nível de conhecimentos, na área do aconselhamento ao doente, quer a nível da dispensa do medicamento quer nos cuidados de saúde prestados na farmácia. Assim sendo, o principal desafio é então o contacto com o utente, sendo que este tem-se tornado cada vez mais e melhor informado, cada vez mais exigente com a sua saúde e por isso com todos nós, enquanto profissionais de saúde.

Para além desta parte prática, a elaboração de casos de estudo complementou a minha formação, sendo que essa pesquisa foi direcionada para duas vertentes, uma na elaboração de uma formação interna acerca da infertilidade e do seu tratamento, com o intuito de dar ainda mais informações às profissionais de saúde que contactavam, diariamente, com utentes que sofriam desta patologia e ainda uma pesquisa sobre a afeção dermatológica dermatite seborreica, tema que foi bastante abordado em todas as formações que frequentei e também uma questão muito abordada pelos utentes ao balcão da farmácia.

Tive ainda a oportunidade de vivenciar o papel do farmacêutico como promotor da saúde e do bem-estar junto de adolescentes e adultos através da minha colaboração na palestra “Saúde Oral” realizada na Escola Secundária Fontes Pereira de Melo e da minha participação em um rastreio cardiovascular no mesmo estabelecimento.

ÍNDICE

Parte I 1

1- Farmácia do Bessa 1
1.1- Localização e Estrutura externa 1
1.2- Horário de Funcionamento 1
1.3- Estrutura Interna 1
1.4- Recursos Humanos 3
1.5- Os Utentes 3

2- Gestão da Farmácia 3
2.1- Sistema Informático 4
2.2- Gestão de *Stocks* 4
2.3- Encomendas 4
2.3.1- Realização de encomendas 4
2.3.2- Receção e Conferência de encomendas 5
2.3.3- Armazenamento 6
2.3.4- Reservas de produtos 6
2.3.5- Devoluções 7
2.4- Controlo de Validades 7

3- Dispensa de Medicamentos 7
3.1- A receita médica 8
3.2- Medicamentos sujeitos a receita médica 10
3.3- Medicamentos genéricos 11
3.5- Medicamentos não sujeitos a receita médica 13
3.6- Legislação especial 14
3.6.1- Programa Nacional de prevenção e control da Diabetes Mellitus 14
3.6.2- Estupefacientes e Psicotrópicos 14
3.7- Outros produtos 15
3.7.1- Medicamentos e Produtos de Uso Veterinário 15
3.7.2- Produtos Dermocosméticos e de Higiene Corporal 15
3.7.3- Suplementos alimentares 16
3.7.4- Dispositivos médicos 16
3.8- Conferência de receituário e Faturação 17

3.8.1- Sistema de preços de referência 18
3.8.2- Comparticipação 18
4- O papel do Farmacêutico 19
4.1- Relacionamento Interpessoal e Aconselhamento Farmacêutico 19
4.2- Auto-medicação 20
4.3- Farmacovigilância 20
5- Cuidados e Serviços farmacêuticos 20
5.1- Pressão arterial 20
5.2- Glicémia 22
5.3- Colesterol Total e Triglicerídeos 22
5.4- Consultas de nutrição 23
6- ValorMed® 23
7- Formação contínua 24
Parte II 25
Caso Prático I- A Infertlidade 25
1- Contextualização 26
2- Classificação 27
3- Prevalência em Portugal e no Mundo 27
4- Fisiopatologia 27
5- Fatores causais da infertlidade no homem e na mulher 28
6- Estudo do casal 29
7- Tratamento 30
7.1- Agentes indutores da ovulação 30
7.1.1- Anti-estrogénios 30
7.1.2- Gonadotrofinas 31
7.2- Antagonistas da hormona libertadora de gonadotrofinas 32
7.3- Progesterona 33
7.4- Hormona libertadora de gonadotrofinas 33
8- Técnicas mais comuns de Procriação Medicamente Assistida (PMA) 33
8.1- Inseminação Intra-Uterina (IIU) 34
8.2 – Fertilização In Vitro (FIV) 34
8.3 – Injeção Intraplasmática de Espermatozóides-Microinjeção (ICSI) 34

8.4 – Transferência Intrafalopiana de Zigotos 35
8.5 – Tranferência Intratubárica de Gâmetas 35
9 – Conclusão 35
Caso Prático II- A Dermatite Seborreica 35
1- Contextualização 36
2- Etiologia 36
3- Manifestação clínica 37
4- Diagnóstico 37
5- Tratamento 38
5.1- Agentes queratolíticos 38
5.2- Agentes antifúngicos 39
5.3- Agentes anti-inflamatórios 39
6- Conclusão 39
Referências bibliográficas 41
Anexos 47

ÍNDICE DE ABREVIATURAS

FB – Farmácia do Bessa

ANF – Associação Nacional de Farmácias

DT – Diretor Técnico

INFARMED – Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde

IVA – Imposto sobre o Valor Acrescentado

PV – Prazo de Validade

PVF – Preço de Venda na Farmácia

PVP – Preço de Venda ao Público

PIC – Preço Impresso na Cartonagem

MSRM – Medicamentos Sujeitos a Receita Médica

MNSRM – Medicamentos não Sujeitos a Receita Médica

MM – Medicamentos Manipulados

MP – Matérias-Primas

MG – Medicamento Genérico

GH – Grupo Homogéneo

DCI – Denominação Comum Internacional

HTA – Hipertensão Arterial

PA – Pressão Arterial

OMS – Organização Mundial de Saúde

SNS – Sistema Nacional de Saúde

FSH – Hormona Folículo-Estimulante

GnRH – Hormona Libertadora de Gonadotrofinas

hCG – Gonadotrofina Coriónica humana

LH – Hormona Luteinizante

SOP – Sindrome do Ovário Poliquístico

IM – Intramuscular

SC – Subcutânea

PMA – Procriação Medicamente Assistida

CDC – Center for Disease Control and Prevention

FIV – Fertilização *in vitro*

IIU – Inseminação Intra-Uterina

ICSI – Injeção Intracitoplasmática de Espermatozóides

DS – Dermatite Seborreica

PARTE I

1- FARMÁCIA DO BESSA

1.1- LOCALIZAÇÃO E ESTRUTURA EXTERNA

A Farmácia do Bessa (FB), onde realizei o meu estágio curricular, encontra-se localizada na Rua O Primeiro de Janeiro, número 424, sendo perpendicular à Avenida do Bessa. À sua volta é possível encontrar várias clínicas (entre elas o Centro de Genética da Reprodução Professor Alberto Barros e a Clínica do Bessa), a Escola Secundária 2º e 3º Ciclo do Ensino Básico Clara de Resende e a Escola Secundária Fontes Pereira de Melo, o Boavista Futebol Clube e o Estádio do Bessa, estações de metro, paragens de autocarro, hotéis, e inúmeros prédios de habitação.

A FB encontra-se bem sinalizada, com uma "cruz verde" e um painel verde com a inscrição "Farmácia do Bessa". De maneira a garantir o acesso a todos os utentes não existem degraus, mas sim uma rampa, para facilitar a entrada a idosos e a deficientes motores.

Dispõe ainda de duas montras, que são ocupadas com as campanhas em vigor e correspondente material publicitário e com uma porta de vidro.

1.2- HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO

Ao abrigo da Portaria nº277/2012 de 12 de Setembro, que estabelece que uma farmácia deve trabalhar durante 44 horas semanais, a FB está aberta todos os dias, sendo que durante a semana está aberta ao público das 8h30 até ás 22h e aos fins-de-semana e feriados das 9h até às 22h. A FB encontra-se inserida no regime de rotatividade de serviços, sendo que nesse dia a farmácia encontra-se aberta durante 24h [1].

Nos meses em que estive na FB foi-me proposto trabalhar por turnos, uma semana entrava as 8h30 e saía as 15h30 e na semana a seguir entrava as 13h30 e saía as 20h30 e assim sucessivamente, visto que ao mesmo tempo que eu se encontrava outra estagiária, da Universidade de Coimbra, e assim seria mais fácil a nossa orientação e a nossa aprendizagem.

1.3- ESTRUTURA INTERNA

Aquando da entrada na FB o utente depara-se com uma gôndola central, onde normalmente se encontram produtos com campanhas promocionais, e os lineares de

dermocosmética e de destaques do mês, que ocupam uma grande parte do espaço interior (Anexo I).

Estes produtos estão organizados consoante a marca e a indicação terapêutica, facilitando assim a escolha do utente e, também, o aconselhamento farmacêutico quando necessário.

Os produtos de dermocosmética infantil, como os produtos de banho, rosto e corpo têm um linear específico, bem como as papas, as fraldas, os biberões, as chupetas e acessórios. Inerente a esta zona existe também um espaço dedicado à maternidade (onde se encontra as bombas para a extração do leite, os sacos de conservação, os cuidados para os mamilos e as malas de maternidade), dispositivos médicos (como colares cervicais, pulsos e joelheiras elásticas, material de penso), produtos dietéticos e uma balança acoplada com um medidor de altura.

Na zona destinada ao atendimento existem 3 balcões, onde também é possível encontrar produtos promocionais, produtos que se pretendam escoar e produtos sazonais.

No linear atrás do balcão encontram-se os produtos de venda livre, que estão organizados consoante a indicação terapêutica. Entre os quais, alguns produtos homeopáticos que se destinam ao tratamento de contusões, perturbações ligeiras do sono, nascimento dos primeiros dentes e pequenas irritações na pele; Medicamentos não Sujeitos a Receita Médica (MNSRM) para as perturbações do trato gastro-intestinal (enfartamento, anti-ácidos, protetores gástricos); laxantes; analgésicos e anti-inflamatórios (tópicos e orais); anti-histamínicos e descongestionantes nasais; expetorantes e anti-tússicos; suplementos alimentares e repelentes de insetos.

Ao lado deste linear encontram-se os produtos bucodentários (pastas dentífricas, escovas dos dentes, colutórios, pastilhas para o mau hálito), produtos para a higiene íntima (soluções, sprays e toalhetes), produtos para o tratamento da pediculose (champôs, sprays repelentes, loções, pentes elétricos) e medicamentos de uso veterinário (desparasitantes externos e internos, produtos de limpeza específicos para os animais) (Anexo II).

No lado contrário ao balcão existe o gabinete de apoio ao utente onde se fazem as determinações dos parâmetros bioquímicos, como o colesterol total (CT), triglicerídeos (TG), glicémia e ácido úrico e a medição da pressão arterial (PA). Existem mais dois gabinetes, um destinado às consultas de dietética e outro para a administração de injetáveis (por um farmacêutico com a formação adequada e reconhecida pela Ordem dos Farmacêuticos).

Para além das divisões acima mencionadas, existe também um gabinete destinado à Diretora Técnica, onde é também armazenado o receituário, dois frigoríficos, que se destinam ao armazenamento de medicamentos que necessitam de uma TªC de conservação entre os 2ºC-8ºC, um espaço para a receção de encomendas, onde os medicamentos estão organizados, em gavetas, por forma farmacêutica, dosagem e ordem alfabética, sendo que a categoria maioritária são os comprimidos e as cápsulas. Num outro bloco de gavetas estão as soluções injetáveis, os supositórios, as pomadas, os colírios, os inaladores e os pós para inalação. Neste espaço é também possível encontrar um conjunto de prateleiras com xaropes, soluções e suspensões orais, soluções cutâneas e produtos de uso capilar, por fim todos os excessos dos produtos que se encontram na área de exposição, são armazenados neste espaço.

1.4- Recursos Humanos

Na FB encontra-se uma estrutura organizada, sendo que para que o serviço prestado seja de qualidade, a cada funcionário são atribuídas tarefas e responsabilidades específicas. Atualmente na FB são efetivos 5 profissionais de saúde:

- Dra. Alexandra Vieira – Diretora Técnica (DT);
- Dra. Inês Teixeira – Farmacêutica/Diretora de Loja;
- Dra. Joana Sousa – Farmacêutica Adjunta;
- Dra. Cláudia Pinto – Farmacêutica Adjunta;
- Patrícia Gomes – Técnica de Farmácia.

1.5- Os Utentes

Dada a localização da FB os principais utentes são moradores dos prédios à volta da farmácia; utentes que possuem um protocolo especial e que usufruem de um desconto adicional; alunos, professores e funcionários das escolas vizinhas; familiares e atletas do Boavista FC; utentes fidelizados a serviços prestados na farmácia, como por exemplo as consultas de nutrição e as consultas gratuitas de várias marcas de cosmética.

Sendo a FB uma farmácia de referência para medicamentos de fertilidade, muitos dos casais em tratamento escolhem esta farmácia para adquirir a sua medicação.

2- Gestão da Farmácia

2.1- Sistema Informático

O sistema informático (SI) utilizado na FB é o *SiFarma 2000*®, desenvolvido pela Global Intelligence Technologies (GLINTT), sendo que o principal propósito deste software é facilitar a gestão do produto, desde a sua entrada até à sua saída.

Este permite um controlo sobre os níveis de *stock* dos produtos (nomeadamente os consumos médios de cada um e quais os produtos sem rotação); visualizar as margens de comercialização (como preço de custo, a margem e o preço de venda ao público (PVP)); realizar as encomendas diárias e instantâneas; rececionar as encomendas e efetuar devoluções; criar fichas com informações pessoais sobre os utentes, entre muitas outras.

Para além disso, possui uma base, muito útil, de informação científica sobre os medicamentos, onde é possível visualizar a listas dos constituintes, as contra-indicações, as possíveis interações medicamentosas e a posologia adequada, que ajudam o farmacêutico aquando da dispensa do mesmo, evitando-se assim possíveis erros que poderiam ser cometidos.

2.2- Gestão de *Stocks*

Para que uma farmácia seja financeiramente rentável e sustentável, é necessário que a sua gestão de stocks seja apropriada, pois só assim consegue responder às necessidades dos utentes no momento da venda e, é também uma forma de fidelizar os utentes à farmácia.

No *Sifarma 2000*® existe, para cada produto, um *stock* mínimo e máximo associado, que varia consoante o número de vendas e rotatividade dos produtos. Assim sendo, quando o *stock* mínimo é atingido, o programa envia uma sugestão de encomenda do produto, que poderá ser acrescentado, pelo chefe de equipa de cada turno, aquando da realização da encomenda diária.

2.3- Encomendas

2.3.1- Realização de encomendas

As encomendas chegam à FB através de armazenistas de distribuição grosseira que, dependendo do tipo de produto/medicamento, possuem distribuidores diferentes. Para os MSRM a FB opta pela *Alliance-Healthcare* como fornecedor preferencial, já para os produtos dermocosméticos, MNSRM e outros produtos em falta a FB recorre à Cooprofar. Estes dois fornecedores em conjunto com a OCP são responsáveis pela

entrega diária das encomendas, que são realizadas pelo chefe de equipa até às 13h e ao final de cada dia, por via informática ou por telefone.

Existem também encomendas instantâneas, que são referentes a pedidos urgentes, podendo ser feitas via informática ou por telefone.

É ainda possível efetuar compras diretas a laboratórios, sendo que estas são pedidas com antecedência, pois a sua entrega não é imediata. Esta é uma opção vantajosa para a farmácia, devido às condições e bonificações dadas à farmácia pelos laboratórios.

Durante o meu EC, tive a oportunidade de visualizar a elaboração das encomendas diárias e também de realizar pedidos urgentes tanto via informática como pelo telefone.

2.3.2- Receção e Conferência de encomendas

A receção de encomendas começa pela chegada dos produtos, normalmente em caixas, verifica-se que estas são acompanhadas pelas devidas faturas/notas de encomenda e compete ao operador responsável verificar que os produtos enviados correspondem aos produtos pedidos, procedendo-se depois à sua entrada no sistema informático. No caso dos produtos que necessitam de condições de conservação entre os 2ºC-8ºC, estes encontram-se em caixas próprias com a devida identificação "Frigorífico" e são, por isso, os primeiros a ser recepcionados.

No separador "Receção de Encomendas" do SI, seleciona-se o fornecedor, onde é introduzido o número da fatura e o valor total da encomenda. Quando as encomendas são feitas via telefónica deve fazer-se uma encomenda manual através da opção "Gestão de Encomendas", uma vez que estas não se encontram no menu "Receção de encomendas". Depois faz-se o envio dessa mesma em papel e desta forma o SI assume que há uma nova encomenda para ser rececionada.

Todos os produtos/medicamentos são introduzidos através da leitura ótica do seu código alternativo e são confirmadas as quantidades recebidas, o prazo de validade (PV), o preço de venda ao público (PVP), o preço impresso na cartonagem (PIC), o preço de venda à farmácia (PVF) e a integridade da embalagem. Para os produtos que apresentam um PVP diferente é importante proceder à alteração do mesmo para que não haja erros no sistema.

Para os produtos de venda livre, o PVP é estabelecido pela farmácia tendo em consideração uma determinada margem de lucro que difere consoante o tipo de produto e o imposto sobre o valor acrescentado (IVA) que este apresenta.

Desde o começo do meu estágio que dei entrada às encomendas, conferi as faturas, alterei PVF, PVP e prazos de validades de produtos.

2.3.3- ARMAZENAMENTO

Todos os produtos e medicamentos devem estar armazenados sob condições específicas de temperatura, humidade e ventilação, de modo a garantir a segurança e a viabilidade destes. Na FB estas condições são registadas três vezes por dia, pelo chefe de equipa de cada turno, num documento próprio.

Após a receção das encomendas procede-se ao armazenamento dos produtos no espaço que lhes está destinado, sempre consoante a forma farmacêutica, ordem alfabética e dosagem.

Para além desta organização, o armazenamento dos produtos segue a regra *First Expired First Out* (FEFO), fazendo com que os produtos farmacêuticos com prazos de validade mais curtos sejam os primeiros a ser dispensados, evitando-se assim situações de devoluções por término do prazo de validade. Caso o produto não tenho o prazo de validade na embalagem, segue-se a regra *First In First Out* (FIFO), sendo que os produtos que já se encontram há mais tempo na farmácia os primeiros a ser dispensados.

Esta foi uma das tarefas que mais tempo me ocupou durante o meu estágio, tendo contribuído positivamente para a minha aprendizagem, pois aquando do atendimento, já conhecia muito bem onde se encontravam todos os produtos/medicamentos.

2.3.4- RESERVAS DE PRODUTOS

Na FB é habitual realizarem-se reservas de medicamentos e outros produtos farmacêuticos, sendo que para esta situação existe um protocolo específico. Procede-se ao preenchimento de um documento próprio com o nome do cliente, contacto telefónico, data do pedido, medicamento/produto pretendido e a quantidade respetiva, esta reserva é também realizada ao nível do sistema informático, assim quando o produto é rececionado irá aparecer com um “R”, evitando-se assim enganos aquando da dispensa do produto.

Durante o meu estágio realizei várias reservas, aquando do atendimento e também por via telefónica, normalmente por parte de clientes habituais.

2.3.5- DEVOLUÇÕES

Por vezes existem irregularidades na receção das encomendas, sendo possível efetuar devoluções aos respetivos fornecedores. Estas irregularidades podem ser de diversos tipo, nomeadamente, produtos pedidos e enviados mas não faturados, produtos não pedidos e não enviados mas faturados, produtos pedidos e não enviados mas faturados, pedidos por engano, embalagens danificadas, prazos de validade a terminar, produtos retirados do mercado de acordo com as circulares informativas do INFARMED.

Nestes casos elabora-se uma nota de devolução, no sistema informático, ao fornecedor, sendo que o documento original e duplicado acompanham o produto e o triplicado fica na farmácia após assinatura do operador que procedeu ao seu levantamento. Nestes documentos encontra-se o nome da farmácia e do fornecedor em questão, o motivo da devolução, o número da fatura, o produto e respetiva quantidade e o PVF.

Os fornecedores, após análise da nota de devolução, podem então proceder à emissão de uma nota de crédito referente ao valor em questão ou proceder à troca por um produto igual.

2.4- CONTROLO DE VALIDADES

Mensalmente são impressas listagens com os produtos que têm prazo de validade a terminar nos seis meses seguintes.

Aquando da verificação física das listagens, por vezes constata-se que alguns produtos não se encontram dentro desse intervalo de validade, tendo de se proceder à sua alteração no sistema informático colocando sempre o PV mais curto. Estes produtos são os que têm prioridade de escoamento, no entanto, na sua impossibilidade, são encaminhados para o fornecedor juntamente com uma nota de devolução.

Durante o meu estágio, realizei com alguma regularidade este procedimento.

3- DISPENSA DE MEDICAMENTOS

3.1- A RECEITA MÉDICA

A receita médica (RM) é um documento essencial para que o farmacêutico possa efetuar a dispensa de medicamentos, estando esta regulamentada na Portaria nº 137-A/2012, de 11 de Maio. O referido diploma prevê que a prescrição médica seja feita em formato eletrónico (Anexo III), salvo algumas exceções em que a prescrição pode ser manual, tais como:

- falência do sistema informático;
- inadaptação fundamentada do prescritor;
- prescrição ao domicílio;
- outras situações até um máximo de 40 receitas por mês [2].

Através da Lei nº 1/2012, de 8 de março, foi decretada a obrigatoriedade da prescrição pela Denominação Comum Internacional (DCI), adequando-se assim o formato das receitas médicas às referidas mudanças. [3]

Para que a receita apresente validade legal tem de satisfazer alguns requisitos, tendo de apresentar as seguintes condições: a) Número da receita; b) Local de prescrição; c) Identificação do médico prescritor; d) Nome e número de utente ou de beneficiário de subsistema; e) Entidade financeira responsável; f) Referência ao regime especial de comparticipação de medicamentos (se aplicável); g) Denominação comum internacional da substância ativa; h) Dosagem, forma farmacêutica, dimensão da embalagem, número de embalagens; i) Assinatura do prescritor. Quando validados todos os pontos anteriores a receita encontra-se então pronta para ser aviada, tendo uma validade de 30 dias a contar da data da sua emissão.

A receita pode ser de caráter renovável, contendo até três vias, tendo cada uma validade de seis meses contados desde a data de prescrição, sendo que cada uma das vias deverá ter a indicação «1ª via», «2ª via» e ou «3ª via». Em cada receita podem ser prescritos até 4 medicamentos distintos, ou seja, medicamentos que não tenham a mesma substância ativa, dosagem, forma farmacêutica ou agrupamento de forma farmacêutica, até um total de 4 embalagens por receita. No máximo, podem ser prescritas duas embalagens por medicamento. No caso dos medicamentos prescritos se apresentarem sob a forma de embalagem unitária podem ser prescritas até quatro embalagens do mesmo medicamento. [2]

Relativamente à receita manual, esta também cumpre uma série de requisitos para

ser considerada uma receita válida. A receita não se pode encontrar rasurada, apresentar caligrafias diferentes ou ser prescrita com canetas diferentes ou a lápis, o número de embalagens prescritas deve constar em número cardinal e por extenso; e apenas é permitida uma via da mesma receita manual. Acrescenta-se ainda que para as receitas manuais apresentarem validade legal devem estar contemplados os mesmos elementos anteriormente referidos, acrescentando-se: a) Identificação do local de prescrição ou respetiva vinheta (se aplicável); b) Vinheta identificativa do médico prescritor; c) Identificação da especialidade médica, se aplicável, e contacto telefónico do prescritor [2]

Nas unidades do Sistema Nacional de Saúde (SNS), se a prescrição se destinar a um doente pensionista abrangido por um regime especial, deverá ser colocada a vinheta de cor verde de identificação da unidade de saúde. Nos consultórios e/ou médicos particulares, o local deverá estar igualmente identificado, através de carimbo ou inscrição manual [2]

Cabe ainda ao médico prescritor assinalar, sempre que se justificar, as exceções à prescrição por DCI, que podem ser: a) Margem ou índice terapêutico estreito (A receita tem que conter a menção “Exceção a) do n.o 3 do art. 6.o”); b) Reação adversa prévia (A receita tem de conter a menção “Exceção b) do n.o 3 do art. 6.o - reação adversa prévia”) esta alínea aplica-se em casos que tenha ocorrido uma reação adversa prévia reportada à Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I.P. (INFARMED), ou seja, a um determinado medicamento (marca comercial) e a um utente em particular. O médico deve ainda registar esta opção no processo clínico do doente, para monitorização e controlo.

Podem ainda apresentar a exceção c) Continuidade de tratamento superior a 28 dias (A receita tem de conter a menção “Exceção c) do n.o 3 do art. 6.o - continuidade de tratamento superior a 28 dias”), aplicando-se em tratamentos com duração estimada superior a 28 dias. Esta opção deve também ser registada no processo clínico do doente. É de salientar que mesmo contendo a exceção, é permitido ao utente optar por medicamentos dentro do mesmo Grupo Homogéneo (GH), ou seja, com a mesma DCI, forma farmacêutica, dosagem e tamanho de embalagem similares ao prescrito desde que sejam medicamentos com preço inferior ao prescrito. [2]

Durante o meu estágio contactei diversas vezes com receitas manuais, no entanto, o modelo de RM com que mais contactei foi o chamado Receita Médica Eletrónica

(RME), este conceito visa sobretudo a desmaterialização da RM. O utente recebe uma mensagem no seu telemóvel e o farmacêutico acede à prescrição pela introdução dos códigos atribuídos, verificando sempre a validade da mesma.

3.2- MEDICAMENTOS SUJEITOS A RECEITA MÉDICA

Existem medicamentos que só podem ser dispensados ao utente mediante da RM, uma vez que são:

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

Após confirmação de que a receita está de acordo com todos os requisitos referidos no ponto 3.1, o farmacêutico pode proceder à dispensa propriamente dita, tendo como principal auxílio o SI.

O primeiro passo será a leitura dos códigos de barras presentes nas receitas, que correspondem ao Código Nacional Prescrição Eletrónica Médica (CNPEM). Através da introdução deste código no SI temos acesso aos medicamentos que podem ser dispensados e que fazem parte do mesmo GH, sendo que neste grupo estão incluídos medicamentos de marca e medicamentos genéricos. Cabe, então ao utente selecionar o medicamento que pretende adquirir, sendo que este tem que pertencer ao GH prescrito.

Após recolha de todos os produtos, a serem dispensados, do armazém, estes são introduzidos no SI, escolhendo-se o regime de comparticipação a aplicar. O regime a aplicar encontra-se mencionado na própria receita, bem como, comparticipações especiais a aplicar, como Decretos-Lei ou Portarias, que estabelecem uma comparticipação especial para medicamentos de determinadas patologias. Também são passíveis de ser aplicados regimes de complementaridade adicional, como seguros de saúde ou membros de sindicatos, sendo que neste caso o utente deve

indicar ao farmacêutico que usufrui deste tipo de complementaridades e apresentar informação comprovativa da mesma, normalmente, um cartão identificativo com o número de beneficiário do sistema a que pertence.

Após confirmação que os medicamentos prescritos e respetivas quantidades correspondem aos que serão debitados no sistema informático, procede-se à impressão no verso da receita da informação referente à operação, número e lote do receituário, bem como o regime de comparticipação, os medicamentos sob os quais é feita a comparticipação, identificados pelo seu CNP e nome, o PVP do medicamento, o valor da comparticipação, entre outras informações. A receita é depois assinada pelo utente em local apropriado, como comprovativo de receção dos medicamentos por ele solicitados, assinando também o funcionário que realizou a dispensa e carimbando a mesma. Estando todos estes passos devidamente realizados, a receita reúne condições para ser enviada para a(s) entidade(s) responsável(eis) pela comparticipação.

Após a dispensa do(s) medicamento(s) ao utente, o farmacêutico deve dar a conhecer todas as informações relativas aos mesmos, tais como, posologia e via de administração, contra-indicações, efeitos secundários, interações medicamentosas e ainda outras informações que possam ser solicitadas pelo utente.

No caso de vendas suspensas ou a crédito, não é emitida uma fatura mas sim um documento comprovativo que é apresentado aquando da sua regularização. Estas apenas são realizadas a utentes habituais, que façam medicação recorrente e que no momento não disponham de RM, sendo que a FB já tenha conhecimento do tratamento.

3.3- MEDICAMENTOS GENÉRICOS

Um Medicamento Genérico (MG) define-se como um medicamento com a mesma composição qualitativa e quantitativa em substâncias ativas (SA), a mesma forma farmacêutica e cuja bioequivalência com o medicamento de referência tenha sido demonstrada por estudos de biodisponibilidade apropriados [4].

Estes medicamentos vieram alterar a dispensa de medicamentos, uma vez que têm a mesma SA, na mesma dose que os de marca, mas a um preço inferior, o que permitiu aumentar o número de opções por parte do utente.

A Lei nº 11/2012 de 8 de Março, veio impôr ao farmacêutico o dever de informar o

utente, no momento da dispensa, de quais os medicamentos que estejam incluídos no mesmo GH, sendo possível ao utente optar pelo medicamento que mais lhe convier [5].

Durante o meu EC constatei que grande parte da população já está a optar por MG, principalmente os polimedicados, devido aos elevados custos que advêm da sua terapêutica. No entanto também me apercebi que ainda existem utentes um pouco céticos relativamente ao uso destes medicamentos, principalemte doentes que continham regimes de complementaridade, acabando por optar pelos medicamentos de marca. O grupo de fármacos em que constatei mais vezes esta situação, foram os antibióticos.

3.4- Medicamentos manipulados

Na FB não são preparados Medicamentos Manipulados (MM), uma vez que uma das farmácias do grupo possui um laboratório com todas as condições necessárias para a manipulação. Os pedidos são feitos à Farmácia Barreiros, via e-mail, sendo enviados no dia seguinte.

Durante 3 semanas tive a oportunidade de estagiar no Laboratório de Medicamentos Manipulados da Farmácia Barreiros, tendo preparado muitos MM, não só destinados à FB como também a outras farmácias do país, bem como clínicas e hospitais.

A Portaria nº 594/2004 de 2 de Junho, descreve as boas práticas na preparação de MM nas farmácias de oficina. As matérias primas (MP) e os materiais de embalagem, devem ser adquiridos a armazenistas habituais ou a distribuidores especializados, desde que estejam devidamente autorizados pelo INFARMED. [6]

Para além da fatura, devem ser acompanhados pelo Boletim de Análise, que comprova que as MP estão de acordo com as especificações descritas na monografia da Farmacopeia Portuguesa.

O Decreto-Lei nº 95/2004 de 22 de Abril, regula a prescrição e a preparação de MM, definindo o conjunto de substâncias cuja sua utilização na preparação e na prescrição de MM não é permitida, bem como as condições dessa restrição. [7]

Durante o meu tempo de permanência no Laboratório da Farmácia Barreiros, tive a

oportunidade de preparer inúmeros MM, tais como: cápsulas [por exemplo de orlistato, minoxidil, bicarbonato, dehidroepiandrosterona (DHEA)], espumas cutâneas (por exemplo de minoxidil), loções para a psoríase, vernizes antifúngicos, géis, cremes, pomadas, pós anti-transpirantes, suspensões orais (por exemplo de atenolol, trimetoprim, nitrofurantoína, propanolol), soluções cutâneas entre outras.

Todas estas preparações são executadas com base numa Ficha de Preparação, que indica o teor em SA, a forma farmacêutica, o volume/massa a preparar, o lote, a data de preparação, o procedimento e os critérios de verificação dos caraterísticas organolépticas. Por fim a assinatura do manipulador e do farmacêutico responsável.

Após a preparação e o armazenamento, em embalagem adequada, o passo seguinte é a rotulagem, em que o rótulo deve mencionar o nome da farmácia e do DT, a forma farmacêutica, o número de lote interno, a data de preparação, o prazo de validade, as condições de conservação, as indicações específicas (por exemplo, "*Uso Externo", "Agitar antes de usar"*) e as suas advertencies (por exemplo, *"Manter longe do alcance das crianças"*)

O Decreto-Lei nº 106-A/2010 de 1 de Outubro abrange o regime geral de comparticipação dos MM [8]. Os MM descritos na Farmacopeia Portuguesa ou no FGP e nas formulas magistrais que constam na lista de medicamentos comparticipáveis, são comparticipados em 30%.

O PVP dos MM é calculado pela farmácia, tendo por base a Portaria nº 769/2004 de 1 de Julho, que inclui o valor das MP, dos honorários de manipulação e do material de embalagem [9].

3.5- MEDICAMENTOS NÃO SUJEITOS A RECEITA MÉDICA

Os medicamentos não sujeitos a receita médica (MNSRM) são aqueles que, tal como o nome indica, não necessitam da apresentação de uma receita médica para serem dispensados, podendo no entanto ser igualmente indicados sobre a forma de receita por aconselhamento médico, ainda que estes não sejam sujeitos ao mesmo regime de preços dos MSRM, sendo o PVP determinado pela farmácia. Estes medicamentos podem ainda ser vendidos em locais devidamente autorizados pelo INFARMED para o efeito, desde que a dispensa seja efetuada por um profissional de saúde devidamente habilitado. Existem, no entanto, MNSRM, que pelas suas características, são exclusivamente vendidos em ambiente de farmácia [4].

Este grupo de medicamentos contempla produtos usados no tratamento sintomático de afeções menores, como por exemplo constipações, problemas gastrointestinais e dores de cabeça, que não necessitam de uma consulta médica. No entanto, é de ressalvar que a dispensa destes medicamentos é da responsabilidade primária do farmacêutico devendo este inteirar-se do motivo da procura dos mesmos. Deve aconselhar o utente para a melhor solução a adotar em cada caso, procurando fazer uma dispensa racional e cautelosa destes medicamentos, sendo que em caso de incapacidade de diagnóstico ou dúvida da necessidade de um MSRM, devemos encaminhar o doente para o médico.

3.6- Legislação especial

3.6.1- Programa Nacional de prevenção e control da Diabetes Mellitus

A Diabetes *Mellitus* (DM) é uma das patologias com maior incidência na população humana, criando dependência a um medicamento de forma permanente. Foi necessário a criação de um Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes Mellitus, que se encontra regulamentado pela Portaria nº 364/2010, de 23 de Junho [10].

Para o tratamento desta patologia os medicamentos e os dispositivos medicos usados, são comparticipados de forma diferente pelo Estado, sendo que as insulinas para o control da glicémia e os dispositivos médicos para a sua medição são comparticipados a 100% enquanto que as tiras reativas são a 85% [11].

3.6.2- Estupefacientes e Psicotrópicos

Os produtos estupefacientes e substâncias psicotrópicas, devido às suas características farmacológicas, são substâncias quimicamente potentes e potencialmente perigosas ao nível do Sistema Nervoso Central (SNC), causando dependência, podendo levar a abusos no seu uso. Deste modo, existe um controlo mais apertado por parte das autoridades competentes. Assim a encomenda destes produtos faz-se acompanhar por uma requisição dos mesmos em duplicado, onde consta a designação da substância, quantidade, data do pedido, número da requisição e número do registo interno. Posteriormente, o duplicado é enviado ao fornecedor devidamente carimbado e assinado, ficando a requisição original arquivada na farmácia. O armazenamento destes produtos é feito separadamente dos restantes medicamentos[12,13].

Aquando da dispensa, para além das informações habituais, é impresso no verso da receita informações extra que são automaticamente inseridas aquando da dispensa informática destes medicamentos, como o nome e morada do doente; nome do médico prescritor; nome, idade, morada, número e data de emissão do bilhete de identidade/cartão cidadão de quem adquire este medicamento na farmácia, bem como o número da receita na qual são prescritos estes medicamentos. Após a venda dos mesmos, o sistema imprime um documento de saída destes medicamentos, o qual é anexado a uma cópia da receita (no caso de receita manual ou informática) e arquivado por um período de 3 anos. A receita original segue com as restantes para o centro de conferência, sendo que o registo de movimento destes medicamentos deve ser enviado ao INFARMED no final de cada mês. [4] No caso de a receita ser manual, é enviada uma fotocópia da mesma para o INFARMED.

Durante o meu EC tive a oportunidade de dispensar por duas vezes este tipo de medicamentos, tendo cumprido os requisitos descritos no parágrafo anterior.

3.7- Outros produtos

3.7.1- Medicamentos e Produtos de Uso Veterinário

Medicamentos de Uso Veterinário (MUV) são todas as substâncias ou mistura de substâncias que possuam propriedades curativas ou preventivas das doenças e seus sintomas no animal, com vista a estabelecer um diagnóstico médico ou a restaurar, corrigir ou modificar as suas funções orgânicas. [14]

Na FB estes produtos são procurados com regularidade moderada, sendo que a procura incide essencialmente sobre antiparasitários (de toma oral ou de aplicação local).

3.7.2- Produtos Dermocosméticos e de Higiene Corporal

Estes produtos são substâncias ou preparações destinadas a serem colocadas em contacto com as diversas superfícies do corpo humano, com a finalidade, exclusiva ou principal, de os limpar, perfumar, modificar o seu aspeto, proteger, manter em bom estado ou de corrigir os odores corporais. [15]

Atualmente verifica-se uma crescente preocupação com alguns problemas de pele que até agora eram ignorados ou preteridos em função de outras patologias consideradas mais severas. Assim, e embora não se enquadrem na categoria de medicamento, cresce visivelmente a quantidade de utentes que recorre à farmácia

para um aconselhamento mais seguro e profissional a nível dermocosmético.

Os produtos cosméticos são, atualmente, uma importante fonte de receita para a farmácia, devido às margens que são possíveis de ser aplicadas nos mesmos, compensando assim apostar em trabalhar marcas mais diversificadas, que apresentem melhores condições, que sejam mais procuradas e que promovam bons resultados, tendo também sempre em conta a importância da adequação dos produtos vendidos ao público-alvo, às suas necessidades e ao seu poder económico.

A FB trabalha com algumas marcas, nomeadamente, Vichy®, Avène®, Liérac®, La Roche Posay®, Uriage®, Isdin®, Filorga®, entre outras. Sendo que estes produtos se encontram num local visível e de fácil acesso aos utentes.

3.7.3- SUPLEMENTOS ALIMENTARES

Um suplemento alimentar é classificado como um género alimentício que se destina a complementar e/ou suplementar o regime alimentar normal e que constitui fontes concentradas de determinados nutrientes com efeito nutricional ou fisiológico, sendo comercializados de forma doseada e destinando-se a ser tomados em quantidades reduzidas. [16]

Este grupo de produtos tem sido alvo de grande procura quer para complementar certos regimes dietéticos quer para complementar planos alimentares associados à prática de desporto. Os utentes procuram, cada vez mais, produtos de origem natural, por acreditarem causar menos efeitos secundários e interações.

Assim sendo, é importante o conhecimento, por parte do farmacêuticos nesta area, de forma a promover o esclarecimento e a melhor indicação destes produtos.

3.7.4- DISPOSITIVOS MÉDICOS

Um dispositivo médico é um instrumento, aparelho, equipamento, *software* ou material que se destina a ser utilizado para fins de diagnóstico ou terapêuticos e cujo o principal objetivo no corpo humano não seja alcançado por meios farmacológicos, imunológicos ou metabólicos, embora a sua função possa ser apoiada por esses meios. Estes dispositivos podem ser utilizados para fins de diagnóstico, prevenção, controlo, tratamento ou atenuação de uma doença, de uma lesão ou de uma deficiência e ainda estudo, substituição ou alteração da anatomia pu de um processo fisiológico e controlo da contraceção. [17]

Na FB os dispositivos médicos disponíveis incluem, material de penso, meias de compressão, pulsos e pés elásticos, material de ostomia entre outros. Estes produtos requerem que o farmacêutico tenha um conhecimento mais aprofundado nesta área, para conseguir aconselhar e explicar ao utente, de forma clara, a sua utilização bem como os problemas/cuidados associados aos mesmos.

3.8- CONFERÊNCIA DE RECEITUÁRIO E FATURAÇÃO

Durante a dispensa de medicamentos, poderão ser detetados alguns erros, por exemplo dispensa de medicametnos que embora tenham a mesma DCI não fazem parte do mesmo GH, troca de dosagens, dispensa de medicamentos com quantidades diferentes, bem como, receitas que não preencham os requisitos para serem consideradas totalmente válidas. É, por isso, essencial haver uma conferência do receituário, por parte do farmacêutico, para que possam ser detetadas algumas irregularidades e poderem ser corrigidas atempadamente.

Aquando da dispensa da medicação solicitada pelo doente, da inserção dos MSRM e respetiva entidade no SI, é calculada automaticamente a comparticipação a aplicar ao PVP dos medicamentos em questão. Posteriormente, aquando da impressão no verso da receita da informação referente à dispensa dos medicamentos é atribuído um número sequencial a cada receita, pertencente ao mesmo organismo, sendo estas agrupadas em lotes de 30.

Quando um lote fica completo procede-se ao fecho do mesmo, emitindo um "Verbete de Identificação do Lote" e no final de cada mês, aquando do fecho da faturação, é emitido uma "Relação de Resumos de Lote" e a fatura final para cada sistema de comparticipação.

Os documentos-resumo e as receitas orginais faturadas ao SNS devem ser enviadas até ao dia 5 do mês seguinte à Administração Regional de Saúde (ARS) para o Centro de Conferência de Faturas, sendo o valor da comparticipação devolvido pela ARS.

A documentação relativa à comparticipação por outras entidades responsáveis, como por exemplo, sindicatos, seguradoras, entre outras, é enviada à ANF, sendo posteriormente, por esta, reencaminhada para as entidades correspondentes.

Na FB faz-se diariamente a conferência do receituário, permitindo assim detetar algum erro atempadamente, de modo a minimizar a devolução de recitas, que

acarretam custos para a farmácia e também para avisar o utente atempadamente, caso seja necessário.

Durante o meu EC estive ativamente envolvida na organização dos lotes, sendo que visualizei, no ultimo dia do mês, a emissão de todos os documentos referentes à conclusão deste processo.

3.8.1- SISTEMA DE PREÇOS DE REFERÊNCIA

O sistema de preços de referência é aplicado aos medicamentos comparticipados que se incluem no mesmo GH e que sejam prescritos e dispensados pelo SNS, sendo que as listagens referentes aos GH são atualizadas pelo INFARMED de foram periódica. [18]

O preço de referência (PR) dos medicamentos é o "valor sobre o qual incide a comparticipação do Estado no preço dos medicamentos incluídos em cada um dos grupos homogéneos, de acordo com o escalão ou regime de comparticipação que lhes é aplicável" e deve corresponder à média dos 5 medicamentos mais baratos existentes no mercado que integrem cada GH. [8,18]

O PVP dos novos medicamentos a comparticipar, quando já existe um GH onde estes se incluem, deve ser inferior a 5% relativamente ao PVP máximo do medicamento genérico mais barato, com pelo menos 5% de quota do mercado de de medicamentos genéricos no GH. [19]

No entanto em situações em que o PVP seja inferior ao PR, a comparticipação é determinada tendo em conta o PVP. Quando o PVP é superior ao PR, a comparticipação é calculada tendo em conta o PR, sendo que o utente é encarregado pelo custo adicional. [18]

Assim sendo, através deste sistema, o Estado consegue diminuir os custos que estão associados à comparticipação de medicamentos e o utente usufrui de vantagens a nível económico.

3.8.2- COMPARTICIPAÇÃO

Existem, atualmente, em Portugal vários sistemas e subsistemas de saúde, sejam eles públicos ou privados, que comparticipam os MSRM. O principal sistema de saúde português é o SNS, o qual pode ser complementado por parte de algumas empresas, de sindicatos ou companhias de seguros. Esta complementaridade dever ser sempre

solicitada pelo utente, no ato da dispensa, e sempre comprovada por um cartão ou documento.

No regime geral de comparticipação, o Estado comparticipa uma percentagem do PVP dos medicamentos, de acordo com os escalões referidos na Portaria nº 924-A/2010, de 17 de setembro, de e consoante a classificação farmacoterapêutica em questão:

- Escalão A: 90%;
- Escalão B: 69%;
- Escalão C: 37%;
- Escalão D: 15% [20,21].

No caso dos pensionistas a comparticipação do Estado no preço dos medicamentos integrados no escalão A é acrescida de 5% e nos inseridos nos restantes escalões é acrescida de 15%. [8]

Uma comparticipação especial é atribuída para medicamentos destinados ao tratamento de certas patologias, como por exemplo: artrite reumatóide e espondilite anquilosante, Doença de Alzheimer, doença inflamatória intestinal, dor crónica não-oncológica moderada a forte, dor oncológica moderada a forte, hemophilia, hemoglobinopatias, infertilidade, lupus, paramiloidose, psicose maníaco-depressiva e psoríase, sendo nestes casos, imprescindível a identificação da respetiva portaria e/ou despacho na receita [22].

4- O PAPEL DO FARMACÊUTICO

4.1- RELACIONAMENTO INTERPESSOAL E ACONSELHAMENTO FARMACÊUTICO

O farmacêutico é, na maior parte das vezes, o professional de saúde com quem os utentes contactam em primeiro lugar, quando se sentem com algum problema de saúde e, também, muitas das vezes o útlimo a quem os doentes recorrem antes de iniciar a terapêutica. Ao farmacêutico cabe um duplo papel no SNS. Cabe-lhe valorizar o correto e racional uso do medicamento, detendo a última palavra sobre a sua dispensa ou não, no caso de o utente não apresentar todas as condições para uma toma correta do mesmo. Por outro lado, como está descrito no Código Deontológico do Farmacêutico, a prática desta profissão deve zelar sempre pela saúde e bem-estar do doente. [23]

Assim sendo, é de extrema importância promover um aconselhamento farmacêutico correto, baseado em conhecimentos científicos, mas com uma abordagem adequada, de modo a que os utentes se sintam seguros aquando da utilização dos medicamentos, contribuindo assim para uma melhor adesão à terapêutica.

4.2- AUTO-MEDICAÇÃO

A auto-medicação define-se como a "utilização de medicamentos não sujeitos a receita médica de forma responsável, sempre que se destine ao alívio e tratamento de queixas de saúde passageiras e sem gravidade, com a assistência ou aconselhamento opcional de um profissional de saúde". [24] No entanto, o que se tem vindo a testemunhar em Portugal é a prática recorrente a esta auto-medicação, tendo surgido a necessidade de se limitar a mesma a situações clínicas bem definidas, estando as mesmas descriminidas no Despachp nº 17690/2007, de 23 de Julho.

Durante o meu EC, consegui perceber o porquê de os utentes recorrerem tantas vezes à farmácia no regime de auto-medicação, sendo que a principal razão são as experiências anteriores. Assim é fácil de entender o grande número de vezes que aparecem utentes à farmácia, solicitando o Brufen® 600mg (Mylan) e o Ben-U-Ron® 1000mg (bene) e mesmo determinados antibióticos, como o Clavamox DT® (Bial). Assim sendo cabe ao farmacêutico, como protetor social do medicamento, detetar qual o problema e direccionar o utente para o tratamento mais eficaz ou mesmo encaminhar o doente para o médico.

4.3- FARMACOVIGILÂNCIA

As atividades de farmacovigilância têm como objetivo a gestão de todo o ciclo dos medicamentos para o uso humano de forma a garantir a total segurança, tendo o farmacêutico um papel importante no que toca a melhorar a qualidade e segurança do uso dos medicamentos, em defesa do utente e da saúde pública, através da detecção, avaliação e prevenção de possíveis reações adversas ou outros problemas relacionados com o medicamento. [25,26]

5- CUIDADOS E SERVIÇOS FARMACÊUTICOS

5.1- PRESSÃO ARTERIAL

As doenças cardiovasculares são a principal causa de morte em Portugal, sendo que a hipertensão arterial (HTA) é uma das principais causas de mortalidade e de morbilidade. Assim sendo é de elevada importância o controlo da pressão arterial, de forma a evitar complicações mais graves, como por exemplo acidentes vasculares cerebrais (AVC's) ou enfartes agudos do miocárido (EAM's). O farmacêutico, tendo um papel imprescendível na prevenção e monitoriazação desta patologia, deve também aconselhar medidas não farmacológicas, que sejam adequadas ao utente, como, mudanças nos hábitos alimentares, promover a prática de exercício, promover a cessação tabágica.

Na FB a medição da pressão arterial é uma prática muito requisitada pelos utentes, que pretendem controlar os seus valores ou que apresentam sintomas como cefaleias, palpitações, visão turva, mal-estar geral, fraqueza. No entanto, antes de se efetuar a medição é necessário que o doente estabilize o ritmo cardíaco, com um descanso de 5 minutos, e que seja questionado acerca do consumo de cafeína, alimentos com sal ou outras substâncias estimulantes, uma vez que pode influenciar os valores.

Durante o meu estágio, realizei por diversas vezes a medição da pressão arterial, principalmente a utentes que controlavam diariamente os seus valores. Tive também a oportunidade de aconselhar, a certos utentes que já faziam medicação para o controlo da PA algumas medidas não farmacológicas para melhorarem os seus valores e para se sentirem melhor.

Tabela 1- Valores de referência para a medição da pressão arterial. [27]

	Pressão arterial sistólica (mmHg)	Pressão arterial diastólica (mmHg)
Ótima	≤120	80
Pré-Hipertensão	120-139	80-89
Hipertensão arterial estádio 1	140-159	90-99
Hipertensão arterial estádio 2	>160	>100

5.2- GLICÉMIA

O número de casos de Diabetes *Mellitus* tipo 2 tem vindo a aumentar ao longo dos anos, por isso é de grande importância o controlo deste parâmetro bioquímico, no sentido de evitar o desenvolvimento de complicações mais graves, por exemplo, doenças cardiovasculares.

Ao longo do meu EC, este foi o parâmetro bioquímico mais avaliado, proporcionando ao utente o controlo destes valores, para que este se mantenha sem os sintomas de hipoglicémia ou de hiperglicémia.

Tabela 2- Valores de referência para a medição dos valores de glicémia. [28]

	Glicémia em jejum (mg/dL)	Glicémia pós-pandrial (mg/dL)
Hipoglicémia	<70	<70
Normal	70-100	70-140
Intolerância à glucose em jejum	100-126	140-200
Diabetes *Mellitus*	>126	>200

5.3- COLESTEROL TOTAL E TRIGLICERÍDEOS

Outros parâmetros bioquímicos cujo o controlo é essencial são o colesterol total

(CT) e os triglicerídeos (TG), pois, tal como a PA, são fatores de risco cardiovasculares, uma vez que antecedem o desenvolvimento de aterosclerose que, por sua vez, pode levar a complicações sérias.

Durante o meu EC tive a oportunidade de fazer várias medições destes dois parâmetros, sendo que existia uma predominância da medição dos valores de CT relativamente aos valores de TG. A grande maioria dos utentes que requisitava este serviço, eram medicados para o efeito, sendo que a medição servia para fazer o controlo dos valores e para verificar se a medicação estava a fazer o efeito correto ou se era necessário um ajuste na terapêutica.

Tratando-se de um utente já medicado para o efeito ou para um utente não medicado, o farmacêutico deve sempre referir algumas medidas não farmacológicas, como por exemplo, ter uma alimentação saudável, reduzir o consumo de alimentos com sal, aumentar a ingestão de frutas e legumes e evitar o álcool.

5.4- CONSULTAS DE NUTRIÇÃO

A obesidade é, nos dias de hoje, um grande e grave problema de saúde pública, e tendo em conta o papel relevante do farmacêutico na comunidade, cabe a ele apelar a um estilo de vida saudável.

Assim sendo, FB proporciona consultas semanais de nutrição, como resposta à crescente procura de soluções para o combate à obesidade e ao excesso de peso. Todas as terças-feiras, da parte da tarde, uma parte do gabinete de apoio ao cliente da FB está reservada para as consultas com uma nutricionista do programa DIETA EASYSLIM®, que acompanha um grande número de utentes tendo em vista ajudá-los a alcançar o peso adequado de forma saudável. [29]

6- VALORMED®

A ValorMed é uma sociedade sem fins lucrativos, criada em 1999, que tem como responsabilidade a gestão dos resíduos de embalagens vazias e medicamentos fora de uso. Resultou da cooperação entre a Indústria Farmacêutica, Distribuidores e Farmácias face à sua consciencialização para a especificidade do medicamento enquanto resíduo. [30]

Com o objetivo de diminuir os riscos para a saúde pública, as embalagens dos medicamentos são recolhidas por esta empresa, ficando ao encargo das farmácias a

recolha de todas as embalagens fora de uso ou prazo de validade, colocando-as num recipiente apropriado. Quando este recipiente se encontra cheio, este é selado e pesado, cabendo aos principais distribuidores da FB entregar à ValorMed. Seringas e produtos biologicamente contaminados, não devem ser colocados no recipiente do ValorMed, sendo que existe um recipiente próprio para esses produtos.

Ao longo do meu EC tive a oportunidade de selar alguns dos recipientes da ValorMed e apercebi-me que os cidadãos estão bastante consciencializados com esta prática, sendo recorrente entregarem os resíduos dos medicamentos na farmácia.

7- FORMAÇÃO CONTÍNUA

No decorrer do meu EC foi-me dada a oportunidade de assistir a inúmeras formações, tanto na farmácia como em locais externos a esta, num total de 32 ações de formação (Anexo IV).

Uma vez que a FB pertence ao grupo da Farmácia Barreiros, todos os colaboradores e estagiários eram chamados a assistir a formações, quase semanais que decorriam na Farmácia Barreiros. Estas formações eram promovidas pelos representantes das marcas que maior expressão de vendas tinham nas farmácias do grupo, e tinham em vista o conhecimento, por parte dos farmacêuticos e técnicos de farmácia, acerca de alterações, remoções ou introduções de novos produtos no mercado.

Para além destas, tive a oportunidade de assistir a inúmeras formações que abordaram os mais variados temas, como nutrição infantil e no idoso, dispositivos inalatórios, acompanhamento na gravidez e, essencialmente, produtos de dermofarmácia e cosmética, que se verificaram muito úteis, aquando do aconselhamento ao balcão.

Estive também envolvida em visitas feitas à Escola Secundária Fontes Pereira de Melo, em que os temas abordados foram a Saúde Oral. apenas a uma turma de cerca de 21 alunos, apesar de não ter sido oradora nesta apresentação realizei o folheto informativo acerca do tema (Anexo V), os alunos receberam também um desconto numa clínica dentária, para a primeira visita. Neste estabelecimento a FB esteve também envolvida num rastreio cardiovascular, para todos os alunos, docentes e não docentes, em que procedemos à medição da pressão arterial e dos valores de glicémia e, também aqui realizei um folheto informativo acerca do tema (Anexo VI). Para além

de ações na escola, a FB esteve envolvida no Dia Abem, promovido pela Associação Dignitude, no Centro Social e Paroquial de São Martinho de Aldoar, onde tive a oportunidade de medir alguns parâmetros bioquímicos, como o CT, TG e glicémia e a medição da pressão arterial a todos os idosos que frequetavam o centro. (Anexo VII)

Na tabela 3 encontra-se o resumo de todas as atividades que estive envolvida durante os meus 6 meses de estágio.

Tabela 3- Resumo das atividades realizadas durante o estágio curricular.

	Janeiro	**Fevereiro**	**Março**	**Abril**	**Maio**	**Junho**	**Julho**
Receção/conferência/armazenamento de encomendas							
Devoluções e Transferências							
Determinação Parâmetros bioquímicos							
Conferência de PV e de *stocks*							
Atendimento							
Preparação de MM							
Ação de Formação e Rastreios							
Formação interna acerca da Infertilidade							

PARTE II

CASO PRÁTICO I- A INFERTLIDADE

1- CONTEXTUALIZAÇÃO

A maioria dos casais têm incluído no seu plano de vida o desejo de serem pais, no entanto, nem todos os casais que pretendem engravidar o irão conseguir fazer de forma natural e espontânea, e uma parte desses casais pode mesmo ter de recorrer a tratamentos médicos especializados para conseguir a tão desejada gravidez.

Não existe uma definição completamente concreta de infertlidade, no entanto, a Organização Mundial de Saúde (OMS) juntamente com Comissão Internacional para a Monitorização da Reprodução Medicamente Assistida (ICMART), ficando então a definição de infertilidade como "uma doença do sistema reprodutivo definida pela ausência de gravidez passados 12 meses ou mais de relações sexuais regulares desprotegidas". [31]

No entanto, alguns especialistas sugerem que caso uma mulher, com idade superior a 35 anos, não consiga engravidar depois de tentar durante 6 meses deve consultar um médico, uma vez que as probabilidades de uma mulher conseguir ter um bebé diminuem rapidamente a cada ano que passa a partir dos 30 anos. [32]

A infertlidade é então considerada pela OMS, como um problema de saúde pública, visto que esta doença tem um impacto a nível psicológico na maioria dos casais. Ansiedade e depressão são as manifestções mais comuns relativamente ao diagnóstico, ao tratamento e ao seu resultado e às condições financeiras. [33]

A probabilidade de existir uma gravidez em cada ciclo menstrual é de 20%, sendo que após um ano de relações sexuais sem proteção esta percentagem sobe para aproximadamente para 84%, podendo aumentar ao final de 2 anos. [34]

Em Portugal, a Procriação Medicamente Assistida é regulada pela Lei nº 17/2016, de 20 de junho.

A acessibilidade dos casais a este tipo de cuidados de saúde é garantida pelas Administrações Regionais de Saúde, sendo que se consideram 3 tipos de cuidados:

- Cuidados Primários (no âmbito da medicina geral e familiar): informação ou esclarecimento para corrigir certos fatores que estejam ou possam interferir com o processo de fecundação;
- Cuidade hospitalares de 1ª linha (contexto de consulta de infertilidade): diagnóstico, tratamentos médicos e cirúrgicos;
- Cuidados hospitalares de 2ª linha (centros de PMA): tratamentos de

fertlização in vitro (FIV). [34]

Uma das razões pelas quais decidi realizar um projeto sobre este tema na FB foi porque diariamente contactava com medicamentos para o tratamento da infertlidade e durante o atendimento ao balcão tive a oportunidade de atender alguns casais que estavam a realizar o tratamento.

Tendo em conta isto, realizei uma pequena formação interna, para as farmacêuticas e técnica de farmácia acerca de quais as causas da infertilidade e a terapêutica farmacológica que casais que sofram desta patologia têm de fazer. (Anexo VIII)

2- Classificação

A infertlidade pode ser classificada em primária ou secundária, sendo que o primeiro caso considera-se quando não houve a existência de uma gravidez prévia; no caso de infertilidade secundária considera-se quando já houve a ocorrência de uma gravidez prévia, mesmo que essa tenha resultado num aborto ou ectópica. [35]

3- Prevalência em Portugal e no Mundo

A prevalência da infertilidade é muito difícil de determinar e deve-se ao facto de não haver uma definição consensual e da utilização de variadas ferramentas para o diagnóstico desta patologia. No entanto, estima-se que uma em cada quatro mulheres possa ter dificuldades em engravidar, ao longo da sua vida. [33,35]

Aliás, em 2007, Boivin, J. *et al*., constatou que a prevalência da infertilidade em países desenvolvidos varia entre 3,5% e 16,7% enquanto que nos países menos desenvolvidos os valores variam entre 6,9% e 9,3%. [36]

Relativamente a Portugal, estima-se que 9,8% das mulheres com idades compreendidas entre os 25-69 anos tiveram algum problema de infertilidade ao longo da vida. Para mulheres com idades compreendidas entre os 25-44 anos essa percentagem foi de 8,2%. [37]

4- Fisiopatologia

Para que haja uma gravidez é necessário que ocorram 4 etapas fundamentais: ovulação; fertlização do ovúlo pelo espermatozóide; o ovúlo fertilizado, passa através das trompas de Falópio para o útero e finalmente a implantação deste no útero. A infertilidade pode então resultar num problema em um ou em vários passos. [32]

O ciclo reprodutivo de uma mulher acontece devida à secreção de,

principalmente, 4 hormonas: o estrogénio e a progesterona (que são ambas libertadas pelos ovários), a hormona luteinizante (LH) e a hormona folículo estimulante (FSH), ambas libertadas pela hipófise e que cobtrolam a síntese da maioria das hormonas libertadas pelas gónadas.

Assim sendo, no início de cada ciclo existe a libertação de pequenas quantidade de LH e FSH, que ocorre devido à estimulação da hormona libertadora de gonadotrofinas (GnRH). A libertação destas hormonas permite que haja um crescimento e amadurecimento dos folículos ováricos que, por sua vez, vão induzir a libertação crescente de estrogénio (que atinge a concentração maxima no 14º dia), levando à proliferação das células do endométrio.

A concentração elevada de estrogénios leva a um aumento das concentrações de LH e FSH, estimulando a ovulação (fase onde existe a rutura do folículo e a libertação do óvulo). De seguida os resíduos do folículo formam o copo lúteo que, devido às elevadas concentrações de progesterona e estrogénio, consegue manter a gestação.

5- FATORES CAUSAIS DA INFERTLIDADE NO HOMEM E NA MULHER

A infertlidade pode ter múltiplas causas sendo que algumas delas podem não estar associadas a alterações nos sistemas reprodutores. Fatores como a idade, o consumo de álcool e tabaco, hábitos alimentares, utilização de certos medicamentos e o índice de IMC podem contribuir para o aparecimento desta patologia.

Globalmente, 30%-40% dos casos infertilidade estão ligados ao homem e 30%-40% dos casos estão ligados a uma patologia ginecológica da mulher (a doença tuboperitoneal representa cerca de 20% dos casos), 15% dos casos podem estar ligados à disovulação. No entanto, em aproximadamente, 10% dos casos não é possível estabelecer qualquer causa. [33,35]

A ovulação, como já falado anteriormente, depende de um equilíbrio complexa entre hormonas, qualquer distúrbio neste pode ter um impacto na ovulação. [38]

Na mulher, mesmo que haja a presença de ciclos menstruais regulares, esta pode não ovular, pode ovular oócitos imaturos ou oócitos com alterações genéticas e/ou morfológicas. A mulher pode também passar por períodos sem menstruação (amenorreia) devido a alterações hormonais, podendo ser um fator de causa para a infertilidade. Vários outros distúrbios hormonais podem contribuir para a alteração de

ovulação ou mesmo para a inexistência da mesma como por exemplo, o excesso de prolactina, dos androgénios (devido aos ovários poliquísticos), ou de hormonas tiroideias (devido a doenças na tiróide). Nos casos mais graves pode ocorrer a menopausa precoce (no entanto é um caso raro), situação em que os ovários deixam de produzir folículos (mulheres com idades inferiores a 35 anos). Nestes casos a mulher deve realizar um teste genético para o X-frágil. [39]

Para além do fator ovulatório, do síndrome dos ovários poliquísticos, da endometrioses também se pode incluir nas causas a presença de muco cervical incompetente (espermatozóides não conseguem penetrar na cavidade uterina), anomalias no cariótipo, patologias uterinas (como fibromiomas, pólipos), abortos anteriores e história de gravidez ectópica. As doenças sexualmente transmissíveis (DST) têm também um papel importante no que toca à infertilidade, infeções como gonorreia e clamídia podem causar danos na tuboperitoneal. [39]

Relativamente à infertilidade no homem as causas podem ser devido a uma criptorquidia (é uma situação congenital muito frequente em Portugal, que se caracteriza pela descida incompleta dos testículos para o escroto, causando azoospermia secretora), lesões no escroto, anomalias endócrinas ou cariótipas, ejaculação retrógada ou anejaculação, azoospermia secretora (testículo não produz espermatozóides ou não produz número suficiente) e azoospermia obstrutiva (obstrução/ausência dos canais genitais secretores). [40]

6- ESTUDO DO CASAL

As situações de infertilidade estão, muitas vezes associadas a alterações a nível emocional, é por isso pedido aos casais que procuram tratamento grande empenho e disponibilidade. Assim sendo, a anamnese deve ser exaustiva de forma a obter todas as informações necessárias de modo a minimizar ou mesmo eliminar certos fatores de risco. [35]

É fundamental que a avaliação da infertlidade seja realizada aos dois membros do casal em simultâneo. Os exames e as análises a realizar ao casal dependerão sempre do tipo de caso, devendo o medico definer os que são necessaries para além daqueles que constituem o eixo fundamental do estudo, como a avaliação da função ovárica através de doseamentos hormonais, o estudo cromossómico do casal, os marcadores víricos da hepatite B, C e VIH, a pesquisa de anticorpos anti-HTLV I/II, a serologia da toxoplasmose, rubéola e sífilis, avaliação dos órgãos pélvicos,

histeroscopia (endoscopia da cavidade uterina) e o espermograma (estudo do número, morfologia e motilidade dos espermatozóides. [41]

Relativamente aos exames genéticos que devem ser considerados no estudo da causa de infertilidade ou a realizar antes da procriação medicamente assistida são, fundamentalmente o estudo do cromossoma Y (no caso de diminuição grave do número de espermatozóides ou de azoospermia secretora), estudo molecular da fibrose cística (na azoospermia obstrutiva qaundo excluídas as causas traumaticas, infecciosas e iatrogénicas), estudo da fragamentação do ADN dos espermatozóides e o estudo cromossómico dos espermatozóides por *Fluorescent In Situ Hybridization* (FISH). [41]

7- TRATAMENTO

O Despacho nº 10910/2009, de 22 de abril, aborda a comparticipação dos medicamentos para o tratamento da infertlidade, em especial os de procriação medicamente assistida. [42]

7.1- AGENTES INDUTORES DA OVULAÇÃO

7.1.1- Anti-estrogénios

- **Citrato de Clomifeno** (Clomid®) e **Tamoxifeno** (Tamofen®)

Ambas as moléculas são moduladores seletivos para os recetores de estrogénio, ou seja, a hipófise vai libertar mais quantidade de FSH e LH em resposta a esta suposta falta de estrogénios. As elevadas concentrações de FSH na corrente sanguínea, vão estimular o ovário a produzir folículos, por sua vez, a LH vai permitir que ocorra a ovulação. [43]

O citrato de clomifeno é muito utilizado sozinho ou em combinação com a inseminação intrauterina (IUI), para o tratamento de infertlidade, quando não existe uma causa. É também usado para induzir uma resposta multifolicular e para corrigir pequenos sinais da disfunção ovárica. [43]

O tamoxifeno é usado em mulheres com o Sídrome de Ovários Poliquísticos (SOP), em que o citrato de clomifeno não resultou ou tiveream uma diminuição acentuada da espessura do endométrio em resposta ao uso do citrato. [44]

- **Letrozol** (Femara®) e **Anastrozol** (Arimidex®)

Ambos os farmácos são inibidores da aromatase, ou seja, vão impedir a conversão de androgénios (testosterona) em estrogénios, levando a uma diminuição da concentração desta hormona. Deste modo, por feedback negativo, a secreção de gonadotrofinas aumenta havendo uma estimulação da ovulação sendo assim utilizados em mulheres com anovulação e mulheres com infertilidade sem causa. [44]

Em mulheres com SOP, o uso de inibidores da aromatase apresentou uma maior taxa de conceção comparativamente ao citrato de clomifeno. [44]

7.1.2- Gonadotrofinas

A LH e a FSH são as hormonas responsáveis para que ocorra a ovulação. Uma vez que estas podem ser destruídas pelas enzimas do trato digestive, devem ser administradas por via intra-muscular (IM) ou subcutânea (SC). A Menotropina é frequentemente utilizada como uma mistura das gonadotrofinas.

- **Corifolitropina α** (Elonva®)

A corifolitropina α foi desenvolvida como um estimulante folicular sendo que apresenta o mesmo perfil fármaco dinâmico da FSH recombinante, mas com uma maior duração da ação. Devido ao facto de ter a capacidade de iniciar e manter o crescimento folicular múltiplo durante uma semana, uma única injeção SC é a dose recomendada. [45]

A Elonva® é indicada para casos de estimulação ovárica controlada em associação com um antagonista da hormona libertadora de gonadotropinas (GnRH) para o desenvolvimento folicular em mulheres. [45]

- **Folitropina α** (Gonal®, Ovaleap®, Bemfola®) e **Folitropina β** (Puregon®)

Ambas as folitropinas são aconselhadas em situações de anovulação (incluindo síndrome de ovário poliquístico), em mulheres que não obtiveram resposta ao tratamento com citrato de clomifeno e em casos que se pretende uma hiperestimulação ovárica controlada (para programas de procriação medicamente assistida). [44]

Nos homens são recomendadas em situações de espermatogénese deficiente devido a hipogonadismo hipogonadotrófico. [46]

O tratamento com Puregon®, nas mulheres, é geralmente associado com a

administração de gonadotrofina coriónica humana (hCG), de maneira a induzir a fase final de maturação dos folículos. [46]

- **Menotropina** (Menopur®)

A Menopur® contém FSH e LH, sendo que estas são obtidas a partir da urina de mulheres pós-menopáusicas. É usada esta amostra uma vez que as mulheres nesta fase apresentam uma elevada concentração destas hormonas. [47]

É usada no tratamento de mulheres que não conseguem engravidar, pois os seus ovários não produzem óvulos (SOP), ou em situações em que o citrato de clomifeno não teve resultado. [47]

- **Folitropina α + Lutropina α** (Pergoveris®)

Estas duas hormonas são obtidas em células de ovário de hamster chinês por tecnologia de ADN recombinante. A lutropina α vai aumentar a secreção de estrogénios pelos folículos, cujo o crescimento é estimulado pela FSH. [48]

Assim sendo, esta tratamento está indicado para a estimulação folicular em mulheres com insuficiência grave de FSH e LH. [48]

- **Gonadotrofina coriónica** (Pregnyl®)

A gonadotrofina coriónica (hCG) possui uma atividade farmacodinâmica semelhante à LH. Esta é indispensável para o crescimento e maturação dos gâmetas femininos e masculinos e para a produção de estrogénios e androgénios. [49]

Na mulher a hCG é administrada como um substituto da LH, para a indução da fase final da maturação folicular, conduzindo à ovulação. É também administrada como um substituto da LH durante a fase lútea. [49]

No homem a hCG é administrada para a estimulação das células de Leydig para promover a produção de testosterona. É aconselhada em casos de criptorquidismo, hipogonadismo hipogonadotrófico. [49]

7.2- Antagonistas da hormona libertadora de gonadotrofinas (GnRH) – Ganirelix (Orgalutran®)

A ganirelix é um antagonista GnRH que regula o eixo hipotálamo-hipófise-ovário devido à ligação competitiva aos receptores GnRH na hipófise, fazendo com que haja uma supressão rápida e reversível das gonadotrofinas endógenas. [50]

O objetivo do tratamento com Orgalutran® é a prevenção da luteinização prematura induzida pela LH, em mulheres submetidas a hiperestimulação ovárica controlada para técnicas de reproduçãoo assistida. [50]

7.3- PROGESTERONA (PROGEFFIK®)

Depois de ocorrer a ovulação, a LH e a FSH são as hormonas responsáveis pela transformação dos resíduos dos folículos no corpo lúteo. Este, por sua vez, vai crescer e libertar hormonas, sobretudo progesterona. [51]

O Progeffik® pode ser administrado por duas vias, tendo em conta a causa que a mulher apresente. Por via oral, é indicado em perturbações associadas a uma insuficiência de progesterona, em particular, síndrome pré-menstrual, irregularidades menstruais por anovulação e tratamento de substituição da menopausa (como complemento do tratamento com estrogénios). Por via vaginal está indicado em mulheres ovarioprivadas em casos de deficiência total de progesterona, como suplemento na fase lútea ou em casos de ameaça de aborto. [51]

7.4- HORMONA LIBERTADORA DE GONADOTROFINAS (GNRH) – ACETATO DE GOSERRELINA (ZOLADEX®)

A goserrelina sendo um análogo da LHRH, vai atuar na produção hormonal. [52]

Nos homens é utilizada em casos de cancro da próstata, uma vez que diminui os níveis de testosterona.

Na mulher atua pela diminuição dos níveis de estrogénios, sendo utilizada no tratamento da endometriose e também para controlar a ovulação. [52]

8- TÉCNICAS MAIS COMUNS DE PROCRIAÇÃO MEDICAMENTE ASSISTIDA (PMA)

As técnicas de PMA incluem todos tratamentos de fertilidade em quais os óvulos ou embriões são manipulados fora do corpo, ou seja, no laboratório. A principal técnica utilizada é a fertilização *in vitro* (FIV). As taxas de sucesso deste tipo de tratamento são influenciadas por muitos fatores, como a idade da mulher e o diagnóstico em causa, sendo a idade da mulher o mais importante. [32]

Segundo dados obtidos em 2014 pelo Center Disease Control and Prevention (CDC) as taxas de sucesso obtidas pelas PMA foram de 37% em mulheres com menos de 35 anos; 30% em mulheres com idades entre os 35 – 37 anos; 20% em mulheres com idades entre os 38 – 40; 10% em mulheres entre os 41 e os 42 anos de idade; 4% nas mulheres entre os 43 e 44 anos e, por fim, 1% em mulheres com idades superiores a 44 anos. [32]

As técnicas de PMA são muito dispendiosas e também consomem muito tempo ao casal, mas têm permitido que muitos casais consigam realizar o desejo de serem pais. No entanto a complicação mais comum da PMA é a gravidez múltipla. [32]

8.1- Inseminação Intra-Uterina (IIU)

Esta técnica é também conhecida como inseminação artificial. O sémen é preparado, através de lavagem e purificação e, de seguida é introduzido no útero da mulher, após a indução da ovulação. [32,53]

8.2 – Fertilização In Vitro (FIV)

Esta é a técnica mais comum e com maior taxa de sucesso, no entanto apenas é utilizada quando a IIU não foi bem sucessida, uma vez que esta técnica é mais invasiva.

Em primeiro lugar, é feita uma punção folicar em que o conteúdo follicular é aspirado, sendo que existe uma injeção de gonadotrofina coriónica 36 horas antes para que ocorra a maturação ovárica. De seguida há a preparação do endométrio para a implantação, com a progesterona até à 12ª semana de gravidez.

Ocorre depois, a colheita e a preparação dos espermatozóides e de seguida os folículos e os espermatozóides são colocados numa placa de cultura, em que à volta de cada folículo são colocados 50 000 espermatozóides. A fecundação e o desenvolvimento embrionário ocorrem *in vitro* numa incubadora.

Quando atingem as dimensões ideais os embriões são transferidos para o útero com um catéter. Esta é a etapa mais crítica, pois a transferência não corresponde à implantação, apenas no 8º dia é que os embriões vão ganhar capacidade para penetrarem no tecido do endométrio. [32,41]

8.3 – Injeção Intraplasmática de Espermatozóides-Microinjeção (ICSI)

É a técnica mais indicada quando a infertilidade do casal é de causa masculina (azoospermia, anejeculação, ejaculação retrógada).

Consiste em injetar um único espermatozóide dentro de um óvulo maduro, ocorrendo assim a fecundação. Este fenómeno é observado ao microscópio e os embriões resultantes são depois implantados no útero. [41,53]

8.4 – Transferência Intrafalopiana de Zigotos

Esta técnica é muito semelhante à FIV. A fertlização do óvulo ocorre no laboratório e de seguida o embrião é transferido para as trompas de Falópio em vez de ser implantado no útero. [32]

8.5 – Tranferência Intratubárica de Gâmetas

Esta técnica envolve a transferência de óvulos e de espermatozóides, preparados em laboratório, para as trompas de Falópio da mulher e a fecundação ocorre na mulher, ou seja, é uma fertlização *in vivo*. [32]

9 – Conclusão

Como já dito anteriormente, tive um contacto diário com os medicamentos utilizados no tratamento da infertilidade, principalmente aquando da receção e armazenamento das encomendas.

Fiz também atendimentos ao balcão a alguns casais que estavam em tratamento, sendo que era sempre acompanhada por um membro da equipa, uma vez que era sempre necessário explicar aos utentes o modo de administração da injeção, como encher a caneta, como preparar o injetável (no caso de conter pó e solvente), que tipo de agulhas deveriam ser usadas.

A formação que realizei na farmácia, para os membros da equipa, teve um impacto positivo para ambas as partes. Para mim foi útil para perceber que esta patologia afeta, cada vez mais, casais e que tem um impacto muito grande a nível psicológico, principalmente quando os tratamentos não têm o sucesso esperado e, para além, consegui aprender quais os princípios ativos de cada medicamento utilizado e qual o seu alvo de ação.

Para a equipa serviu para relembrarem alguns termos científicos, os locais onde cada molécula atua, perceberem que a infertilidade é uma doença para a qual ainda não existe uma definição consensual e que muitas das vezes não é possível estabelecer uma causa.

Caso Prático II- A Dermatite Seborreica

1- CONTEXTUALIZAÇÃO

A dermatite seborreica (DS) é uma doença inflamatória da pele que é crónica e recidiva, sendo que afeta as zonas seborreicas do corpo, como por exemplo, a face, o couro cabeludo e a parte superior do tronco. Alguns doentes que sofram de DS podem também apresentar foliculite eritematosa inflamada e blefarites. [54]

A DS afeta cerca de 1%-3% de indivíduos adultos imunocompetentes e é mais comum em homens do que em mulheres. Apesar de poder aparecer em qualquer idade a sua incidência é maior em crianças nos primeiros 3 meses de vida e em adultos entre os 30 e os 60 anos. [54-55]

Decidi falar sobre este tema, uma vez que durante o tempo que estive no atendimento ao balcão, algumas vezes, me foi pedido aconselhamento, por parte dos utentes e também devido às formações que assisti, de diversas marcas de dermocosmética, em que se abordou de todas as vezes, a fisiopatologia da doença e as suas manifestações clínicas, os produtos específicos para esta patologia.

2- ETIOLOGIA

A DS é uma doença multifatorial que necessita de fatores endógenos e exógenos para que ocorra o seu desenvolvimento.

O facto de esta patologia ser mais comum no homens, e que começa a desenvolver-se na puberdade, sugere que existe a envolvência de hormonas, nomeadamente de androgénios. A idade com que há um pico de incidência, a puberdade, coincide com o período da vida em que as glândulas sebáceas se encontram mais ativas, sendo que as lesões se encontram nos locais mais ricos em glândulas. [54]

Um outro fator patogénico importante é a ligação entre a DS e a proliferação de certas espécies de *Malassezia.* Um elevado número de leveduras desta espécie predominam e são encontradas em regiões do corpo que são ricas em líquidos sebáceos. Esta associação é apoiada pelo facto de ser possível isolar *Malassezia* em pacientes com DS e também pela sua resposta terapêutica ao tratamento com agentes anti-fúngicos. [54,56]

Existe uma maior incidência desta patologia em em doentes imunosuprimidos, como por exemplo, pacientes com VIH, pancreatite alcoólica crónica, hepatite C,

sugerindo então que o sistema imunitário é importante para a patogenecidade desta doença. [55]

É também muito comum encontrar casos de DS em pessoas que sofram de doenças do foro neurológico, como doença de Parkinson. Doentes que sofram de Parkinsonismo unilateral podem ter seborreia bilateral uma vez que o mecanismo subjacente às mudanças dos níveis de sebo na pele é muito provavelmente endócrino em vez de neurotrófico. [54,55]

3- MANIFESTAÇÃO CLÍNICA

A DS é uma doença que clinicamente é caracterizada pelo eritrema e pela descamação da pele nas áreas que estão afetadas. As lesões são bem delimitadas, avermelhadas e estão cobertas por escamas oleosas de cor amarelada.

Nos adultos a DS envolve períodos de remissão e de crise, independentemente do tipo de tratamento administrado. As situações de crise são comuns despoletadas quando existe stress emocional, cansaço e depressão.

É uma doença sazonal, uma vez que a sua incidência aumenta nos meses de inverno e a exposição solar, normalmente, melhora a DS.

No couro cabeludo, na fase mais suave da doença, as escamas são pequenas, secas e esbranquiçadas e separam-se fácil e espontaneamente. No caso das fases de crise as placas que se observam variam de tamanho, sendo que podem ter apenas alguns centímetros como podem ocupar uma grande parte do couro cabeludo, estas escamas são já mais grossas e secas que as escamas que se encontram nas fases suaves.

Na face, as zonas onde mais se encontram manifestações de DS, são as sobrancelhas, à volta do nariz, na borda do couro cabeludo, e na parte interior dos ouvidos. Aqui as lesões são vermelhas e exsudativas.

No tórax as lesões são redondas, bem delimitadas e numa cor castanho-avermelhado. Encontram-se na parte superior do peito e nas costas, na zona entre os ombros.

Não esquecer que estas lesões estão sempre associadas a vários graus de comichão. [57,58]

4- DIAGNÓSTICO

Um elevado número de doenças são muito parecidas à DS e por isso o diagnóstico torna-se difícil e confuso.

A psoríase *vulgaris* podem ser confundida com DS, pois nesta patologia o couro cabeludo apresenta escamas muito bem demarcadas. Os sinais que tornam o diagnóstico positivo para psoríase *vulgaris* podem ser as picadas nas unhas ou onicólise distal.

A dermatite atópica também apresenta semelhanças com a DS. Nos adultos a dermatite atópica, aparece em zonas características como nas fossas antecubitais e poplíteas e é causada pela proliferação da bactéria *Staphylococcus aureus.*

As crianças podem apresentar dermatite atópica em diferentes partes do corpo (como por exemplo, couro cabeludo, dermatite da fralda, superfície das pernas e braços) que podem ser assemelhadas a DS. No entanto em crianças com DS existem lesões nas axilas, não apresentam exsudado e não existe prurido. A distinção entre ambas é apenas clínica, pois existe uma elevada concentração de imunoglobina E (IgE) associada à dermatite atópica.

A rosácea, que pode produzir um eritrema facial, pode também ser confundida com a DS. Apesar de a rosácea ter tendência a envolver a parte central da face, pode só atingir a testa e não o resto das zonas. [56,59]

5- TRATAMENTO

Apesar de a DS não ter uma cura permanente, o que se pretende é sempre aumentar ao máximo os períodos de remissão e diminuir os períodos de crise e para isso existem várias opções de tratamento.

5.1- AGENTES QUERATOLÍTICOS

Os agentes queratolíticos que mais são usados são: o ácido salicílico, alcatrão e piritiona de zinco. Esta última não tem atividade queratolítica específica nem propriedades antifúngicas e pode ser aplicada 2 a 3 vezes por semana. Os doentes devem deixar estes shampoos atuar durante 5 minutos, para que consiga atingir o couro cabeludo, podem também ser aplicados em outras zonas do corpo.

A ureia é também um agente queratolítico muito eficaz tal como o propileno glicol e o ácido láctico, que para além de propriedades queratolíticas tem também

propriedades hidratantes. Estes agentes também inibem o crescimento de bactérias e/ou fungos. [54,56]

5.2- AGENTES ANTIFÚNGICOS

Os agentes antifúngicos são normalmente usados como primeira linha de tratamento da DS, devido à sua capacidade de diminuir a proliferação da *Malassezia* e a resposta inflamatória, subjacente. A combinação durante duas semanas de um gel com cetoconazol (aplicado uma vez por dia) com um creme de desonida (aplicado uma vez por dia) pode ser útil na DS facial. Champoos que contêm sulfureto de selénio também podem ser utilizados, sendo que podem ser aplicados 2 a 3 vezes por semana. [54,56]

5.3- AGENTES ANTI-INFLAMATÓRIOS

O tratamento convencional para a DS do couro cabeludo, em adultos, começa com a utilização de esteróides tópicos ou de um inibidor da calcineurina. Estas terapias podem ser administradas em champoos, soluções de esteróides tópicos, loções para aplicar no couro cabeludo e cremes para aplicar na pele.

Os esteróides tópicos podem ser usados 1 a 2 vezes por dia e são eficazes no tratamento da DS nas zonas de flexão em ciranças e adultos.

Os inibidores da calcineurina tópicos possuem propriedades antifúngicas e anti-inflamatórias sem o risco de atrofia cutânea, que normalmente está associada ao uso de esteróides tópicos. É uma boa alternativa quando a face e as orelhas estão afetadas, no entanto é necessária a aplicação diária durante uma semana para os resultados começarem a aparecer. [54,56]

6- CONCLUSÃO

Tendo em conta toda a informação sobre esta patologia que recebi, nas inúmeras formações que frequentei por parte da farmácia, decidi fazer uma tabela conselho acerca dos principais produtos de dermocosmética, das marcas que a farmácia mais trabalha.

Esta decisão de realizar uma tabela de aconselhamento sobre os produtos adequados para a DS partiu também de aquando do meu tempo de atendimento ao balcão, fui muitas vezes abordada pelos utentes acerca deste tema, muitos deles queriam experimentar produtos de outras marcas na tentativa de obter melhores ou diferentes resultados (Anexo IX).

Esta tabela tem então como objetivo auxiliar e facilitar o aconselhamento ao utente, relativamente a produtos específicos para o tratamento da DS, por parte da equipa.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

[1] Portaria nº 277/2012, de 12 de Setembro. Define o horário padrão de funcionamento das farmácias de oficina, regula o procedimento de aprovação e a duração, execução, divulgação e fiscalização das escalas de turno, bem como o valor máximo a cobrar pelas farmácias de turno pela dispensa de medicamentos não prescritos em receita médica do próprio dia ou do dia anterior, e revoga a Portaria nº 31-A/2011, de 11 de Janeiro.

[2] Regras de prescrição de medicamentos, Ministério da Saúde. Portaria nº 137-A/2012, de 11 de Maio. Sec. I, nº 92, (2012).

[3] Despacho nº 15700/2012, de 30 de Novembro. Aprova os modelos de receita médica, no âmbito da regulamentação da Portaria nº 137-A/2012, de 11 de Maio.

[4] Estatuto do medicamento. Decreto-Lei nº 176/2006, de 30 de Agosto.

[5] Lei nº 11/2012, de 8 de Março. Estabelece as novas regras de prescrição e dispensa de medicamentos, procedendo à sexta alteração ao regime jurídico dos medicamentos de uso humano, aprovado pelo Decreto-Lei nº 176/2006, de 30 de Agosto, e à segunda alteração à Lei nº 14/2000, de 8 de Agosto.

[6] Portaria nº 594/2004, de 2 de Junho. Aprova as boas práticas a observar na preparação de medicamentos manipulados em farmácia de oficina e hospitalar.

[7] Decreto-Lei nº 95/2004, de 22 de Abril. Prescrição e preparação de medicamentos manipulados.

[8] Decreto-Lei nº 106-A/2010, de 1 de Outubro. Adopta medidas mais justas no acesso aos medicamentos, combate à fraude e ao abuso na comparticipação de medicamentos e de racionalização da política do medicamento no âmbito do Serviço Nacional de Saúde (SNS).

[9] Portaria nº 769/2004, de 1 de Julho. Estabele que o cálculo do preço de venda ao público dos medicamentos manipulados por parte das farmácias é efetuado com base no valor dos honorários da preparação, no valor das matérias-primas e no valor dos materiais de embalagem.

[10] NHS, Diabetes – Overview. Acessível em: http://www.nhs.uk/Conditions/Diabetes/Pages/Diabetes.aspx. [acedido em 3 de Junho de 2017]

[11] Portaria nº 364/2010, de 23 de Junho. Define o regime de preços e comparticipações a que ficam sujeitos os reagentes (tiras-teste) para determinação de glicemia, cetonemia, cetonúria e as agulhas, seringas e lancetas destinadas a pessoas com diabetes.

[12] Regime jurídico do tráfico e consumo de estupefacientes e psicotrópicos. Decreto-Lei nº 15/93, de 22 de Janeiro.

[13] Decreto Regulamentar nº 28/2009, de 12 de Outubro. Procede à terceira alteração a Decreto Regulamentar nº 61/94, de 12 de Outubro, que veio proceder à regulamentação do Decreto-Lei nº 15/93, de 22 de Janeiro, relativo ao controlo do tráfico ilícito de estupefacientes de substâncias psicotrópicas e dos precursores e outros produtos químicos essenciais ao fabrico de droga.

[14] Regime jurídico dos medicamentos de uso veterinário farmacológicos. Decreto-Lei nº 184/97, de 26 de Julho.

[15] Regime jurídico dos produtos cosméticos e de higiene corporal. Decreto-Lei nº 189/2008, de 24 de Setembro.

[16] Regime jurídico dos produtos de suplementação alimentar. Decreto-Lei nº 136/2003, de 28 de Junho.

[17] Decreto-Lei nº 145/2009, de 17 de Junho. Regras a que devem obedecer a investigação, o fabrico, a comercialização, a entrada em serviço, a vigilância e a publicidade dos dispositivos médicos e respetivos acessórios.

[18] Decreto-Lei nº 270/2002, de 2 de Dezembro. Sistema de preços de referência para efeitos de comparticipação pelo Estado no preço dos medicamentos.

[19] Decreto-Lei nº 103/2013, de 26 de Julho. Regime geral das comparticipações do Estado no preço dos medicamentos.

[20] Portal de Saúde, Ministério da Saúde: Comparticipação de medicamentos. Acessível em: https://www.sns.gov.pt/sns-saude-mais/medicamentos/. [acedido em 3 de Junho de 2017]

[21] Portaria nº 924-A/2010, de 17 de Setembro. Define os grupos e subgrupos farmacoterapêuticos que integram os diferentes escalões de comparticipação do Estado no preço dos medicamentos.

[22] Ministério da Saúde, Legislação - Medicamentos, Comparticipação e Farmácias. Acessível em: http://www.sg.min-saude.pt/sg/conteudos/legisaude/legis+medicamentos.htm . [acedido em 3 de Junho de 2017].

[23] Código Deontológico do Farmacêutico. Acessível em: http://www.ordemfarmaceuticos.pt/fotos/documentos/codigo_deontologico_da_of

[24] Despacho nº 17690/2007, de 23 de Julho. Listas das situações de automedicação.

[25] Regulamento de Execução (UE) nº 520/2012 da Comissão de 19 de Julho de 2012 relativo à realização das atividades de farmacovigilância previstas no Regulamento (CE) nº 726/2004 do Parlamento Europeu e do Conselho e na Diretiva 2001/83/CE do Parlamento Europeu e do Conselho.

[26] Portal de perguntas frequentes do INFARMED sobre farmacovigilância. Acessível em: http://www.infarmed.pt/web/infarmed/perguntas-frequentes-area-transversal/medicamentos_uso_humano/muh_farmacovigilancia. [acedido em 3 de Junho de 2017].

[27] Fundação Portuguesa de Cardiologia – Hipertensão. Acessível em: http://www.fpcardiologia.pt/saude-do-coracao/factores-de-risco/hipertensao/. [acedido em 3 de Junho de 2017].

[28] Associação Protetora dos Diabéticos em Portugal – Valores de Referência. Acessível em: http://www.apdp.pt/diabetes/a-pessoa-com-diabetes/valores-de-referencia. [acedido em 5 de Junho de 2017].

[29] Website do programa da dieta EasySlim®. Acessível em: https://www.dietaeasyslim.com/. [acedido em 5 de Junho de 2017].

[30] Website do ValorMed®. Acessível em: http://www.valormed.pt/. [acedido em 5 de Junho de 2017].

[31] World Health Organization – Multiple definitions of infertility. Acessível em: http://www.who.int/reproductivehealth/topics/infertility/multiple-definitions/en/. [acedido em 8 de Junho de 2017].

[32] Centers of Disease Control and Prevention – Infertitlity FAQs – Reproductive Health Acessível em: https://www.cdc.gov/reproductivehealth/infertility/index.htm. [acedido em 8 de Junho de 2017].

[33] Messinis, I.; *et al*. (2016). The current situation of infertility services provision in Europe. *European Journal of Obstrectics & Gynecology and Reproductive Biology*, 207, 200-204.

[34] Direção Regional de Saúde (2011) – Conduta em Infertilidade – Norma nº 004/2011 de 20/01/2011. Divisão de Saúde Reprodutiva. Lisboa.

[35] Direção Regional de Saúde (2008) – Saúde Reprodutiva-Infertilidade. Acessível em: http://www.saudereprodutiva.dgs.pt/.

[36] Boivin, J; *et al.* (2007). International estimates of infertility prevalence and treatment-seeking: potencial need and demand of infertility medical care. *Human Reproduction*, Vol. 22, nº 6, pp 1506-1512.

[37] Carvalho, J.L.; *et al.* (2009). Estudo Afrodite – Caracterização da infertilidade em Portugal. *Sociedade Portuguesa de Medicina da Reprodução, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.*

[38] The Women's Health Council (2009). "Infertility Treatments for Women- A Review of the Bio-medical Evidence."

[39] Associação Portuguesa de Fertilidade – Causas da Infertlidade Feminina. Acessível em: http://www.apfertilidade.org/Infertilidade_Causas_Femininas.html. [acedido a 9 de Junho de 2017].

[40] Associação Portuguesa de Fertlidade – Causas da Infertilidade Masculina. Acessível em: http://www.apfertilidade.org/Infertilidade_Causas_Masculinas.html. [acedido a 9 de Junho de 2017].

[41] Centro de Genética da Reprodução Prof. Alberto Barros – O estudo do casal infértil. Acessível em: http://www.cgrabarros.pt/. [acedido a 9 de Junho de 2017].

[42] Despacho nº 10910/2009, de 22 de Abril. Comparticipação de medicamentos para o tratamento da infertilidade, em especial os da procriação medicamente assistida.

[43] Kahyaoğlu, S.; *et al*. (2017). Pharmacokinetic, pharmacodynamic, and clinical aspects of ovulation induction agents: A review of the literature. *Journal of the Turkish German Gynecological Association*, *18*(1), 48.

[44] Usadi, R.; *et al*. (2015). On-label and off-label drug use in the treatment of female infertility. *Fertility and Sterility*, Vol. 103, nº 3.

[45] INFARMED – Resumo das Características do Medicamento Elonva 100μg solução injetável. Acessível em: http://www.ema.europa.eu/docs/pt_PT/document_library/EPAR_-_Product_Information/human/pdf. [acedido a 13 de Junho de 2017].

[46] INFARMED – Resumo das Características do Medicamento Puregon 50 UI/0,5 mL solução injetável. Acessível em: https://ec.europa.eu/health/documents/community-register/pdf. [acedido a 13 de Junho de 2017].

[47] INFARMED – Folheto Informativo Menopur 75 UI, Po e solvente para solução injetável de Menotropina. Acessível em: http://app7.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=38407&tipo_doc=fi. [acedido a 13 de Junho de 2017].

[48] INFARMED- Resumo das Caracterítsticas do Medicamento Pergoveris 150 UI/75 UI pó e solvente para solução injetável. Acessível em: https://ec.europa.eu/health/documents/community-register/pdf. [acedido a 13 de Junho de 2017].

[49] INFARMED – Resumo das Características do Medicamento Pregnyl 1500 UI/mL, pó e solvente para solução injetável. Acessível em: http://app7.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=7030&tipo_doc=rcm. [acedido a 13 de Junho de 2017].

[50] INFARMED – Resumo das Características do Medicamento Orgalutran 0,25mg/0,5mL solução injetável. Acessível em: http://ec.europa.eu/health/documents/community-register/pdf. [acedido a 13 de Junho de 2017].

[51] INFARMED – Resumo das Características do Medicamento Progeffik 200mg cápsulas moles. Acessível em: http://www.effik.pt/files/pdf. [acedido a 13 de Junho de 2017].

[52] INFARMED – Folheto Informativo Zoladex 3,6 mg implante. Acessível em: http://app10.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=9483&tipo_doc=fi. [acedido a 13 de Junho de 2017].

[53] Associação Portuguesa de Fertlidade – Técnicas de PMA. Acessível em: http://www.apfertilidade.org/Infertilidade_Tecnicas.html#text5. [acedido a 9 de Junho de 2017].

[54] Dessinioti, C., & Katsambas, A. (2013). Seborrheic dermatitis: Etiology, risk factors, and treatments:: Facts and controversies. *Clinics in dermatology*, *31*(4), 343-351.

[55] Borda, L. J., & Wikramanayake, T. C. (2015). Seborrheic dermatitis and dandruff: a comprehensive review. *Journal of clinical and investigative dermatology*, *3*(2).

[56] Schwartz, R. A., Janusz, C. A., & Janniger, C. K. (2006). Seborrheic dermatitis: an overview. *Am Fam Physician*, *74*(1), 125-30.

[57] Peyri, J., & Lleonart, M. (2007). Clinical and therapeutic profile and quality of life of patients with seborrheic dermatitis. *Actas Dermo-Sifiliográficas (English Edition)*, *98*(7), 476-482.

[58] Hunter, J.; *et al*. (2002). *Clinical Dermatology.* 3ª edição. BlackWell Science

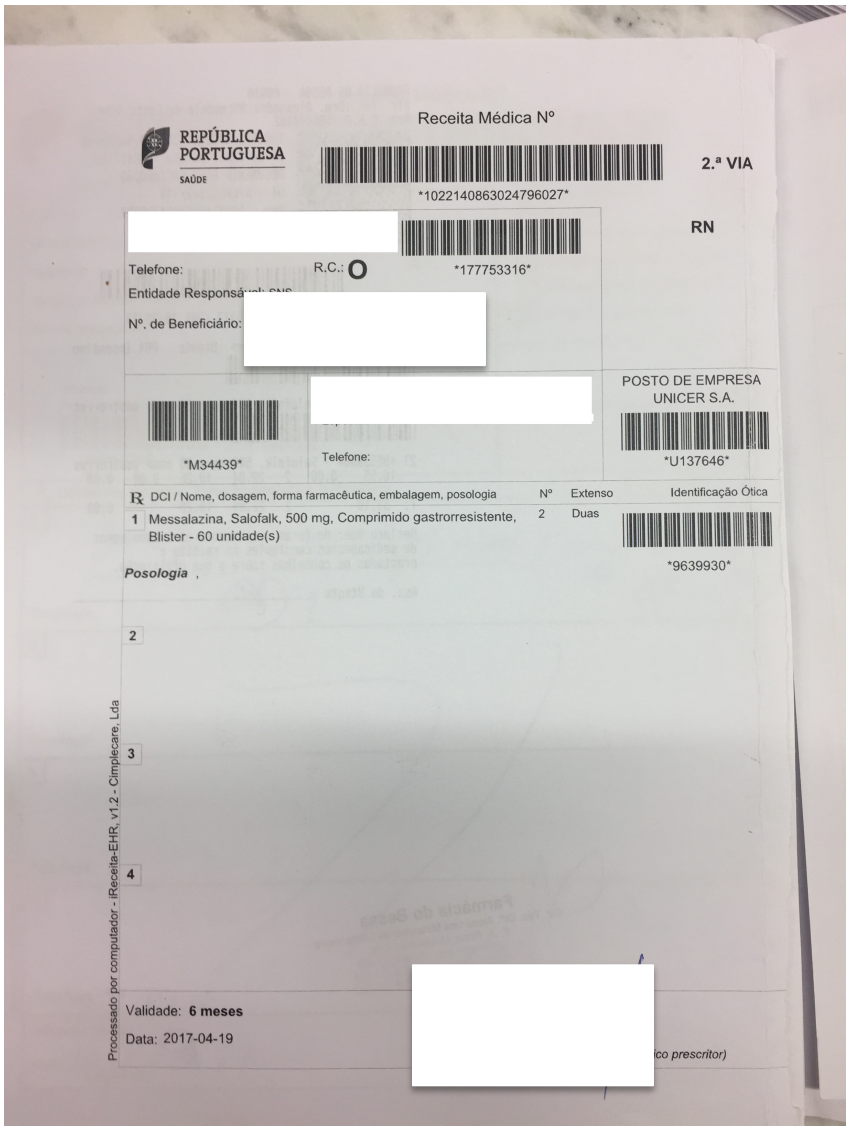
[59] Orfali, R. L.; *et al*. (2013). Atopic dermatitis in adults: clinical and epidemiological considerations. *Revista da Associação Médica Brasileira (English Edition)*, *59*(3), 270-275.

ANEXOS

ANEXO I – Fotografia do interior da farmácia

ANEXO II – Fotografia dos lineares atrás do balcão

ANEXO III – Exemplo de Receita Médica Eletrónica



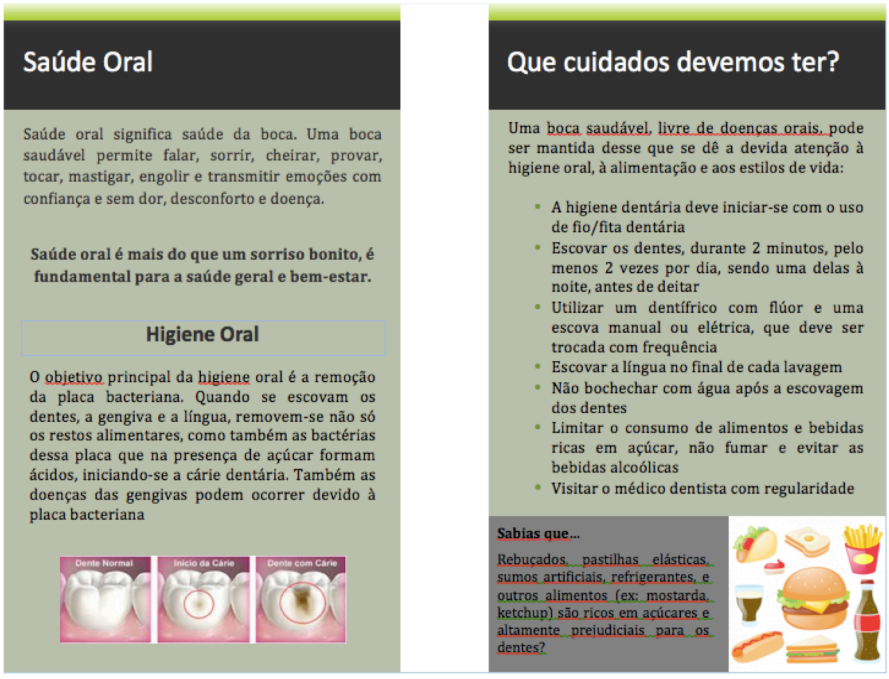
ANEXO IV – Participação em formações

Formação	Data	Nº de horas	Local
Bioderma® Curso Geral	25 de Janeiro	6h30	Hotel Porto Palácio
Avéne® Curso Geral	6 de Fevereiro	7h30	Pierre Fabre
Klorane® - Gama	20 de Fevereiro	7h30	Pierre Fabre
Isdin® - Apresentação novos produtos para pele atópica e psoríase	21 de Fevereiro	2h45	Bessa Hotel
"Papel do farmacêutico no acompanhamento da grávida" – Bial/Alliance	21 de Fevereiro	2h30	Hotel Porto Palácio

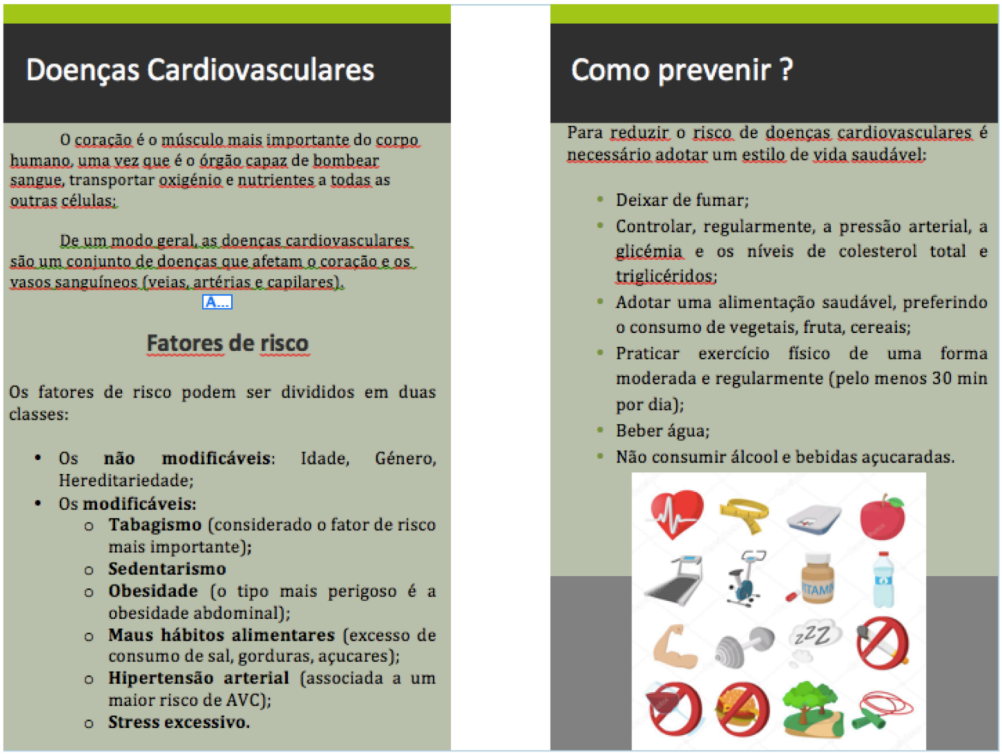
Healthare			
Rene Furterer® - Gama	22 de Fevereiro	7h30	Pierre Fabre
Acne – Gamas Pierre Fabre	1 de Março	3h30	Pierre Fabre
Pele atópica – Gamas Pierre Fabre	2 de Março	3h30	Pierre Fabre
"Nutrição no idoso" – Nestlé/ANF	8 de Março	3h	Sede ANF Porto
"Papel do Selénio e Q10" - PharmaNord	15 de Março	2h30	Hotel Holiday Inn
"Rinite alérgica" – Bial/Alliance Healthcare	21 de Março	3h	Hotel Porto Palácio
Caudalie® - Apresentação nova gama *Vine Active*	24 de Março	2h30	Hotel Yeatman
Produtos Solares – Gamas Pierre Fabre	29 de Março	3h30	Pierre Fabre
Elancyl® - Gama	12 de Abril	3h30	Pierre Fabre
Hidratação – Gamas Pierre Fabre	13 de Abril	3h30	Pierre Fabre
Isdin® – Produtos Solares	20 de Abril	2h30	Bessa Hotel
Uriage – Curso Geral	24 de Abril	6h30	Hotel Mercure
Milupa – "Nutrição infantil"	18 de Maio	3h	Hotel Sheraton
Workshop "Comunicação Clínica para Farmacêuticos"	18 de Maio	7h	Faculdade de Farmácia - Porto
La Roche Posay® - *Anthelios*	29 de Maio	2h30	Hotel Vila Galé
"Técnicas Inalatórias no tratamento da Asma" – Mundicare/Alliance	30 de Maio	2h30	Hotel Porto Palácio

Healthcare			

ANEXO V – Folheto informativo realizado no âmbito da palestra sobre Saúde Oral



ANEXO VI – Rastreio Cardiovascular realizado na Escola Secundária Fontes Pereira de Melo



ANEXO VII – Dia Abem realizado no Centro Social e Paroquial de São Martinho de Aldoar, pela Associação Dignitude

ANEXO VIII – Apresentação PowerPoint à equipa da farmácia acerca do tema infertilidade

Farmácia do Bessa

A Infertilidade
O que é, quais as causas e o tratamento

A Infertilidade: o que é?

Não existe uma definição consensual para Infertlidade

A **OMS** (Organização Mundial de Saúde) define a infertlidade como "uma doença do sistema reprodutivo definida pela ausência de gravidez passados 12 meses ou mais de relações sexuais regulares desprotegidas".

No entanto alguns especialistas, sugerem que, caso uma mulher com idade superior a 35 anos não consiga engravidar passados 6 meses deve consultar um médico.

A **OMS** considera a infertilidade um problema de saúde pública, uma vez que esta doença tem um impacto psicológico na maioria dos casais:

- Depressão
- Ansiedade

A infertilidade pode ser classificada em dois grupos

Infertilidade Primária: não houve uma gravidez prévia

Infertilidade Secundária: houve ocorrência de uma gravidez, mesmo que esta tenha resultado em aborto ou ectópica

Prevalência em Portugal e no Mundo

A prevalência desta patologia é muito difícil de determinar, devido ao facto de não existir uma definição concreta e da utilização de várias ferramentas para o diagnóstico.

- Boivin, J.; *et al* constatou que a prevalência da infertlidade em **países desenvolvidos** varia entre 3,5% e 16,7% e nos **países menos desenvolvidos** varia entre 6,9% e 9,3%;
- **Em Portugal** estima-se que 8,2% das mulheres em idades entre os 25-44 anos tiveram dificuldade em engravidar

Fatores de risco

- Idade da mulher (de forma mais significativa acima dos 35 anos);
- Consumo de tabaco, álcool e/ou drogas ilícitas;
- Utilização de medicamentos;
- Hábitos alimentares e estilo de vida;
- Índice de Massa Corporal (IMC).

Causas de infertilidade feminina

30%-40% dos casos de infertilidade estão ligados a uma patologia na mulher

- Produção de oócitos imaturos ou com alterções genéticas;
- Episódios frequentes de amenorreia;
- Excesso de androgénios (devido aos ovários poliquísticos);
- Doenças na tiróide;
- Menopausa precoce;
- Muco cervical incompetente.

Causas de infertilidade masculina

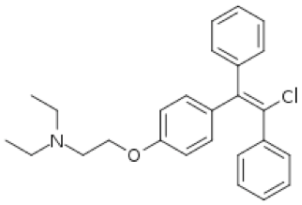
30%-40% dos casos de infertilidade estão ligados a uma patologia no homem

- Criptorquidia;
- Lesões no escroto;
- Azoospermia secretora;
- Azoospermia obstrutora;
- Ejaculação retrógada;
- Anomalias endócrinas ou cariótipas.

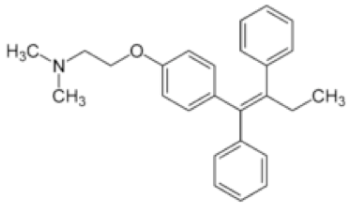
Tratamento

1 – Agentes indutores da ovulação
1.1- Anti estrogénios

Citrato de Clomifeno (Clomid®) **e Tamoxifeno** (Tamofen®)



Citrato de Clomifeno

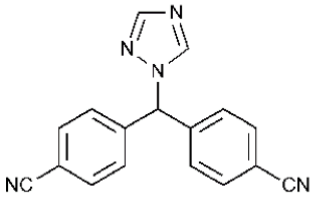


Tamoxifeno

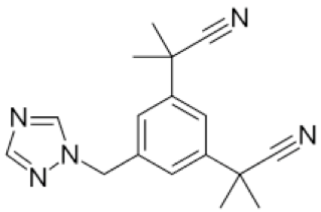
Ambas as moléculas são moduladores seletivos para os recetores de estrogénio → A hipófise vai libertar maior quantidade de FSH e LH → Aumento do nº de folículos e estimulação da ovulação

1 – Agentes indutores da ovulação
1.1- Anti estrogénios

Letrozol (Femara®) **e Anastrozol** (Arimidex®)



Letrozol



Anastrozol

Ambos os farmácos são inibidores da aromatase → Impedem a conversão de androgénios em estrogénios, levando a uma diminuição desta → Aumento da secreção de gonadotrofinas, logo estimulação da ovulação

1 – Agentes indutores da ovulação
1.2- Gonadotrofinas

Corifotropina (Elonva®)

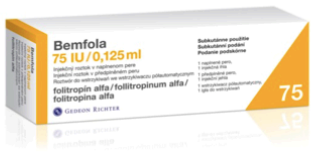
Estimulante folicular, sendo que apresenta o mesmo perfil dinâmico da FSH recombinante, mas com uma maior duração da ação

Indicada para casos de estimulação ovárica controlada, para desenvolvimento folicular em mulheres

Como tem capacidade de iniciar e manter o crescimento folicular múltiplo durante **1 semana**, é necessário apenas uma injeção SC

1 – Agentes indutores da ovulação
1.2- Gonadotrofinas

Folitropina α (Gonal®, Ovaleap®, Bemfola®) **e Folitropina β** (Puregon®)



Ambas as folitropinas são utilizadas em situações de anovulação, em **mulheres** que não obtiveram resposta ao tratamento com citrato de clomifeno e em casos em que se pretende uma hiperestimulação ovárica controlada
Nos homens são utilizadas em situações de espermatogénese deficiente devido a hipogonadismo hipogonadotrófico

1 – Agentes indutores da ovulação
1.2- Gonadotrofinas

Menotropina (Menopur®)

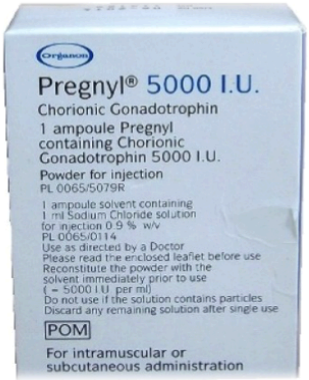
Contém FSH e LH e é utilizada em casos de tratamento de mulheres que não conseguem engravidar pois os seus ovários não produzem óvulos

Folitropina α + Lutropina α (Pergoveris®)

A **lutropina α** vai aumentar a secreção de estrogénios pelos folículos, cujo o crescimento é estimulado pela FSH. Indicado no tratamento para a estimulação folicular em mulheres com deficiência grave em FSH e LH

1 – Agentes indutores da ovulação
1.2- Gonadotrofinas

Gonadotrofina coriónica (Pregnyl®)



A gonadotrofina coriónica (hCG) possui uma atividade farmacodinâmica muito semelhante à LH.

- **Nas mulheres** é administrada como substituto da LH para a indução da fase final da maturação folicular;
- **Nos homens** é administrada para a estimulação das células de Leydig para promover a produção de testosterona.

2 – Antagonistas da Hormona Libertadora de Gonadotrofinas (GnRH) (Orgalutran®)

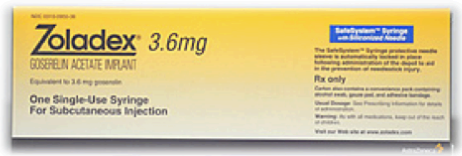
A ganirelix é um antagonista GnRH e por isso faz com que haja uma supressão rápida e reversível das gonadotrofinas endógenas
É utilizada com o objetivo de prevenir a luteinização prematura induzida pela LH, em mulheres submetidas a hiperestimulação ovárica

3 – Progesterona (Progeffik®)

O corpo lúteo, formado após a ovulação, é responsável pela libertação de hormonas, sobretudo de progesterona

Pode ser administrado **via oral**:em casos de perturbações associadas a uma insuficiência de progesterona;
Administrado **via vaginal**: em mulheres ovarioprivadas com deficiência total de progesterona

4 –Hormona Libertadora de Gonadotrofinas (GnRH) – Acetato de goserrelina (Zoladex®)

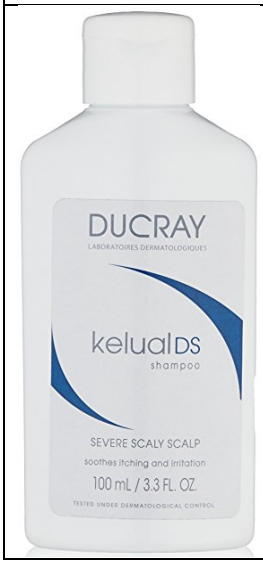


Sendo um análogo da LHRH, vai atuar na produção hormonal

Nos homens é utilizada em casos de cancro da próstata, uma vez que diminui os níveis de progesterona
Nas mulheres vai atuar na concentração dos estrogénios, diminuindo-a, sendo utilizada no tratamento da endometriose

ANEXO IX – Tabela conselho sobre os produtos de dermocosmética da farmácia para o tratamento da Dermatite Seborreica

	Uriage® D.S Gel Nettoyant Gel de limpeza regulador	**Composição:** Água termal de Uriage® Complexo TLR2-Regul Piroctona Olamina Tensioativos suaves Agentes protetores **Modo de utilização:** **Couro cabeludo:** usar 2/3x por semana **Corpo e rosto:** usar 1/2x por dia, deixar atuar durante alguns instantes e enxaguar. Evitar o contacto com os olhos.
	Uriage® D.S Émulsion Cuidado regulador	**Composição:** Água termal de Uriage® Complexo TLR2-Regul Piroctona Olamina Glicerina Manteiga de Karité **Modo de utilização:** **Corpo e rosto:** usar 1/2x por dia, após limpeza da pele com D.S gel de limpeza. Evitar o contacto com os olhos.
	Uriage® D.S Lotion Spray calmante regulador	**Composição:** Água termal de Uriage® Complexo TLR2-Regul Piroctona Olamina Óleo de Cade essencial **Modo de utilização:** **Couro cabeludo:** pulverizar no couro cabeludo seco ou molhado; 2x por dia em caso de crise e 1x por dia como prevenção. Nao enxaguar.

	Bioderma® Nodé DS+ Champo	**Composição:** Água Patente DSactiv™ Piritiona de zinco Piroctona Olamina Ácido salicílico Agentes calmantes **Modo de utilização:** **Couro cabeludo:** aplicar em couro cabeludo molhado e deixar atuar durante alguns minutos, enxaguar com água; Cuidado de ataque: 3x por semana Cuidado de manutenção: 2x por semana
	ISDIN® Nutradeica Gel creme facial	**Composição:** Pidolato de zinco Piroctona Olamina Acetamida Symcalmin **Modo de utilização:** **Rosto:** aplicar 2x por dia, depois da limpeza das zonas afetadas; na utilização adjuvante aplicar 1h após o tratamento farmacológico
	**Ducray® Kelual DS** Champo	**Composição:** Ciclopirox Olamina Piritonato de zinco Ácido β-glicirretínico Keluamida **Modo de utilização:** **Couro cabeludo** Fase de ataque: 3x por semana, deixar repousar durante 3 minutos durante 2 semanas Fase de manutenção: 1x por semana, deixar repousar 3 minutos durante 8 semanas.

	Ducray® Kelual DS Creme	**Composição:** Glicolato de guanidina® Piroctona olamina + Crotamiton Ácido β-glicirretínico Keluamida **Modo de utilização:** **Rosto** Fase de ataque: aplicar de manhã e à noite, depois da limpeza da pele, durante 2 semanas Fase de manutenção: aplicar 2x por semana, depois da pele limpa
	Ducray® Kelual DS Gel espuma	**Composição:** Piroctona olamina Gluconato de Zinco Glicerina Keluamida **Modo de utilização:** **Corpo:** aplicar 1/2x por dia sobre a pele húmida, emulsionar e deixar atuar durante alguns minutos e enxaguar.
	Ducray® Kelual Emulsão	**Composição:** Keluamida Emulsão O/A **Modo de utilização:** **Corpo:** aplicar todos os dias em massagem suave, deixar repousar 10/20 minutos antes do banho. Retirar com o produto de higiene habitual até completo desaparecimento das películas. Utlizar durante 5 dias

RELATÓRIO DE ESTÁGIO
2016-17

RUA DE JORGE VITERBO FERREIRA
N.º 228, 4050-313 PORTO - PORTUGAL
www.ff.up.pt