

U. PORTO



FACULDADE DE FARMÁCIA
UNIVERSIDADE DO PORTO

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

REALIZADO NO ÂMBITO DO MESTRADO INTEGRADO
EM CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS

Farmácia Peninsular

Carolina Vaz Pereira de Albuquerque Figueirinha

M

2016-17

Faculdade de Farmácia da Universidade do Porto
Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas

Relatório de Estágio Profissionalizante

Farmácia Peninsular

Março de 2017 a julho de 2017

Carolina Vaz Pereira de Albuquerque Figueirinha

Orientadora: Dr.^a Ana Otília Loureiro

Tutor FFUP: Prof. Doutora Helena Vasconcelos

Fevereiro de 2018

Declaração de Integridade

Eu, Carolina Vaz Pereira de Albuquerque Figueirinha, abaixo assinado, nº 201202156, aluna 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

Pela oportunidade de realizar o meu Estágio Profissionalizante em Farmácia Comunitária, agradeço à Comissão de Estágios da Faculdade de Farmácia da Universidade de Porto, em particular à Professora Dr.^a Susana Casal, pelo seu profissionalismo e prontidão no esclarecimento de dúvidas, bem como ao restante corpo docente, por terem contribuído para a minha formação.

Pelo seu aconselhamento na elaboração dos projetos e do relatório de estágio, agradeço à Professora Dr.^a Helena Vasconcelos.

Agradeço à Dr.^a Ana Loureiro, Diretora Técnica da Farmácia Peninsular, cuja exigência e vigor motivaram-me a deixar a minha zona de conforto e a empenhar-me ainda mais no estágio, e à restante equipa – Sofia, Tiffany, Rafaela, Raquel, D.^a Ana, Ivo, Dr.^a Luísa e Dr.^a Rosário – pela simpatia e naturalidade com que me acolheram, pela (in)formação que me deram e pelo auxílio quando algo correu menos bem.

Pelo primeiro contacto com algumas das responsabilidades do Farmacêutico na Farmácia Comunitária, agradeço à Associação de Estudantes da Faculdade de Farmácia da Universidade do Porto e às farmácias do Bessa e Mafalda que me receberam nos estágios extracurriculares.

Por fim, um sentido agradecimento à minha família, que sempre me proporcionou as melhores condições para prosseguir com a minha educação, aos amigos da faculdade, por me terem acompanhado nestes anos de estudo, jantares, viagens, festas e queimas, e aos amigos da escola, pelos sempre bons momentos e por continuarem a seguir a minha jornada.

Resumo

De modo a concluir o Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas, na Faculdade de Farmácia da Universidade do Porto, realizei o Estágio Curricular na Farmácia Peninsular, em Matosinhos, tendo este decorrido entre março e julho de 2017, sob orientação da Dr.^a Ana Loureiro e com o acompanhamento de toda a equipa.

Na farmácia, pude efetuar a maioria das tarefas realizadas pelos colaboradores, no que diz respeito à aquisição, armazenamento, gestão e dispensa dos medicamentos e produtos farmacêuticos. Participei ainda nos processos de receituário e faturação e em alguns dos serviços adicionais prestados aos utentes, apliquei estratégias de *marketing* pela elaboração de um expositor e pela utilização da rede social *Facebook*, e assisti a várias formações, por iniciativa própria ou através da farmácia.

Serve o presente relatório para descrever tudo o que foi executado e observado durante o estágio, de modo a entender o papel do Farmacêutico nesta área, e para transmitir os conhecimentos que foram adquiridos. Encontra-se dividido em duas partes, sendo que na primeira é feita a introdução da farmácia e são descritos os procedimentos dos Serviços Farmacêuticos e as atividades/formações realizadas. Na segunda parte, procedi à análise dos dados que recolhi em dois rastreios, ambos organizados pela farmácia e nos quais tive a oportunidade de participar. Os principais parâmetros avaliados foram a pressão arterial e a glicemia, cujos valores obtidos foram comparados com estudos nacionais efetuados em anos anteriores. Em adição, desenvolvi dois temas que achei pertinentes tanto para a minha formação como para a dos utentes.

O projeto “Suplementos à Base de Levedura de Arroz Vermelho para o Tratamento de Dislipidemias” adveio de um atendimento particular em que um utente solicitou “comprimidos para o colesterol” sem a apresentação de receita médica. Embora o objetivo inicial fosse a divulgação destes produtos como alternativa natural às estatinas, os suplementos são ainda objeto de estudo e de debate, com controvérsias associadas que são enumeradas neste relatório. Como tal, optei por abranger o tema e elaborar um folheto sobre o colesterol, com uma breve menção destes produtos. O projeto “Noções Básicas Sobre Infeções Comuns” surgiu pela necessidade de complementar a informação que os utentes detêm sobre algumas patologias comuns na comunidade e de me preparar para as questões que me eram colocadas. Para este efeito, organizei um pequeno livro, prático e fácil de consultar, no qual refiro, para cada infeção, a sua etiologia, o que a caracteriza (sinais e sintomas), o modo de transmissão, medidas de prevenção, terapias farmacológicas e/ou não farmacológicas e, ainda, perguntas frequentes e algumas dúvidas que me foram colocadas durante o período de atendimento.

Lista de Abreviaturas

ANF	Associação Nacional de Farmácias
c-HDL	Colesterol Associado às Lipoproteínas de Alta Densidade
c-LDL	Colesterol Associado às Lipoproteínas de Baixa Densidade
CT	Colesterol Total
DT	Diretora Técnica
DM	Diabetes Mellitus
FP	Farmácia Peninsular
HDL	Lipoproteínas de Alta Densidade
HTA	Hipertensão Arterial
INFARMED	Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde I.P.
LDL	Lipoproteínas de Baixa Densidade
MNSRM	Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica
MSRM	Medicamentos Sujeitos a Receita Médica
PA	Pressão Arterial
PAD	Pressão Arterial Diastólica
PAS	Pressão Arterial Sistólica
PCHC	Produtos de Cosmética e Higiene Corporal
PV	Prazo de Validade
PVP	Preço de Venda ao Público
RCV	Risco Cardiovascular

Índice de Tabelas

Tabela 1	Cronograma das atividades desenvolvidas ao longo do estágio curricular.	1
Tabela 2	Formações externas frequentadas durante o estágio curricular.	18
Tabela 3	Distribuição das amostras pelas classes dos valores de pressão arterial.	22
Tabela 4	Prevalência (em percentagem) dos fatores de risco nos indivíduos hipertensos.	25

Índice de Figuras

Figura 1	Prevalência (em percentagem) da Diabetes Mellitus nas três faixas etárias, com distinção entre os géneros e entre os resultados do Relatório* e da Feira'. Total' representa os resultados da Feira, sem distinção entre os géneros.	21
Figura 2	Prevalência (em percentagem) da hipertensão arterial nas quatro faixas etárias, com distinção entre os resultados do Inquérito, Feira e do Rastreio	23

Índice

Introdução	1
Descrição das Atividades Desenvolvidas no Estágio	2
1. Farmácia Peninsular	2
1.1.Organização da Farmácia.....	2
1.2.Sistemas Informáticos.....	2
1.3.Disposição da Farmácia.....	3
2. Gestão de Existências	4
3. Encomendas e Aprovisionamento	4
3.1.Sistemas e Critérios de Aquisição.....	4
3.1.1. Encomendas a Distribuidores Grossistas.....	4
3.1.2. Encomendas Diretas aos Laboratórios.....	5
3.1.3. Receção e Conferência de Produtos Adquiridos.....	6
3.2.Armazenamento dos Produtos.....	7
3.3.Prazos de Validade e Rotatividade.....	8
3.4.Reservas.....	9
3.5.Devoluções.....	9
4. Dispensa de Medicamentos e Produtos Farmacêuticos	10
4.1.Medicamentos Sujeitos a Receita Médica.....	10
4.1.1. Validação da Prescrição Médica.....	11
4.1.2. Psicotrópicos e Estupefacientes.....	12
4.2.Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica.....	12
4.3.Produtos de Cosmética e Higiene Corporal.....	13
4.4.Produtos de Puericultura.....	14
4.5.Suplementos Alimentares e Alimentos Dietéticos para Fins Medicinais Específicos.....	14
4.6.Dispositivos Médicos.....	15
4.7.Outros.....	15
5. Receituário e Faturação	16
6. Serviços Adicionais Prestados na Farmácia	17
7. Marketing Farmacêutico	17
8. Atividades Complementares / Formações	18

Temas Desenvolvidos	20
1. Projeto I – Análise do Rastreamento de Glicemia e Pressão Arterial e do Rastreamento Cardiovascular	20
1.1. Introdução	20
1.2. Diabetes Mellitus	20
1.3. Hipertensão Arterial.....	22
1.4. Arritmias	24
1.5. Estilos de Vida	24
2. Projeto II – Suplementos à Base de Levedura de Arroz Vermelho para o Tratamento de Dislipidemias	25
2.1. Enquadramento e Objetivos	25
2.2. Introdução	25
2.3. Avaliação do Risco Cardiovascular e Abordagem Clínica das Dislipidemias.....	26
2.3.1. Medidas Não Farmacológicas	27
2.3.2. Medidas Farmacológicas.....	27
2.4. Suplementos à Base de Levedura de Arroz Vermelho	28
2.4.1. Introdução	28
2.4.2. Controvérsias	29
2.5. Intervenção na Farmácia.....	30
2.6. Conclusão	30
3. Projeto III – Noções Básicas Sobre Infecções Comuns	31
3.1. Enquadramento e Objetivos	31
3.2. Gripe e Constipação	31
3.3. Gastroenterite	32
3.4. Cistite.....	33
3.5. Candidíase Vulvovaginal	34
3.6. Onicomicose.....	35
3.7. Pé de Atleta	36
3.8. Conjuntivite	36
3.9. Herpes Labial	37
3.10. Intervenção na Farmácia.....	38
3.11. Conclusão	38
Considerações Finais	39
Referências Bibliográficas	40

Anexos	43
Anexo I – Lista de Medicamentos Incluídos no Projeto Via Verde	43
Anexo II – Expositor “Praia vs Campo” e Respetivos Folhetos Informativos	44
Anexo III – Publicação do <i>Facebook</i> alusiva ao Dia Mundial da Saúde Ocular	46
Anexo IV – Certificados de Formações Frequentadas	47
Anexo V – Panfleto e Ilustração da Feira de Saúde em Matosinhos	53
Anexo VI – Ilustrações do Rastreio Cardiovascular na Farmácia Peninsular	54
Anexo VII – Dados Recolhidos na Feira da Saúde	55
Anexo VIII – Dados Recolhidos no Rastreio Cardiovascular	57
Anexo IX – Folheto Informativo do Colesterol.....	59
Anexo X – Livro Informativo das Noções Básicas Sobre Infeções Comuns	60

Introdução

O estágio profissionalizante em farmácia comunitária é, na minha opinião, de grande relevância para a construção profissional e ética dos farmacêuticos, no sentido em que proporciona situações práticas nas quais é possível aplicar o que nos foi transmitido ao longo do curso, aprender a comunicar e a lidar com as emoções dos utentes, trabalhar em equipa para assim garantir o bem da farmácia e dos utentes e, ainda, ter um papel ativo na educação da comunidade, quando são colocadas dúvidas ou quando é perceptível a falta de informação ou a má compreensão da mesma.

O meu estágio decorreu entre os dias 6 de março e 24 de julho, na Farmácia Peninsular (FP), em Matosinhos, sob orientação da Dr.^a Ana Loureiro. Ainda que tenham sido positivas as experiências nas farmácias onde frequentei os estágios extracurriculares proporcionados pela Associação de Estudantes da Faculdade de Farmácia da Universidade do Porto, optei pela FP sobretudo pela sua grande dimensão. Deste modo, tive acesso a um elevado número de produtos e marcas, pude contactar com mais utentes e, por conseguinte, com mais casos práticos, e trabalhei em conjunto com uma equipa maior do que as que estava acostumada. A Dr.^a Ana propôs que fizesse o horário das 10h às 18h, com uma hora para almoço, tendo sido feitas, por vezes, alterações para adaptar às necessidades da FP, pelo que me mostrei sempre disponível para permutas de horário. Deste modo, foi-me possível assistir à abertura e ao fecho da farmácia e à dinâmica dos fins-de-semana.

No presente relatório, são descritas, primeiramente, as atividades desenvolvidas no estágio, no que diz respeito aos serviços farmacêuticos que assisti e desempenhei na FP, e, posteriormente, os projetos desenvolvidos com o intuito de instruir os utentes sobre alguns temas que considere mais pertinentes. O cronograma das atividades realizadas neste período encontra-se representado na **Tabela 1**.

Tabela 1 | Cronograma das atividades desenvolvidas ao longo do estágio curricular.

	Março	Abril	Mai	Junho	Julho
Integração no <i>back office</i>					
Receção de encomendas e armazenamento					
Gestão de <i>stocks</i>					
Determinação de parâmetros bioquímicos					
Controlo dos prazos de validade					
Acompanhamento dos atendimentos					
Atendimento autónomo					
Organização de receituário e faturação					
Formações					
Projeto II (Suplementos para as Dislipidemias)					
Projeto III (Infeções Comuns)					

Descrição das Atividades Desenvolvidas no Estágio

1. Farmácia Peninsular

A FP, localizada na Avenida da República, em Matosinhos, pertence a um grupo de farmácias do mesmo proprietário.

Por se situar numa das principais ruas da cidade, são muitos os utentes que se deslocam a esta farmácia, sendo que a maioria já se encontra fidelizada, o que espelha o seu grau de satisfação no que diz respeito ao serviço da FP. À semelhança do que acontece noutras farmácias, são os idosos o grupo etário mais representativo. Verifiquei, também, uma grande afluência de grávidas e recentes mães, o que justifica a grande aposta na área de puericultura.

1.1. Organização da Farmácia

A sua equipa integra três farmacêuticas – Dr.^a Rosário Pereira, Dr.^a Luísa Brás e a diretora técnica (DT) Dr.^a Ana Loureiro –, quatro técnicos de farmácia – Rafaela Rodrigues, Ivo Moreira, Tiffany Cardoso e Raquel Lopes –, uma técnica auxiliar – Sofia Costa – e, ainda, uma consultora de dermocosmética – Ana Damião. Trata-se de uma equipa multidisciplinar bem organizada que, sob a liderança da DT, reparte o trabalho de forma a rentabilizar o tempo, aumentar a produtividade e melhorar a efetividade dos serviços prestados.

O horário de funcionamento da FP é das 9h às 20h, de segunda a sábado, encontrando-se encerrada aos domingos e feriados. Periodicamente, são realizados os turnos de serviço permanente estipulados pela Associação Nacional de Farmácias (ANF) e aprovados pela Administração Regional de Saúde do Norte ^[1].

1.2. Sistemas Informáticos

O principal sistema informático utilizado na FP é o Sifarma 2000[®], uma ferramenta de auxílio na gestão da farmácia. Entre muitas funcionalidades, este permite controlar as existências, no que diz respeito aos *stocks* e prazos de validade (PV), efetuar pedidos de encomenda e, posteriormente, fazer a sua receção ou devolução, dispensar medicamentos e produtos farmacêuticos e consultar informação (como a posologia, precauções, reações adversas, contraindicações e interações) de um determinado produto. Tive oportunidade de trabalhar com este programa nos estágios extracurriculares, o que facilitou a execução de certas operações como a gestão de encomendas, contudo foi com o estágio curricular que tive um conhecimento mais aprofundado do mesmo.

Paralelamente, a FP dispõe de um cartão de fidelização com um sistema informático próprio que possibilita consultar o histórico de compras do utente, facilitando o processo de dispensa, dado que o utente pode não ser capaz de indicar o nome ou o laboratório do produto. Embora isto seja exequível com o Sifarma®, este obriga a que o atendimento seja interrompido. Em adição, o cartão atribui descontos e prémios aos utentes, como é explicado na secção 7. É de ter em conta que a elaboração do cartão é feita com o consentimento dos utentes que cedem os seus dados pessoais.

1.3. Disposição da Farmácia

A FP é bastante ampla, com grandes vitrinas que permitem a visualização da zona de atendimento, campanhas temáticas e cartazes publicitários. Expostos na porta de entrada estão o horário de funcionamento, a indicação da direção técnica e a lista das farmácias de serviço em Matosinhos. No exterior, encontra-se a cruz verde para identificação da farmácia.

O espaço interior é caracterizado pelo seu *design* moderno, com o predomínio do branco, o que confere uma sensação de espaço e comodidade. Este divide-se em várias zonas:

- Zona de atendimento, constituída por seis balcões de atendimento, sendo que um se encontra mais próximo dos produtos de cosmética e higiene corporal (PCHC), para utentes que não procurem medicação, mas sim um aconselhamento destes produtos. Existem três lineares com PCHC e produtos de puericultura e, uma vez que a sua extensão o possibilita, três gôndolas, onde estão expostos os produtos dietéticos e de higiene oral, suplementos alimentares e produtos em destaque, como os sazonais (por exemplo, protetores solares) ou os que se encontram com campanha promocional. Atrás dos balcões, encontram-se os medicamentos não sujeitos a receita médica (MNSRM) que são comumente solicitados (como os antigripais, descongestionantes, probióticos ou analgésicos tópicos).

- Back office, onde é feito o pedido e receção de encomendas, estando equipado com computador, impressoras, leitor de código de barras, dois balcões – para que as encomendas de maior volume não interfiram com as diárias, que assumem prioridade – e arquivos com documentos, como as notas e faturas de encomenda. É também nesta zona que se procede ao armazenamento dos produtos em gavetas, estantes ou no frigorífico. Possui, ainda, um contentor VALORMED para a recolha de medicamentos usados e/ou com PV expirado.

- Gabinetes de atendimento privado, que se destinam à prestação dos serviços que a FP providencia, às formações internas e às reuniões com os delegados de informação médica.

- Laboratório, com água destilada e alguns materiais de medição, que se destina, apenas, à reconstituição de suspensões orais, se o utente o solicitar.

- Escritório da direção técnica, onde é possível consultar fontes de informação.

- Armazém, com cacifos e material como sacos ou objetos para decoração.

- Zona de descanso.

- Instalações sanitárias, também acessíveis aos utentes.

2. Gestão de Existências

A administração de uma farmácia passa, essencialmente, pela gestão de existências, sendo esta um importante elemento de sustentação da farmácia. De facto, é imperativo adquirir um leque variado de produtos que atraiam utentes de diferentes estratos sociais, e evitar ruturas que perturbem os utentes fidelizados, ao mesmo tempo que se controla a qualidade e se promove a rotatividade desses mesmos produtos, para que não culmine na sua estagnação, constituindo um prejuízo para a farmácia.

Deste modo, é exigida uma cuidadosa análise de cada produto, tendo em consideração os fatores como o consumo médio, a sazonalidade, campanhas publicitárias e condições de aquisição dos fornecedores.

O Sifarma® constitui uma mais-valia para todo este processo, não só porque permite uma consulta rápida dos *stocks*, como também edita automaticamente as quantidades informáticas, consoante a receção ou dispensa, e possibilita a definição, para cada produto, de um *stock* mínimo e máximo e do seu fornecedor habitual, facilitando o processo de aquisição. Uma tarefa que me foi atribuída consistiu no acerto dos níveis mínimo e máximo de alguns produtos, com os valores que me foram indicados. Porém, nem sempre o *stock* informático corresponde ao *stock* físico, pelo que a contagem física deve ser executada periodicamente.

Durante o estágio, participei em todos estes processos inerentes à gestão de existências, que serão elucidados de seguida.

3. Encomendas e Aprovisionamento

3.1. Sistemas e Critérios de Aquisição

O processo de aquisição de produtos consiste, inicialmente, na seleção dos produtos em falta, tendo em conta os fatores referidos na secção 2., e, seguidamente, na requisição dos mesmos aos respetivos fornecedores, podendo ser feita diretamente aos próprios laboratórios ou indiretamente a distribuidores grossistas.

3.1.1. Encomendas a Distribuidores Grossistas

Os distribuidores grossistas são notáveis pela rapidez do serviço e pela facilidade de aquisição de produtos dos quais não são exigidas grandes quantidades. Os principais distribuidores da FP são a *OCP Portugal*, à qual são solicitados, essencialmente, medicamentos sujeitos a receita médica (MSRM), e a *Cooprofar*, da qual são obtidos grande parte dos produtos de venda livre. Caso ambos os fornecedores se mostrem indisponíveis para a distribuição de um determinado produto, por exemplo em caso de rutura, a FP recorre à *Magium Farma* ou à *Alliance*

Healthcare; o mesmo acontece se estes distribuidores oferecerem promoções ou bonificações, uma vez que a escolha dos fornecedores, para além das condições do serviço, tem em consideração os preços dos produtos.

São realizados três tipos de encomendas:

- Encomendas diárias, que são geradas automaticamente pelo Sifarma®, para cada fornecedor, com a lista dos produtos que atingiram o *stock* mínimo e as respetivas quantidades necessárias para alcançar o *stock* máximo. As quantidades podem ser ajustadas consoante as entradas e saídas nos seis meses anteriores, que são demonstradas através de um gráfico de barras. Durante o estágio, começaram a surgir, diariamente, vários utentes, vindos de uma clínica dentária próxima da FP, a solicitar o gel dentífrico Arthrodont®, cujo *stock* máximo era de, apenas, uma unidade. Face a esta situação, surgiu a necessidade de aumentar as quantidades deste produto dentífrico nas encomendas. Se outros fornecedores apresentarem melhores condições, pode ser feita a transferência dos produtos para esses mesmos. Estas encomendas são da responsabilidade da DT ou, na sua ausência, da técnica auxiliar, que me autorizou a assistir e a participar nesta seleção.

- Encomendas instantâneas, que podem ser feitas por qualquer colaborador, através de programas dos distribuidores nos computadores ou por telefone. Geralmente, procede-se a este tipo de encomendas quando existe falha no *stock* aquando de um atendimento, ficando o produto como reserva. Através de uma receita válida, no Sifarma®, é possível recorrer ao Projeto Via Verde do Medicamento para obter certos medicamentos (**Anexo I**) [2], procedimento este que também tive a oportunidade de realizar, de modo a adquirir uma embalagem de Lovenox® 40mg/0,4mL.

- Encomendas manuais, que se destinam, habitualmente, a produtos rateados ou esgotados, sendo contactado o fornecedor por via telefónica. Uma das minhas tarefas frequentes era ligar para uma linha especializada da OCP, a solicitar os vários produtos na lista de esgotados, gerada automaticamente pelo Sifarma®, aquando da receção das encomendas.

3.1.2. Encomendas Diretas aos Laboratórios

Os produtos mais vendidos, e, portanto, que exigem quantidades superiores, são encomendados diretamente aos laboratórios, por estes oferecerem melhores condições para pedidos volumosos. Deste modo, eleva-se a importância de gerir as existências de forma consciente e realista, pois escoar grandes quantidades pode tornar-se um desafio e pode constituir prejuízo para a farmácia.

Para isto, é retirada, do Sifarma®, uma listagem de vendas dos produtos, consoante o detentor de autorização de introdução no mercado, que é analisada pela DT, aquando de uma reunião com o delegado responsável. Seguidamente, é elaborada a nota de encomenda, no sistema. A listagem é arquivada na respetiva pasta no *back office*, para posterior conferência da encomenda.

3.1.3. Receção e Conferência de Produtos Adquiridos

Após a entrega de encomendas, a prioridade é acondicionar os produtos de frio, que são transportados em contentores térmicos, confirmando o seu pedido e registando os PV na fatura, emitida em duplicado, que se faz acompanhar dos produtos. Caso a encomenda não tenha sido, ainda, faturada, é cedida uma guia de remessa, sendo possível, posteriormente, imprimir a fatura através do portal do fornecedor.

No Sifarma®, encontram-se já as encomendas diárias e as do Projeto Via Verde, mas é necessário introduzir manualmente as restantes para proceder à sua receção. Como foi referido anteriormente, as faturas de encomendas diretas são confrontadas com as notas de encomenda para conferência das mesmas.

Depois de selecionada a encomenda pretendida, começa-se por indicar o número e o total da fatura/guia de remessa e, seguidamente, procede-se à leitura do código de barras de todas as embalagens, salvo exceções em que é inserido manualmente o código nacional de produto e o total de unidades, como ocorre com os produtos de frio, previamente armazenados, e com as encomendas diretas, devido ao número elevado de produtos. Simultaneamente, verifica-se a integridade do produto e o PV – devendo este ser atualizado quando inferior ao do sistema ou quando o *stock* é nulo –, separam-se os produtos para marcação de preço e agrupam-se os restantes consoante o local de armazenamento.

No fim deste processo, se o número total de unidades coincidir com o da fatura, é atualizado, para cada produto, o preço de venda à farmácia. Para os produtos com preço impresso na cartonagem, é alterado o preço de venda ao público (PVP) se o *stock* for nulo, caso contrário, só é possível a atualização após a dispensa dos produtos com o PVP desatualizado. Também os produtos de venda livre podem sofrer alterações do PVP, tendo em consideração as condições de comercialização da FP, sendo que para estes são impressas etiquetas que não devem ocultar o PV e informação em português ou em braille. Para além disto, é necessário indicar, no sistema, descontos que possam ter sido feitos.

Com o total da fatura equivalente, é terminada a receção da encomenda e são transferidas as faltas para a lista de esgotados e para a Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I.P. (INFARMED). No caso de serem rececionados medicamentos psicotrópicos ou benzodiazepinas, que exigem maior controlo, o Sifarma® obriga a que seja feita a leitura ótica do código impresso nos documentos de requisição destes produtos. Estes documentos, associados à fatura, são também emitidos em duplicado, pelo que o duplicado é enviado ao distribuidor, devidamente assinado e carimbado pela farmacêutica responsável, enquanto o original fica arquivado na FP, assim como o original da fatura.

A receção de encomendas foi a primeira atividade que realizei e, ainda que já estivesse familiarizada com o processo, considerei a experiência essencial para me adaptar ao ambiente e à dinâmica de trabalho, conhecer os produtos e marcas que eram trabalhados na FP e os que tinham maior saída e, mais tarde, pude compreender como este primeiro passo da gestão da farmácia pode afetar todos os seguintes. Apesar de ter rececionado a maioria das encomendas

em março, nos restantes meses colaborei no processo sempre que achei pertinente ou quando me era solicitado pela técnica auxiliar que me acompanhou durante este primeiro mês, tendo sido a mesma a confirmar as receções que efetuei e a proceder às alterações dos PVP, com o cuidado de me explicar o raciocínio.

3.2. Armazenamento dos Produtos

O armazenamento é uma etapa igualmente fundamental para a organização da farmácia, não só porque acelera o processo de dispensa, uma vez que se pressupõe que um dado produto se irá encontrar no seu local predefinido, como também contribui para o controlo das existências, procurando evitar desperdícios por baixa rotatividade ou por perda de *stock*.

Deste modo, os medicamentos são armazenados em dois módulos de gavetas, divididos por categorias: comprimidos/cápsulas, ampolas, pomadas/cremes, supositórios/enemas/óvulos, injetáveis, soluções/suspensões/sistemas transdérmicos, pílulas, colírios, material para determinações bioquímicas, máscaras/seringas/luvas, produtos de veterinária e psicotrópicos, sendo que esta última gaveta não se encontra identificada. Dentro de cada uma, os medicamentos estão organizados por ordem alfabética da denominação comum internacional, no caso dos genéricos, ou do nome comercial, nos de marca, e pela dosagem. As gavetas superiores destinam-se aos excedentes e outras três às reservas. Uma vez que a indústria está em constante mudança, com novos medicamentos a surgirem e outros a serem descontinuados, é compreensível que os espaços definidos para cada medicamento se tornem desadequados. De fato, algumas gavetas encontravam-se já saturadas, o que dificultava e atrasava o armazenamento dos medicamentos que eram adquiridos em maior quantidade, enquanto outras eram desaproveitadas. Face a este problema, procedi à atualização dos espaços, consultando as listagens de medicamentos que eram adquiridos na FP e os respetivos *stocks* máximos que foram definidos. Deixei ainda um espaço livre em cada gaveta para futuras alterações. Considero que esta minha contribuição tenha sido bastante útil para a FP e também para mim, uma vez que enquanto executava esta tarefa, ia tomando conhecimento das indicações terapêuticas de cada medicamento, por consulta do Sifarma® ou dos folhetos informativos.

Os restantes produtos de venda livre estão distribuídos em estantes, consoante a indicação terapêutica, no caso de MNSRM, ou a marca, no caso de PCHC. Algumas prateleiras destacam produtos com baixa rotatividade ou curto PV.

Como já foi referido anteriormente, os produtos de frio, como vacinas, insulinas e algumas pomadas e colírios, são acondicionados num frigorífico devidamente calibrado.

Em todo o *stock*, mesmo no que se encontra na zona de atendimento, é aplicado o método *First Expired, First Out*, que consiste em colocar, em primeiro plano, os produtos com menor PV, para que sejam dispensados primeiro, evitando perdas. Durante o estágio, constatei que este não era devidamente aplicado nos MNSRM que se encontravam atrás do balcão, não só porque este processo era constantemente interrompido pelos utentes que entravam na

farmácia, como dificultava a circulação dos colaboradores. Como tal, tomei a iniciativa de, nas horas de menor afluência, reorganizar estes medicamentos consoante o PV. Em alguns casos, já era visível uma variação significativa do PV.

Nestas zonas, é obrigatório o controlo da temperatura e humidade [3], através de termohigrómetros, de modo garantir que não haja flutuações significativas que comprometam a integridade dos produtos.

Todos os colaboradores participam no armazenamento, sempre que são rececionadas encomendas, desde que não estejam utentes em espera, pelo que foi algo que realizei durante todo o estágio, tendo-me servido para localizar rapidamente os produtos solicitados no atendimento.

3.3. Prazos de Validade e Rotatividade

O PV é um importante parâmetro de segurança que tem como objetivo proteger a saúde do utente, garantindo que o produto se encontra em condições de exercer a sua ação, sem provocar efeitos indesejáveis decorrentes da sua deterioração.

Como tal, no final de cada mês, é retirada do Sifarma® a listagem dos produtos cujo PV expira nos três meses seguintes, para averiguação deste parâmetro em todas as embalagens. Se constar da lista um produto com apenas uma unidade em *stock*, a listagem é atualizada caso o PV não seja coincidente. Se existir mais do que uma unidade de um dado produto, é o menor PV que é confrontado com o da listagem. As discordâncias podem resultar de falhas durante a receção de encomendas, se o PV não for devidamente atualizado, ou durante o armazenamento, se não for aplicado o método *First Expired, First Out*, como já referi.

Os produtos cujo PV termina em 30 dias ou que não sejam totalmente consumíveis até ao prazo limite são devolvidos aos armazenistas ou aos laboratórios, podendo estes aceitar ou rejeitar a devolução. Para os restantes, os procedimentos são diversos. Nos MSRM, é colocado um *post it* com a indicação “validade” para que, aquando do atendimento, haja o cuidado de dispensar a unidade com menor PV, nomeadamente se o utente não tiver preferência pelo laboratório. Os produtos expostos permanecem nos lineares, na primeira linha. Os produtos de venda livre que não estão na zona de atendimento são colocados numa prateleira reservada a este efeito, para se destacarem e para os colaboradores procurarem introduzi-los no seu atendimento.

Com a supervisão de uma das técnicas, fiquei encarregue de controlar os PV no final dos meses de abril e maio. Contudo, é importante referir que, mesmo com este processo, não deve ser descurada a verificação dos PV no ato da dispensa.

Adjacente à prateleira dos PV, e com o mesmo objetivo, existe a dos produtos de baixa rotatividade. Para motivar a equipa, alguns destes são repartidos por caixas atribuídas a cada colaborador e é afixada, no *back office*, uma lista de produtos sem consumo, onde os colaboradores assinalam os produtos que dispensaram.

À medida que é feita a gestão destes parâmetros, são conferidos os *stocks* e, caso o físico não coincida com o informático, quer por erros na receção ou na dispensa, ou por perdas, esta falha é registada numa folha afixada no *back office*, para posterior acerto.

3.4. Reservas

Como foi referido na secção 3.1.1., podem ser feitas encomendas durante os atendimentos e os produtos ficarem reservados, pelo que o utente pode optar por pagar de imediato ou no ato de levantamento.

Nos módulos de gavetas, duas são dedicadas às reservas pagas e uma às não pagas, estando os produtos organizados alfabeticamente e com o talão de reserva que identifica o utente que os solicitou. Os de maior volume são colocadas numa prateleira.

Regularmente, é feito o seu controlo, nomeadamente das reservas não pagas, dado que podem constituir prejuízo para a farmácia, se se tratarem de produtos de baixa rotatividade e/ou de elevado preço. Deste modo, a FP informa o utente que tem cinco dias para levantar a reserva, sendo que após esse prazo são devolvidas aos fornecedores.

Aquando da receção de encomendas, o Sifarma® associa, automaticamente, os produtos às respetivas reservas para que no atendimento seja possível verificar se a reserva já foi dada como recebida.

Não só realizei várias reservas, quando não era possível a dispensa de certos produtos no momento do atendimento, como procedi múltiplas vezes ao seu controlo.

3.5. Devoluções

As devoluções são feitas no Sifarma®, por indicação dos produtos a devolver, das faturas que comprovam que estes foram adquiridos dos fornecedores a quem são dirigidas, e dos motivos para a sua devolução – como a expiração do PV; outros incluem a entrega de produtos danificados, desistência de reserva não paga, engano no pedido e recolha por ordem do INFARMED ou do laboratório. Deste modo, é emitida uma nota de devolução em triplicado, sendo que a original e duplicada são assinadas e carimbadas pela farmacêutica responsável e são enviadas juntamente com os produtos; a triplicada permanece na farmácia.

Caso o fornecedor opte por aceitar a devolução, são enviadas notas de crédito ou produtos para troca; se a rejeitar, procede-se à quebra dos produtos. Em ambos os casos, as devoluções devem ser regularizadas no sistema para acerto do *stock*.

Particpei na elaboração de várias devoluções durante o estágio, em particular a de um produto de frio, cujo procedimento desconhecia, pelo que me informei com o fornecedor. A situação foi comunicada ao funcionário que faz a distribuição, para que este levasse um contentor térmico e solicitasse o medicamento que iria permanecer, entretanto, no frigorífico.

4. Dispensa de Medicamentos e Produtos Farmacêuticos

A dispensa constitui o último contacto do utente com um profissional de saúde, pelo que o Farmacêutico assume o compromisso de garantir que o produto é adequado e necessário ao utente, e que é compreendido o seu modo de administração e a importância da adesão à terapêutica, cumprindo o princípio do uso racional. O atendimento completo deve ser prestado a todos os utentes, uma vez que é errado pressupor que os doentes crónicos cumprem o plano terapêutico.

Esta foi a atividade farmacêutica para a qual senti mais ansiedade, precisamente por albergar uma grande responsabilidade e pela comunicação com os utentes que pode ser, por vezes, desafiante. As situações mais desagradáveis advieram da falta de produtos no *stock*, mas esforcei-me por apelar à compreensão dos utentes sem descuidar as razões do seu descontentamento, sugerir alternativas válidas sempre que possível ou explorar todas as formas de adquirir o produto.

Senti, também, um certo desconforto inicial por desconhecer muitos dos produtos que são comercializados na FP, mas este foi desvanecendo com a cooperação de toda a equipa e com as formações internas e externas a que assisti.

4.1. Medicamentos Sujeitos a Receita Médica

Segundo o Estatuto do Medicamento, estão sujeitos a receita médica os medicamentos que “possam constituir um risco para a saúde do doente (...) caso sejam utilizados sem vigilância médica” ou “para fins diferentes daquele a que se destinam”, que “contenham substâncias (...) cuja atividade ou reações adversas” não são ainda bem conhecidas, ou que se destinem a ser administrados por via parentérica ^[4].

Eram vários os utentes que solicitavam MSRM sem receita, pelo que fazia parte do meu atendimento diário explicar que, para segurança dos utentes, alguns medicamentos exigiam um maior controlo. Os mais requisitados eram o ibuprofeno 600mg e o paracetamol 1000mg, para os quais eram sugeridas as dosagens alternativas de 400mg e 500mg, respetivamente, explicando que diferenciam apenas na posologia.

Durante o estágio, surgiram alguns casos de erros na prescrição, o que causou um certo constrangimento, dado que os farmacêuticos não têm autoridade para alterar o documento. Uma situação em particular envolveu uma utente que me apresentou uma receita médica na qual eram prescritos antibióticos para o tratamento de uma infeção causada pela bactéria *Helicobacter pylori*. Contudo, constatei, pela posologia, que o número de comprimidos era insuficiente para cumprir a duração do tratamento. Deste modo, não me foi possível dispensar outra embalagem para além da necessária para iniciar a terapia, pelo que a utente precisou de consultar novamente o médico prescritor.

Ainda assim, o principal obstáculo consistia na incapacidade de o utente referir o medicamento a que estava acostumado, quando não era prescrito o nome comercial. Este era resolvido caso o utente tivesse aviado essa mesma medicação na FP, ficando a informação registada no cartão da farmácia ou no Sifarma®.

4.1.1. Validação da Prescrição Médica

A prescrição médica consiste num “documento através do qual são prescritos, por um médico (...), por um médico dentista ou por um odontologista, um ou mais medicamentos” [4], e que “inclui obrigatoriamente a respetiva denominação comum internacional da substância ativa, a forma farmacêutica, a dosagem, a apresentação, a quantidade e a posologia” [5]. Contudo, o prescriptor pode optar pelo nome comercial, caso este não possua um medicamento genérico participado, ou exista uma justificação técnica, que se apoia em três exceções: margem terapêutica estreita, reação adversa prévia ou duração do tratamento superior a 28 dias; nas duas primeiras, é obrigatória a dispensa do medicamento da receita, enquanto que na última pode ser cedido um medicamento similar de preço inferior ao registado [6].

As prescrições efetuadas por meios eletrónicos podem apresentar-se em papel (materializadas) ou sem papel (desmaterializadas) [5], sendo que as últimas eram as mais frequentes, como seria expectável, uma vez que entrou em vigor, em abril do ano passado, a obrigatoriedade das prescrições sem papel [7]. Estas, para além de conterem um número ilimitado de linhas por prescrição [6], diminuem os erros inerentes à dispensa, por comparação dos códigos dos produtos dispensados e prescritos, e não obrigam ao receituário. Ainda que possibilitem que o utente levante gradualmente a medicação que necessita, constituindo uma vantagem para o mesmo, averigui que muitos deles tinham dificuldade em gerir as receitas, deixando-as, frequentemente, ultrapassar a validade, pelo que fazia questão de explicar, no final de cada atendimento, os medicamentos e as quantidades que tinham para aviar e a data limite para levantamento das mesmas.

Surgiram também, ainda que em menor número, receitas manuais, que podem ser prescritas em casos excecionais como falha informática, inadaptação do prescriptor, prescrição ao domicílio ou outras situações [5]. Estas exigem maior cuidado na validação, nomeadamente no que diz respeito à validade da receita e à quantidade de produtos prescritos.

A legislação atual impõe que certos medicamentos e produtos farmacêuticos sejam participados pelo Estado, quer seja através de um regime geral, que depende da classificação farmacoterapêutica, ou de um regime especial, que tem também em consideração o beneficiário – como pensionistas com baixos rendimentos ou doentes com patologias fixadas em diplomas legais (lúpus, por exemplo). Eram muitos os utentes que solicitavam produtos para o autocontrolo da diabetes, sendo que estes são igualmente sujeitos a regimes de participação [6]. Ademais, existem outros subsistemas de saúde que podem saldar parte da participação. Na FP, era mais comum surgirem beneficiários do Serviço de Assistência

Médico-Social do Sindicato Nacional dos Quadros e Técnicos Bancários e da Administração dos Portos do Douro, Leixões e Viana do Castelo, S.A. Assim, aquando da dispensa, era necessário seleccionar o organismo participante, o que constituiu, para mim, um desafio, por não estar familiarizada com a extensa listagem de subsistemas. Como prova, o utente apresenta o respetivo cartão de beneficiário que é fotocopiado e agrafado ao documento para faturação da receita.

4.1.2. Psicotrópicos e Estupefacientes

Os medicamentos psicotrópicos e estupefacientes, pela sua capacidade de causarem dependência e por poderem ser usados para fins ilegais, exigem um maior controlo [8].

Deste modo, só se efetua a sua dispensa perante a apresentação de uma prescrição válida e após o preenchimento dos dados do utente e, no caso de não ser o próprio, do adquirente, que deve mostrar o seu documento de identificação pessoal.

No fim do atendimento, é emitido um documento comprovativo da dispensa que é arquivado numa pasta própria no *back office*. Mensalmente, faz-se um levantamento das vendas destes medicamentos e a sua verificação pelos comprovativos. Posteriormente, esta informação é enviada ao INFARMED, via *e-mail*.

Durante o estágio, dispensei vários psicotrópicos e estupefacientes, sendo que o mais solicitado era o Palexia®, um analgésico opioide. Realizei, também, pedidos de encomenda destes medicamentos, mas estes não diferiam dos restantes produtos, ou seja, não existe um controlo nesta fase. Quanto à averiguação da listagem mensal, assisti a este processo uma vez, com a farmacêutica responsável.

4.2. Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica

Os MNSRM não requerem prescrições médicas, dado que estes não apresentam as condições dos MSRM. Pode acontecer que o INFARMED reclassifique MSRM em MNSRM de dispensa exclusiva em farmácia, “atendendo ao seu perfil de segurança ou às suas indicações terapêuticas, com observância pelas farmácias de protocolos de dispensa” [4].

É na dispensa destes medicamentos que o Farmacêutico assume um maior papel, uma vez que pode prestar um aconselhamento ao utente ou, então, direcioná-lo ao médico, caso se trate de um problema de maior gravidade. Para isto, deve procurar recolher o máximo de informação sobre os sintomas e condições do utente. Foi neste tipo de atendimentos que senti mais insegurança, pela necessidade de aconselhar um medicamento que aliviasse os sintomas do utente, sem mascarar possíveis patologias e sem provocar efeitos indesejáveis. Por esta razão, solicitei o auxílio dos restantes colaboradores e, gradualmente, fui desenvolvendo a minha confiança.

Os MNSRM que eram usualmente solicitados, como referi na secção 1.3., encontravam-se atrás dos balcões e abrangiam os antigripais (Griponal[®], Antigrippine[®], Ilvico N[®]), antitússicos indicados para tosse seca (Bisoltussin[®], Levotuss[®]) ou para tosse com expetoração (Bisolvon[®]), águas do mar para limpeza nasal (Marimer[®]) e pastilhas para as dores de garganta (Strepsils[®], Strepfen[®]) – sendo que todos estes tiveram maior saída nos primeiros meses, dado a prevalência de constipações –, medicamentos tópicos para alívio de dores musculares e ósseas (Voltaren[®], Reumolide[®]), anti-histamínicos (Telfast[®], Heperpoll[®]) e descongestionantes nasais (Flonase[®]) – com maior relevância na época de alergias –, medicamentos para alívio da azia e enfartamento (Maalox[®]) e produtos para queimaduras e picadas de insetos (Fenistil[®], Biafine[®]) – mais solicitados nos meses de verão.

Em adição, surgiam muitos utentes com micoses (Excilor[®]), desconforto ocular (Optrex[®]), obstipação (Dulcosoft[®], Microlax[®]), diarreia (UL-250[®], Lactolevur[®], Biofast[®]) ou hemorroidas (Venopress[®], Vasoven[®]).

4.3. Produtos de Cosmética e Higiene Corporal

Os PCHC são aqueles que têm como finalidade “limpar, perfumar, modificar o aspeto, proteger, manter em bom estado ou corrigir os odores corporais” de “diversas partes superficiais do corpo humano” [9] e que, nos dias de hoje, representam uma grande parte dos rendimentos de qualquer farmácia comunitária, não só pela imensa variedade de produtos, como também pelo maior interesse da população, principalmente da feminina, nesta área.

Deste modo, a FP dispõe de variadas marcas destinadas ao tratamento e manutenção da pele (*Bioderma, Uriage, La Roche Posay, Nuxe, Caudalie e Vichy*), higiene íntima (*Lactacyd e Femilyane*), tratamento capilar (*René Furterer, Klorane, Forté Pharma, Biorga*) e de higiene oral (*Elgydium, Vitis, Bexident, Oral-B*), sendo que, destes últimos, eram muito solicitadas pastas e escovas dentífricas e colutórios pelos utentes que tinham consultado a clínica dentária próxima da FP.

Dado que as compradoras dos PCHC tinham, na sua maioria, idades superiores a 50 anos, eram dispensados, frequentemente, produtos anti-envelhecimento, anti-manchas, hidratantes, adequados a peles sensíveis e intoleráveis ou anti-queda do cabelo. Nos meses de verão, foram os produtos de cuidado solar que dominaram este grupo. Muitos destes PCHC eram passíveis de integrar uma venda cruzada com medicação, nomeadamente os de higiene íntima, que eram indicados às utentes que solicitavam antibióticos para infeções urinárias, de forma a auxiliar o processo de desinfeção e a prevenir possíveis reinfeções.

Uma das colaboradoras da FP aconselhava, exclusivamente, estes produtos, de modo a que os farmacêuticos e técnicos pudessem assistir os utentes que procurassem medicação ou aconselhamento farmacêutico, sobretudo nas horas de maior afluência. Comecei por encaminhar os utentes que me solicitavam PCHC à consultora de dermocosmética, assistindo ao seu aconselhamento, para, posteriormente, ser capaz de realizar os atendimentos autonomamente.

A grande oferta de produtos e a sua constante renovação fazem com que a área dos PCHC seja muito desafiante, pelo que tive alguma dificuldade inicial na sua dispensa, mas que fui compreendendo através das formações e dos esclarecimentos por parte dos restantes colaboradores da FP.

4.4. Produtos de Puericultura

Como referi inicialmente, a FP aposta na área da puericultura, pela quantidade de grávidas e recentes mães que procuram aconselhamento quanto aos cuidados a ter com os bebés. Dispõe, portanto, de fraldas (*Libero*), chupetas, termómetros, brinquedos e outros produtos que contribuem para o seu bem-estar (*Chicco*, *Philips Avent*, *Nuk*), PCHC infantis (*Uriage*, *Mustela e A-derma*) – para limpeza, hidratação ou tratamento, por exemplo, de eritemas da fralda – e, ainda, de papas e leites (*NAN e Aptamil*) que promovem o desenvolvimento dos lactentes.

A maioria destes produtos depende do gosto da mãe ou da adaptação do bebé, pelo que não me senti muito desconfortável com a sua dispensa. Relativamente aos PCHC infantis e papas, as formações possibilitaram-me prestar esclarecimentos às utentes, apesar de que a maioria já estava informada e já procurava um produto específico.

4.5. Suplementos Alimentares e Alimentos Dietéticos para Fins Medicinais Específicos

Suplementos alimentares consistem em “géneros alimentícios que se destinam a complementar o regime alimentar normal e que constituem fontes concentradas de determinados nutrientes ou outras substâncias com efeito nutricional ou fisiológico” [10]. Assim, aquando da dispensa destes produtos, é importante fazer o utente entender que estes não devem ser utilizados como substitutos de um regime alimentar variado e de um modo de vida saudável.

Destes, destacaram-se os suplementos de magnésio (*Magnesona*®, *Magnoral*®, *Magnésio Rapid*® e *MagnesiumOK*®), que procuram combater situações de fadiga. Para além destes, eram solicitados suplementos que fortalecessem o sistema imunitário (*Centrum*®), promovessem o desempenho cerebral (*Absorvit*®), aliviassem as dores articulares (*Jointcare*®) ou melhorassem a qualidade de sono (*Advancis*®).

Estes produtos podem também contribuir para a perda de peso, através da redução da absorção de gorduras e de hidratos de carbono complexos, estimulação da degradação de lípidos e favorecimento da eliminação renal, sendo importante informar o utente que, de modo a obter melhores resultados, não deve prescindir da prática de exercício físico. Para este efeito, são mais requisitados os drenantes da *Forté Pharma*.

Embora não sejam muito reconhecidos por estas propriedades, os suplementos podem auxiliar na manutenção dos níveis normais de glucose e de colesterol no sangue (*BioActivo*). Foi neste âmbito que idealizei um dos meus projetos.

Por sua vez, os alimentos dietéticos para fins medicinais específicos suplementam ou substituem na totalidade a dieta de certos casos particulares. Existem, por exemplo, espessantes – que modulam a consistência dos alimentos, de modo a facilitar a deglutição em utentes com disfagia –, suplementos ricos em arginina para cicatrização de feridas (como úlceras de pressão, pé diabético ou queimaduras), papas para idosos sem dentição ou para regulação do trânsito intestinal e produtos hiperproteicos e hipercalóricos para contrariar a perda de peso involuntária, como ocorre em doentes oncológicos.

Uma vez que se destinam a casos específicos, não existe grande oferta na FP, havendo um pequeno *stock* de produtos da *Fresubin*, *Nutricia* e *Resource*. No entanto, eram muitos os utentes que levantavam medicamentos para lavagem gastrointestinal (CitraFleet®, Klean-Prep® ou MoviPrep®), pelo que lhes eram sugeridas soluções hipercalóricas indicadas para o período de preparação de uma colonoscopia.

4.6. Dispositivos Médicos

Os dispositivos médicos destinam-se ao “diagnóstico, prevenção, controlo, tratamento ou atenuação de uma doença”, “de uma lesão ou de uma deficiência”, ao “estudo, substituição ou alteração da anatomia ou de um processo fisiológico” ou ao “controlo da concepção”, sem recorrer a “meios farmacológicos, imunológicos ou metabólicos” [11].

Os dispositivos mais requisitados na FP são as compressas, lancetas e reagentes tiras-teste para a determinação de parâmetros bioquímicos, frascos para colheita de urina e testes de gravidez. Também as meias de compressão são frequentemente solicitadas, porém, uma vez que dependem das medidas de cada utente, não possuem *stock* na FP, sendo feita uma encomenda direta ao fornecedor. Um utente fazia regularmente o levantamento de sacos para colostomia, pelo que, apesar de não terem muita saída, a FP passou a encomendar os mesmos, de modo a estarem disponíveis ao utente, aquando da sua deslocação à farmácia.

Para além destes dispositivos médicos, a FP dispunha de medidores de tensão, termómetros, fraldas e pensos para incontinência, colares cervicais, pulsos, meias e joelheiras elásticas, pensos oculares, óculos corretivos, seringas, preservativos, entre outros.

4.7. Outros

Outras classes de produtos dispensados na FP, embora em menor número, incluem os medicamentos homeopáticos e manipulados e os medicamentos e produtos farmacêuticos para uso veterinário.

Os medicamentos homeopáticos não assumem prioridade de venda na FP e, durante os atendimentos, nenhum utente demonstrou interesse em adquirir estes produtos ou recusou terapias as farmacológicas convencionais, pelo que não efetuei nenhuma dispensa. Ainda assim, no final do estágio, tive a oportunidade de assistir a uma formação da *Boiron*, tendo esta contribuído para esclarecimento de algumas das minhas dúvidas.

Como consequência da baixa rentabilidade dos manipulados, a FP concluiu que seria preferível encomendá-los a outra farmácia, pelo que não contactei com a produção dos mesmos. Contudo, foi-me solicitado um manipulado de vaselina pura com enxofre a 6%, tendo efetuado, por telefone, uma encomenda à farmácia com que a FP colabora.

Dos últimos, destacaram-se os antiparasitários externos (*Advantix*, *Frontline*). Uma vez que não possuía muitos conhecimentos de veterinária, senti-me um pouco desconfortável com a dispensa de tais produtos, procurando sempre aconselhamento dos restantes colaboradores.

5. Receituário e Faturação

Frequentemente, a farmacêutica responsável reúne as receitas em papel dos vários atendimentos e verifica se estão conforme, isto é, se possuem as assinaturas do médico e do utente, se a data de dispensa é igual ou superior à data de prescrição, se as exceções e os regimes de comparticipação são coincidentes e se a dispensa está de acordo com o prescrito. Ainda que esta conferência seja feita durante a dispensa, existe uma margem de erros associada a estas prescrições, pelo que uma segunda verificação é fundamental. Também os documentos de regime de comparticipação especial são recolhidos, sendo que para estes se averigua se possuem a cópia do cartão de beneficiário e se esta coincide com o organismo. Por fim, faz a divisão do receituário, armazenando os diferentes documentos consoante o plano.

No final de cada mês, a farmacêutica organiza o receituário por lotes e, através do Sifarma®, emite os verbetes que incluem os totais das receitas e das comparticipações dos respetivos lotes. Seguidamente, procede ao fecho dos lotes e à impressão de um resumo dos mesmos e das faturas, em quadruplicado – os originais e duplicados são enviados, juntamente com o receituário participado pelo SNS, para o Centro de Conferência de Faturas; os triplicados, com o receituário dos subsistemas participantes, para a ANF; os quadruplicados, para a contabilidade. As prescrições desmaterializadas não obrigam a este procedimento, dado que a sua faturação é feita automaticamente, num lote mensal, mostrando-se ser, novamente, o tipo de prescrição mais vantajoso.

Nos momentos de menor afluência de utentes, optava por organizar e verificar o receituário, tendo encontrado, por vezes, algumas incongruências que foram resolvidas. Ainda assim, a farmacêutica responsável fazia nova conferência dado que a devolução de uma receita compromete o reembolso da comparticipação, constituindo um prejuízo para a FP. Quanto à faturação, efetuei-a nos finais dos meses de março e junho, sempre com acompanhamento da farmacêutica.

Assim como o receituário, também as faturas das encomendas necessitam de ser organizadas no fim do mês, de modo a serem enviadas para a contabilidade, tarefa que desempenhei várias vezes.

6. Serviços Adicionais Prestados na Farmácia

O principal serviço, e comum a muitas farmácias, consiste na determinação de parâmetros físicos e bioquímicos, destinada a utentes que não possuem os equipamentos próprios ou que têm dificuldade a realizar os testes ou a interpretar os resultados. Quanto aos parâmetros físicos, determina-se o peso e a altura e, consecutivamente, o índice de massa corporal. No que diz respeito aos parâmetros bioquímicos, é feita a medição da pressão arterial, através de um medidor eletrónico de braço – serviço este que é gratuito, contrariamente a muitas farmácias, o que agrada bastante os utentes –, e dos níveis sanguíneos de glicose, colesterol total e triglicéridos, através de dispositivos próprios, nos quais são introduzidas tiras-teste com uma pequena quantidade de sangue, obtida por punção capilar de dedo. Tendo-me sido transmitido, na faculdade, o conhecimento teórico para efetuar e interpretar corretamente as várias medições e tendo participado em vários rastreios, pude realizar este serviço, autonomamente, desde o início do estágio.

Também a recolha de medicamentos fora do prazo ou não utilizados para a VALORMED é efetuada na maioria das farmácias. Embora não seja tão promovida a sensibilização dos utentes para esta causa ambiental, são muitos os que aderem à mesma.

Em adição, a FP faz a administração intramuscular de vacinas e outros medicamentos injetáveis, sendo os mais recorrentes o Relmus® associado a Voltaren®, para o tratamento de dores musculares. Para isto, estão destacados os colaboradores que possuem o curso de administração de injetáveis, pelo que não realizei este serviço.

Com a atual competição entre farmácias e parafarmácias, a FP aposta na prestação de outros serviços, com o intuito de se destacar da concorrência. Desta forma, proporciona um aconselhamento nutricional e dietético e depilação por radiofrequência realizada por uma técnica especializada.

7. Marketing Farmacêutico

Assim como a vasta oferta de produtos e de serviços, também a implementação de estratégias de *marketing* contribui para o crescimento da farmácia, visando manter os utentes fidelizados, através de recompensas pela confiança depositada, e procurando conquistar novos utentes.

O cartão de fidelização, para além de agilizar a dispensa de produtos, acumula uma percentagem do valor da compra para, posteriormente, o utente poder usufruir de descontos em

produtos de imposto de valor acrescentado a 23%, não sendo estes acumuláveis com outras campanhas. No aniversário do utente, este é prendado com a acumulação de 5 euros no cartão, aquando de uma dispensa.

Para comemorar certos eventos, como o dia da mãe ou o dia do pai, a FP organiza, em conjunto com os delegados das respetivas marcas, campanhas promocionais e atividades, que são divulgadas pela plataforma *Facebook* ou por mensagem telefónica, caso o utente demonstre interesse em receber esta informação. Destas atividades, destaco a realização de dois rastreios, nos quais tive a oportunidade de participar e cujos resultados foram analisados na segunda parte deste relatório.

A própria apresentação da farmácia e a disposição dos produtos constituem, igualmente, importantes técnicas de *marketing* para atrair utentes. Procurando-me envolver nesta área, elaborei um pequeno expositor com produtos indicados para umas férias de verão na praia ou no campo, de forma a divulgar outros produtos disponíveis na FP para além dos protetores solares. Ao expositor, juntei, ainda, uns panfletos informativos com breves descrições dos produtos, para consulta dos utentes (**Anexo II**). Estes foram, posteriormente, partilhados na página do *Facebook* da FP, assim como uma publicação que fiz alusiva ao dia mundial da saúde ocular (**Anexo III**).

Outro modo de gratificar o utente pela sua opção, passa por responder às suas necessidades, existindo sempre possibilidade de melhorar. Assim, no meu período de estágio, a FP obteve um lugar de estacionamento, face aos inúmeros pedidos dos utentes que se deslocavam em veículos próprios e tinham dificuldade em estacionar.

8. Atividades Complementares / Formações

Durante o estágio, tive a oportunidade de assistir a formações internas e externas, o que me permitiu desenvolver os meus conhecimentos científicos e/ou de determinados produtos, que se mostraram ser bastante úteis aquando dos atendimentos.

Das formações internas realizadas na FP, assisti a apresentações de diversas marcas de dermocosmética (nomeadamente sobre produtos solares, no início do verão), da *Generis* (sobre os seus medicamentos OTC – *over-the-counter*), *Sanofi* (sobre as alergias e terapias indicadas – Telfast 120®, Opticrom®, Fenegan®), *Futuro* (sobre os seus produtos ortopédicos), *Nestlé* (sobre as suas fórmulas infantis e produtos para alimentação especial), *Absorvit* e *Advancis* (sobre suplementos alimentares), *Boiron* (sobre os seus produtos homeopáticos), entre outras destinadas, exclusivamente, ao esclarecimento de dúvidas sobre um determinado produto mas igualmente relevantes.

Na **Tabela 2**, estão representadas as formações externas que frequentei, cujos certificados estão disponíveis no **Anexo IV**.

Tabela 2 | Formações externas frequentadas durante o estágio curricular.

Formação	Duração	Data	Local
<i>Bioderma</i>	7 horas	07/03	Porto Palácio Hotel
Urgências em Oftalmologia e Secura Vulvo Vaginal	2 horas	23/03	Cooprofar (Gondomar)
<i>René Furterer</i>	7,5 horas	28/03	Pierre Fabre (Porto)
Laboratórios <i>Vichy</i> e <i>La Roche-Posay</i>	3 horas	04/04	Hotel Crowne Plaza Porto
<i>Klorane</i>	7 horas	11/04	Pierre Fabre (Porto)
Abordagem ao Tratamento de Feridas – O Impacto da Ferida Aguda: Queimaduras e Feridas Traumáticas	2 horas	19/04	Cooprofar (Gondomar)
Laboratórios <i>Vichy</i>	7 horas	21/04	Academia <i>L'Oréal</i> Porto
<i>Cross selling</i> e <i>Dor (GlaxoSmithKline)</i>	2 horas	23/05	ANF Porto
<i>Avène</i>	7,5 horas	29/05	Pierre Fabre (Porto)
Dislipidemias	4 horas	05/07	Academia Omega Pharma (plataforma digital)

Temas Desenvolvidos

1. Projeto I – Análise do Rastreio de Glicemia e Pressão Arterial e do Rastreio Cardiovascular

1.1. Introdução

Como referi na primeira parte do relatório, tive a oportunidade e o prazer de participar em dois rastreios, durante o período de estágio. Considero que estas atividades representem uma excelente forma de sensibilizar a comunidade para os fatores de risco e de a motivar para a adoção de estilos de vida saudáveis e para a adesão à terapêutica, despertando, deste modo, o interesse pela sua saúde. Foi com este objetivo e o de divulgar a FP à população matosinhense, que foram organizados estes rastreios.

O primeiro rastreio, realizado no dia 7 de abril, no Jardim Basílio Teles, em Matosinhos, contou com a organização da Junta de Freguesia de Matosinhos e Leça da Palmeira e com a participação de várias instituições de saúde, naquela que foi a segunda edição da Feira da Saúde (**Anexo V**). Estive presente das 9h às 18h, com interrupção de almoço, sempre acompanhada de um colaborador da FP que ia alternando. Os parâmetros avaliados foram a pressão arterial (PA) e a glicemia. Para além das medições efetuadas e do aconselhamento personalizado, foram entregues sacos com ofertas e panfletos informativos e, para diabéticos, dispositivos de medição da glicemia.

O segundo decorreu na FP, no dia 24 de maio, no âmbito do “mês do coração” (**Anexo VI**). Neste, participei, apenas, nos momentos de menor afluência de utentes, sendo que, nos restantes, cooperava nos atendimentos. Foi, somente, avaliada a PA, mas com um dispositivo especializado na deteção de arritmias (Rossmax PARR®), com a finalidade de o dar a conhecer aos utentes.

Em ambas as ocasiões, criei uma ficha de preenchimento de dados para análise e solicitei a assistência dos restantes colaboradores na recolha dos mesmos. Os dados obtidos encontram-se nos **Anexos VII e VIII**. Os valores eram, também, cedidos ao utente, numa tabela elaborada pela FP, para incentivar o controlo.

1.2. Diabetes Mellitus

A Diabetes Mellitus (DM) é uma doença crónica caracterizada pelos níveis elevados de glucose no sangue, o que se deve à destruição autoimune das células produtoras de insulina (hormona responsável pela entrada da glucose nas células) – DM tipo 1 – ou à produção insuficiente de insulina e/ou utilização ineficaz da mesma – DM tipo 2. Habitualmente, o tipo 1 ocorre em crianças e jovens, enquanto o tipo 2 é diagnosticado após os 40 anos; no entanto, é possível que este último ocorra em crianças, estando a tornar-se cada vez mais comum, devido

ao aumento da prevalência dos fatores de risco, como a obesidade, a alimentação inadequada e o sedentarismo [11].

Doenças cardiovasculares, neuropatia, retinopatia ou nefropatia são algumas das complicações que podem decorrer da DM, pelo que é imprescindível o controlo dos níveis de glucose no sangue. Enquanto que a DM tipo 1 obriga à injeção diária de insulina, a DM tipo 2 pode ser regulada pela toma de antidiabéticos orais, como a metformina, e por alterações no estilo de vida [11]. A medição da glicemia permite avaliar se as medidas tomadas são suficientes para o controlo da DM, sendo realizada através de testes de glicemia capilar, antes e após as refeições; ≥ 126 mg/dl e ≥ 200 mg/dl, respetivamente, são os valores que apontam para um possível diagnóstico de DM [13].

Para análise dos resultados, procedi à comparação dos dados obtidos na Feira da Saúde com os do Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes, elaborado em 2016 e relativo à DM em Portugal, no ano de 2015 [11]. Com esta comparação, procurei compreender o impacto desta condição na população portuguesa e averiguar a coerência dos resultados da Feira, uma vez que estes por si só não são estatisticamente significativos. Foram considerados, apenas, os indivíduos entre os 20 e os 79 anos, tendo sido distribuídos por três faixas etárias. É de notar que a amostra na Feira é, compreensivelmente, menor e a média de idades é superior, pelo que seriam de esperar variações nos resultados.

No que diz respeito à prevalência de DM, esta foi de 13,3% no Relatório, enquanto que, na Feira, 20,8% dos indivíduos referiu ter sido diagnosticado com DM. Esta diferença deve-se, possivelmente, ao fato da amostra da Feira ser mais envelhecida, o que aumenta a probabilidade de um indivíduo ter DM. Isto é verificado pelo acréscimo da prevalência aquando da inclusão dos restantes indivíduos com mais de 79 anos (24,7%) e pela **Figura 1**.

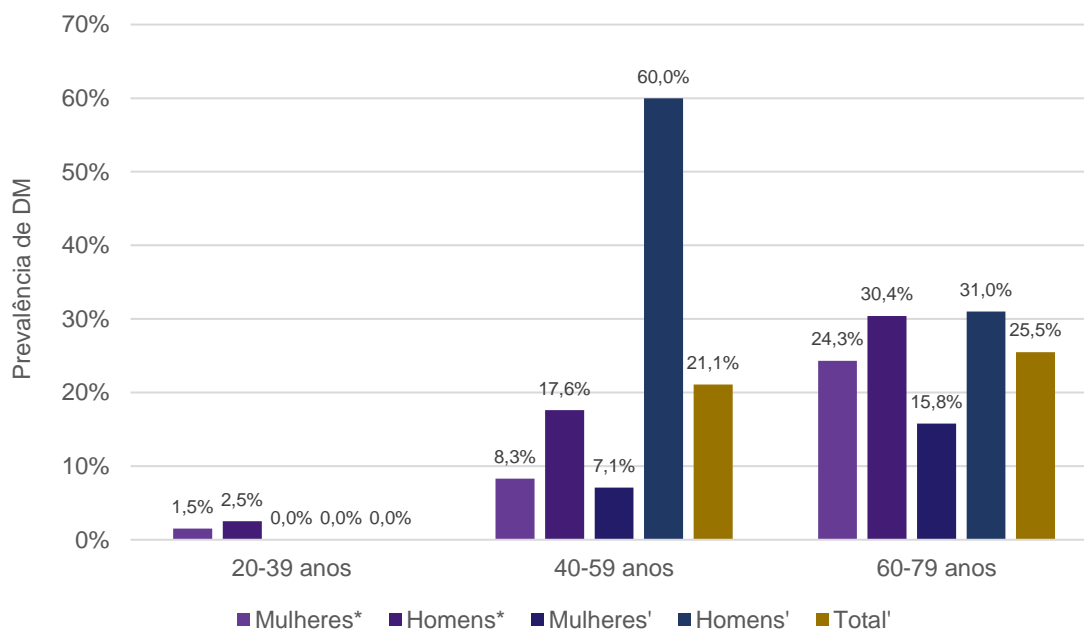


Figura 1 | Prevalência (em percentagem) da Diabetes Mellitus nas três faixas etárias, com distinção entre os géneros e entre os resultados do Relatório* e da Feira'. Total' representa os resultados da Feira, sem distinção entre os géneros.

A elevada prevalência nos homens da faixa dos 40-59 anos é justificada pelo pequeno número de indivíduos analisados (apenas 5). Por isso é que a prevalência sem a discriminação de género, nessa categoria, está conforme. O Relatório afirma, ainda, que mais do que um quarto das pessoas entre os 60-79 anos têm DM, o que é verificado nos resultados da Feira (25,5%).

Quanto à diferença entre os géneros, verificou-se, tanto no Relatório como na Feira, e em todas as faixas etárias, uma maior prevalência no sexo masculino.

Dos indivíduos não medicados, apenas uma senhora apresentou um valor mais elevado (168 mg/dl) e, dado que tinha histórico familiar de diabetes, foi aconselhada a averiguar regularmente a glicemia e a consultar um médico, caso os valores se mantivessem.

1.3. Hipertensão Arterial

A hipertensão arterial (HTA) é caracterizada pelo aumento da PA e constitui um fator de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares. Para prevenção e controlo desta doença, devem ser avaliadas, frequentemente, a pressão arterial sistólica (PAS) e a pressão arterial diastólica (PAD). Consoante os valores, classifica-se a PA em diferentes categorias, que estão representadas na **Tabela 3**. Para comparação dos resultados obtidos na Feira da Saúde e no Rastreio na FP, foram usados os dados do Inquérito Nacional do Instituto Ricardo Jorge ^[14].

Tabela 3 | Distribuição das amostras pelas classes dos valores de pressão arterial.

Classes dos valores de pressão arterial	Inquérito	Feira	Rastreio
Ótima (PAS <120 e PAD <80)	37,3%	41,8%	37,5%
Normal (PAS 120-129 e/ou PAD 80-84)	25,7%	18,1%	25,0%
Normal Alta (PAS 130-139 e/ou PAD 85-89)	18,7%	14,5%	12,5%
HTA de grau 1 (PAS 140-159 e/ou PAD 90-99)	14,6%	21,8%	18,8%
HTA de grau 2 (PAS 160-179 e/ou PAD 100-109)	2,8%	3,6%	6,3%
HTA de grau 3 (PAS ≥180 e PAD ≥110)	0,8%	0,0%	0,0%

Nota: A unidade de medida da pressão arterial é mmHg.

Em cada classe, as percentagens encontram-se relativamente próximas e, à medida que aumentam os valores de PA, verifica-se um decréscimo das mesmas, à exceção da classe HTA de grau 1. Isto pode ser justificado pela média superior de idades, uma vez que a idade é um fator de risco que dificulta o controlo deste parâmetro, ou pelo fato de alguns destes indivíduos necessitarem de iniciar a terapêutica anti-hipertensora, tendo-lhes sido aconselhada a medição regular da PA para avaliar esta necessidade.

No que diz respeito à prevalência de HTA na amostra, esta foi de 36,0% no Inquérito. Considerando os indivíduos entre os 25 e os 74 anos previamente diagnosticados com HTA, a prevalência foi de 41,4% na Feira e de 54,3% no Rastreio. Entende-se que este aumento se deva

ao fato da amostra ser mais envelhecida e, no Rastreio, a probabilidade de um utente ter HTA é superior, dado que são os doentes crónicos que mais frequentam as farmácias. A **Figura 2** representa a prevalência em quatro faixas etárias.

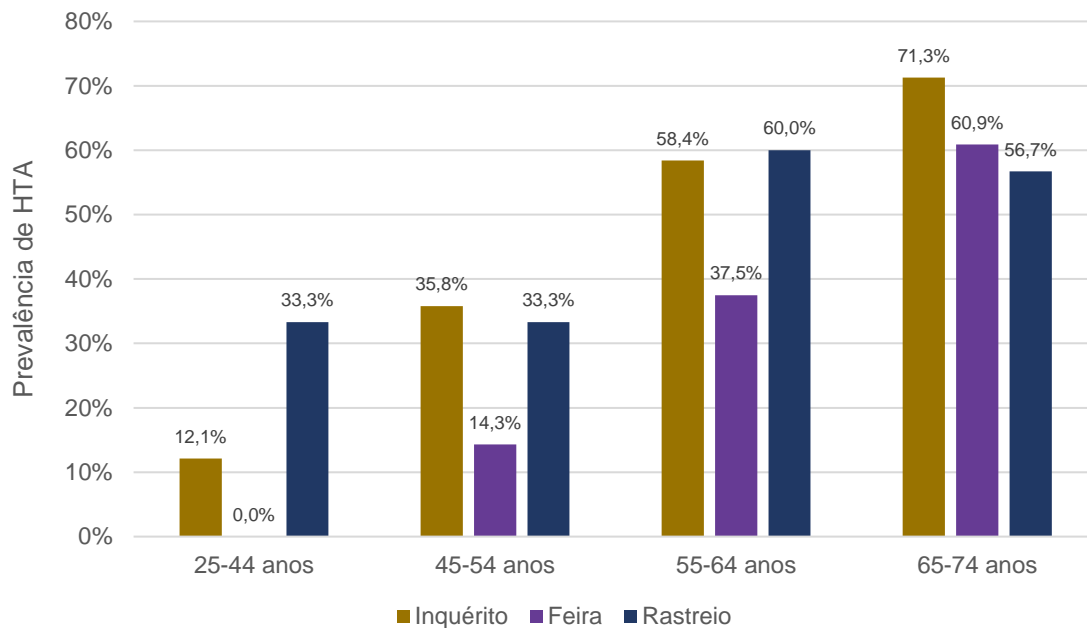


Figura 2 | Prevalência (em percentagem) da hipertensão arterial nas quatro faixas etárias, com distinção entre os resultados do Inquérito, Feira e do Rastreio.

Tanto no Inquérito como na Feira, observa-se uma prevalência cada vez maior, com o aumento da idade. O mesmo não se verifica no Rastreio, pelos poucos dados (apenas 3) na faixa dos 25-44 anos, o que se traduz por uma elevada prevalência, e pelo ligeiro abaixamento na faixa dos 65-74 anos. Considerando os restantes indivíduos acima dos 74 anos, a prevalência é superior: 73,3% na Feira e 64,7% no Rastreio. Surpreendentemente, no Rastreio, três idosos (dois com 87 anos e um com 92 anos) indicaram não fazer medicação anti-hipertensora e obtiveram valores normais.

Relativamente à diferença entre os géneros, no Inquérito, a prevalência foi superior no sexo masculino (39,6%), comparativamente ao feminino (32,7%), como tal ocorreu na Feira (46,4% e 36,7%, respetivamente) e no Rastreio (68,8% e 46,7%).

Dos indivíduos não medicados com valores acima do normal, na Feira, metade tinha DM, o que, por si só, constitui um fator de risco da HTA, pelo que deverão ter cuidado com os estilos de vida que adotam. Três indivíduos afirmaram ter uma alimentação correta e praticarem exercício, pelo que poderão necessitar de um medicamento anti-hipertensor, devendo proceder a novas medições para averiguar esta necessidade. No Rastreio, dois resultados deviam-se, possivelmente, ao fato de se tratarem de fumadores, tendo sido incentivada a cessação tabágica.

1.4. Arritmias

Como referi anteriormente, no Rastreo foi utilizado um dispositivo especializado na deteção de arritmias (Rossmax PARR®). Estas consistem na alteração do ritmo cardíaco, podendo este ser acelerado (taquicardia), lento (bradicardia) ou irregular ^[15]. Deste último tipo, o dispositivo classifica ainda dois subtipos de arritmias: as contrações prematuras (representadas por PC, no aparelho) e a fibrilação auricular (AFib).

As primeiras podem ocorrer tanto nas aurículas como nos ventrículos e caracterizam-se por batimentos cardíacos adicionais, podendo o indivíduo sentir palpitações. Ainda que inofensivas, poderão ser indicativas de uma doença cardiovascular, se não derivarem do *stress* ou do exercício físico intenso ^[15].

A fibrilação auricular consiste na contração rápida e irregular das aurículas, uma vez que os impulsos elétricos se espalham de forma célere e desorganizada. Como resultado, não são capazes de, eficazmente, bombearem o sangue para os ventrículos, formando-se coágulos, o que dá origem a um acidente vascular cerebral. Ademais, esses impulsos podem propagar-se para os ventrículos (fibrilação ventricular), impedindo a distribuição do sangue para as restantes partes do corpo (insuficiência cardíaca). Esta resulta, geralmente, de outras condições que afetam o coração, nomeadamente a hipertensão arterial, e o seu risco aumenta com a idade ^[15].

Caso não se tratasse de nenhum destes tipos de arritmias, surgia, apenas, o símbolo ARR, representativo de uma arritmia não especificada. Nesta situação, foram encontrados doze casos, sendo que destes quatro tiveram valores de PA acima dos normais e três revelaram outro tipo de arritmia – um com fibrilação auricular e dois com contrações prematuras. O caso isolado de fibrilação auricular apresentava valores normais de PA, enquanto que dos cinco com contrações prematuras, um tinha um ligeiro aumento desta. Um indivíduo de 69 anos deu indicação dos dois tipos de arritmias e a PA foi classificada como sendo HTA de grau 2. Porém, o aparelho não faz um diagnóstico das doenças cardiovasculares, até porque, como foi referido anteriormente, os resultados podem dever-se ao *stress*, pelo que os utentes foram aconselhados a consultar um médico para averiguar a sua saúde.

1.5. Estilos de Vida

Durante os aconselhamentos, era perceptível que muitos dos indivíduos negligenciavam as medidas não farmacológicas, como a alimentação equilibrada ou a prática de exercício físico, por não admitirem que estas tivessem um papel tão importante no desenvolvimento das doenças ou por acreditarem que a terapêutica farmacológica fosse suficiente para o controlo das mesmas.

Dos 19 diabéticos, três apresentaram valores de glicemia pós-prandial acima de 200 mg/dl, sendo que o maior (244 mg/dl) foi de um senhor que tinha um estilo de vida pouco cuidado, tendo-se este refletido, de igual modo, na PA.

Dos hipertensos sob tratamento, apenas 60,6%, na Feira, e 58,3%, no Rastreio, estavam controlados (PAS <140 e PAD <90 mmHg). Com a ficha de preenchimento de dados, foram avaliados os fatores de risco modificáveis indicados na **Tabela 4**.

Tabela 4 | Prevalência (em percentagem) dos fatores de risco nos indivíduos hipertensos.

Fatores de risco modificáveis	Feira	Rastreio
Tabagismo	19,4%	8,3%
Sedentarismo	44,4%	22,2%
Má alimentação	41,7%	27,8%

Ainda que muitos dos hipertensos tenham abandonado os seus hábitos tabágicos, alguns são ainda fumadores ativos, dado que muitos acreditam que, após tantos anos, a cessação tabágica não terá efeito na melhoria desta condição. Contudo, este conceito está errado, pois deixar de fumar contribui sempre para a redução do risco cardiovascular. Da mesma forma, foram transmitidas as noções de que a prática regular de atividade física e de uma dieta rica em vegetais e fruta e pobre em sal e carnes vermelhas contribui para a redução da PA.

2. Projeto II – Suplementos à Base de Levedura de Arroz Vermelho para o Tratamento de Dislipidemias

2.1. Enquadramento e Objetivos

Num determinado atendimento, foram-me solicitados, por um utente, “comprimidos para o colesterol”, pelo que lhe questionei se já fazia alguma medicação específica e se apresentava consigo uma receita médica. Uma vez que nem tinha consultado um médico, afirmei que não poderia fazer a dispensa de tal medicação. Foi, então, que a DT me chamou à atenção para uns suplementos alimentares com a capacidade de diminuir os níveis de colesterol. Por este lapso, decidi investigar estes produtos.

O principal objetivo do projeto seria a divulgação dos suplementos como alternativa natural às estatinas, para benefício dos utentes que não fazem ainda medicação e para aumento da rotatividade destes produtos. Simultaneamente, iria ceder informação sobre o colesterol, de modo a sensibilizar os utentes a avaliarem, periodicamente, os níveis de lípidos e a adotarem estilos de vida que diminuem o risco de ocorrência de dislipidemias.

2.2. Introdução

As dislipidemias traduzem-se, de um modo geral, pelo aumento dos níveis plasmáticos de lípidos, como o colesterol – presente nas membranas celulares e essencial à síntese de vários

compostos, como esteroides, vitamina D e ácidos biliares – e/ou os triglicerídeos – principais formas de transporte e armazenamento dos ácidos gordos. Também as quantidades das lipoproteínas – compostos que efetuam o transporte dos lípidos –, são determinantes do perfil lipídico; as mais relevantes são as lipoproteínas de alta densidade (HDL) – responsáveis pelo transporte do colesterol das células para o fígado, para posterior eliminação – e as de baixa densidade (LDL) – que transportam o colesterol do fígado para as células, podendo acumular-se nas artérias e provocar o seu estreitamento e a obstrução do fluxo sanguíneo (aterosclerose). Deste modo, o colesterol associado às HDL (c-HDL) é indicativo de proteção cardiovascular, sendo vulgarmente designado como o “bom colesterol”, enquanto o colesterol associado às LDL (c-LDL) é denominado de “mau colesterol”, uma vez que contribui para o aumento do risco cardiovascular (RCV) – probabilidade de desenvolver um evento cardiovascular aterosclerótico num determinado período de tempo [16,17].

De acordo com o Inquérito Nacional de Saúde, em 2015, mais de metade (63,3%) da população portuguesa, com idades entre os 25 e os 74 anos, tinha valores de colesterol total (CT) iguais ou superiores ao valor recomendado (190 mg/dl), verificando-se uma maior prevalência (80,1%) na faixa dos 55-64 anos. Comparativamente a estudos anteriores, houve uma ligeira diminuição da prevalência de colesterol elevado, contudo, a percentagem é alarmante, até porque desta fazem parte 43,3% dos indivíduos medicados, o que reflete a necessidade de educar a população quanto às medidas não farmacológicas e quanto à importância da adesão à terapêutica [18].

2.3. Avaliação do Risco Cardiovascular e Abordagem Clínica das Dislipidemias

A norma relativa à “Abordagem Terapêutica das Dislipidemias no Adulto”, decretada pela Direção-Geral de Saúde e baseada nas normas das Sociedades Europeias de Cardiologia e de Aterosclerose, indica que o principal objetivo é o decréscimo dos níveis de c-LDL, afirmando que este contribui para a redução de eventos cardiovasculares e da mortalidade. As medidas para atingir os valores recomendados dependem do RCV, avaliado pelo *Systematic Coronary Risk Evaluation* (SCORE), que indica a probabilidade de, em 10 anos, ocorrer um evento aterosclerótico, quer seja um ataque cardíaco, um acidente vascular cerebral ou outra doença arterial oclusiva [16,19,20].

Assim, encontra-se estabelecido que, para indivíduos com RCV baixo a moderado, o objetivo é manter o CT inferior a 190mg/dl e o c-LDL inferior a 115mg/dl; com RCV elevado, c-LDL inferior a 100mg/dl; com RCV muito elevado, c-LDL inferior a 70mg/dl [16].

2.3.1. Medidas Não Farmacológicas

Nos indivíduos com RCV baixo ou moderado, é possível, na maioria dos casos, proceder à correção dos níveis lipídicos ou prevenir o agravamento dos mesmos, pela implementação de medidas não farmacológicas que se traduzem por intervenções no estilo de vida ^[19].

Ainda que o colesterol esteja presente nos alimentos, são as gorduras saturadas os principais responsáveis pelo aumento do c-LDL no organismo. Quando substituídas por ácidos gordos polinsaturados ou monoinsaturados, verificou-se um decréscimo nos níveis de c-LDL; embora os hidratos de carbono apresentem um efeito semelhante, não diminuem o RCV e podem contribuir para outros fatores de risco, como a obesidade ou a diabetes. Deste modo, deve ser evitado o consumo de carnes vermelhas, fritos e assados, queijos gordos e outros alimentos ricos em gorduras saturadas, para dar lugar a carnes magras, peixe, frutos secos, cozidos e grelhados. As fibras dietéticas, presentes em legumes, frutas e cereais integrais, têm, também, um efeito hipocolesterolémico, dado que promovem a eliminação do colesterol, assim como os fitosteróis, que competem com o colesterol na absorção intestinal e podem ser encontrados nas leguminosas, frutas e legumes. Uma vez que a obesidade é um fator de risco da dislipidemia, deve ser reduzido o consumo de calorias, nomeadamente de alimentos ricos em açúcar ^[16,17,20].

A perda do excesso de peso e a prática regular de exercício físico – entre 30 a 60 minutos por dia – revelam um baixo impacto na diminuição dos níveis de c-LDL. Todavia, contribuem para o aumento dos níveis de c-HDL e para o controlo de outros fatores de risco cardiovascular, como a pressão arterial, pelo que são fortemente recomendados. De igual modo, a cessação tabágica e o consumo moderado de álcool – máximo de duas bebidas por dia – estão associados ao aumento de c-HDL ^[19,20].

Relativamente aos triglicédeos, não foi comprovado, ainda, se a sua redução contribui para a diminuição do RCV. Apesar disso, encontra-se estabelecido um valor ideal (<150 mg/dl) que é atingível através da adoção das medidas anteriormente referidas, particularmente a substituição de gorduras saturadas por polinsaturadas. Assim, o Farmacêutico pode sugerir suplementos alimentares à base de ácidos gordos polinsaturados ómega-3 e/ou recomendar a ingestão de alimentos ricos nestes compostos – sardinha, salmão, óleo de soja. Esta intervenção não farmacológica pode reduzir as concentrações de triglicédeos até 50% ^[17,19,20].

2.3.2. Medidas Farmacológicas

Quando não são feitas as devidas alterações no estilo de vida ou estas não são suficientes para modelar o perfil lipídico, devido, em parte, a uma componente genética, recorre-se a terapias farmacológicas ^[16,19].

A estatinas constituem o tratamento de primeira linha, por se tratarem da estratégia mais efetiva na redução do c-LDL, reduzindo substancialmente o RCV, para além de retardarem a progressão, ou até mesmo promoverem a regressão, da aterosclerose ^[16,20]. O mecanismo de

ação destes fármacos consiste na inibição competitiva da enzima 3-hidroxi-3-metilglutaril-coenzima A redutase, envolvida no passo fundamental da síntese do colesterol, no fígado. Com a diminuição de colesterol nos hepatócitos, ocorre um aumento da expressão dos recetores de LDL na superfície das células, para uma maior absorção de c-LDL e redução dos seus níveis plasmáticos. As estatinas contribuem, ainda, para o aumento de c-HDL e para a redução de triglicérides [20].

Caso os objetivos não sejam alcançados com a administração exclusiva de estatinas, estas podem ser combinadas com a ezetimiba – inibe a absorção intestinal de colesterol – ou fibratos, como o fenofibrato, – promovem a lipólise e a síntese das apoproteínas AI e AII e inibem a produção de apoproteína CIII, levando ao aumento de HDL e ao decréscimo de triglicérides. A primeira pode ser usada em monoterapia, quando as estatinas são contraindicadas ou não são toleradas; os fibratos acrescem o risco de reações adversas das estatinas [19,21].

São, também, mencionados nas normas europeias os sequestradores dos ácidos biliares, em monoterapia ou em combinação com estatinas, como a colestiramina (Quantalan®), – por redução dos níveis plasmáticos de ácidos biliares, promovem a sua síntese a partir do colesterol –, e os inibidores da PCSK9, como o alirocumab (Praluent®), – anticorpos monoclonais que, por decréscimo da proteína PCSK9, promovem o aumento da expressão dos recetores de LDL –, apenas usados em casos de RCV muito elevado [20].

As estatinas são, habitualmente, bem toleradas, mas podem surgir reações adversas, nomeadamente miopatias, sendo a mais comum a mialgia, caracterizada por dores e fraqueza muscular, e a mais severa a rabdomiólise, com dores severas, necrose do músculo e mioglobínúria – presença da proteína muscular mioglobina na urina, cuja excreção pode obstruir a filtração e levar à insuficiência renal [20].

Segundo as normas, enquanto os objetivos terapêuticos não forem atingidos, dever-se-á prescrever uma estatina até à dose máxima recomendada/tolerada, ou trocar para uma outra mais potente [19,20]. Porém, a *American Heart Association* afirmou que não se justifica aumentar a dose, com o risco de desenvolvimento das miopatias, quando nem foi, ainda, comprovada a necessidade de reduzir a concentração de c-LDL para os valores estipulados, pelo que aconselha que a terapêutica se baseie, somente, no RCV, independentemente dos níveis de c-LDL [16].

Deste modo, e ainda que as estatinas constituam uma terapia eficaz, devem ser investigadas alternativas seguras para a gestão das dislipidemias.

2.4. Suplementos à Base de Levedura de Arroz Vermelho

2.4.1. Introdução

A levedura de arroz vermelho foi usada, durante séculos, na China, como corante alimentar, até terem sido descobertas as suas propriedades hipocolesterolémicas [20].

O fungo (*Monascus purpureus*) produz uma família de compostos – as monacolinhas – com um mecanismo de ação semelhante ao das estatinas, ou seja, são também inibidores da enzima 3-hidroxi-3-metilglutaril-coenzima A redutase, pelo que contribuem para a redução dos níveis de c-LDL [20,22,23,24].

O constituinte maioritário, a monacolina K, é quimicamente semelhante à lovastatina – a primeira estatina a ser comercializada –, pelo que a *Food and Drug Administration* considera que produtos à base desta levedura se tratam de medicamentos não aprovados e não de suplementos alimentares, pelo que emitiu avisos aos consumidores contra o consumo dos mesmos [22,23,24,25]. Já na Europa, tais produtos foram aprovados pela European Food Safety Authority [26,27], sendo que estão disponíveis nas farmácias, como suplementos de venda livre (Arterin® e Advancis Colesterin®). Estão, até, incluídos nas normas das Sociedades Europeias de Cardiologia e de Aterosclerose, como intervenção no estilo de vida para reduzir os níveis de CT e c-LDL [20].

Outros compostos presentes nos suplementos e que promovem a diminuição do c-LDL são os fitosteróis, isoflavonas e ácidos gordos moninsaturados. Deste modo, os produtos à base de levedura de arroz vermelho apresentam-se como alternativas naturais às estatinas, para o controlo das dislipidemias [23,24].

2.4.2. Controvérsias

Uma vez que as monacolinhas têm a mesma ação das estatinas, seria de esperar que tivessem efeitos adversos semelhantes. Embora vários ensaios clínicos tenham indicado que os suplementos são bem tolerados, nomeadamente em doentes com histórico de mialgias associadas à toma de estatinas, todos eles apresentam limitações, como a amostra pequena, o tempo de duração curto e a falha no controlo da dieta e dos estilos de vida dos indivíduos em estudo [20,23,24,25]. Ainda assim, alguns referiram terem surgido, esporadicamente, casos de mialgia, rabdomiólise e hepatotoxicidade [22,24,25].

Dado que a sua composição varia consoante as estirpes da levedura e as condições de preparação, os produtos contêm quantidades incertas de monacolina K, pelo que, não só é difícil compreender as relações dose-eficácia ou dose-efeitos adversos, como também não é possível garantir que cada unidade tenha a concentração necessária para exercer a sua ação. Com isto, surge a possibilidade de os produtores adicionarem lovastatina pura ao produto. Definir um método padrão de preparação iria facilitar este processo, bem como o seu controlo [20,22,25].

Ademais, os suplementos podem conter citrinina, uma micotoxina cuja nefrotoxicidade foi comprovada em modelos animais, embora seja, para já, desconhecida a sua toxicidade em humanos [22,24,25].

2.5. Intervenção na Farmácia

Como referi, o objetivo principal do projeto era dar a conhecer, aos utentes, os suplementos à base de levedura de arroz vermelho, como terapia alternativa no tratamento da hipercolesterolemia. Durante a avaliação do colesterol, caso o utente tivesse valores acima dos recomendados, procederia ao aconselhamento da adoção das medidas não farmacológicas e da toma destes produtos. Contudo, uma vez que encontrei muita informação contraditória e não fiquei totalmente esclarecida acerca da segurança dos suplementos, tomei a decisão de não abordar diretamente o assunto, apenas se questionada pelo utente.

Deste modo, abrangei o tema e elaborei um folheto informativo (**Anexo IX**) sobre os conhecimentos importantes a ter sobre o colesterol, isto porque era clara a falta de informação por parte dos utentes, durante o aconselhamento. Também, foi demonstrado que a prevalência de CT era maior nos indivíduos sem escolaridade comparativamente aos indivíduos com ensino superior – 76,4% e 49,8%, respetivamente –, o que revela a pertinência em educar os utentes sobre esta condição ^[18].

Os folhetos faziam uma pequena referência aos suplementos de coenzima Q10 (como Advancis CoQ10[®]), que podem ser usados como complemento da terapia com estatinas, para atenuar os sintomas musculares ^[20]. Até então, esta relação não foi comprovada, mas sabe-se que as estatinas provocam a diminuição dos níveis plasmáticos da coenzima – quer por inibição da produção de mevalonato, necessário à sua síntese, quer por redução do c-LDL, o seu principal transportador – e que esta participa na cadeia transportadora de eletrões, na respiração aeróbia, para a produção de energia. Como tal, o decréscimo de coenzima Q10 poderá afetar a função mitocondrial e levar ao desenvolvimento de miopatias. Contudo, nem todos os indivíduos que tomam estatinas apresentam estes efeitos adversos, pelo que esta associação levanta algumas dúvidas. Ainda assim, não existem riscos associados à toma destes suplementos, pelo que podem ser recomendados ^[28].

Não me foi possível realizar um rastreio para avaliação deste parâmetro nos utentes da FP, pelo que procurei reunir dados durante os aconselhamentos personalizados, porém estes não foram suficientes para possibilitarem a análise.

2.6. Conclusão

Ainda que a incidência de miopatia, pela administração de suplementos à base de levedura de arroz vermelho, seja reduzida, o fato de existir um risco associado a estes produtos, e de não serem aconselhados por entidades como a *Food and Drug Administration*, não me deixa numa posição confortável para os recomendar livremente aos utentes. Poderei, contudo, sugerir que o utente consulte o seu médico, para que este o acompanhe e analise, periodicamente, os parâmetros indicadores de miopatia. Reconheço, pois, que os produtos possam ser úteis em indivíduos intolerantes às estatinas ou que recusem este tratamento.

Relativamente ao folheto, não obtive nenhum *feedback*, o que espero que seja indicativo de que a informação que pretendia transmitir era clara e que não surgiram dúvidas. Espero, também, que este tenha incentivado a um maior controlo do colesterol por parte dos utentes.

3. Projeto III – Noções Básicas Sobre Infeções Comuns

3.1. Enquadramento e Objetivos

Após um projeto dedicado a um produto específico, era minha intenção abordar um tema que fosse comum na FP, como uma infeção. Face à indecisão de que patologia escolher, e porque era perceptível a falta de informação básica dos utentes sobre as suas condições, considerei ser mais interessante, e útil, reunir algumas noções básicas sobre infeções comuns, para educação do utente e para um melhor aconselhamento da minha parte. Ademais, fiz referência a alguns produtos de venda livre, presentes na lista de prioridades de venda da FP, que poderão ser utilizados em cada situação, pelo que pude aplicar a técnica de *cross-selling* que me foi transmitida pelos colaboradores e pela formação da ANF.

3.2. Gripe e Constipação

A gripe e a constipação são infeções respiratórias virais, com grande prevalência entre os meses de outubro e abril, que suscitam alguma confusão nos utentes, nomeadamente no que diz respeito às diferenças que as caracterizam. Embora tenham sintomas em comum, como a tosse e a congestão/corrimento nasal, a gripe é mais severa, pelo que os sinais e sintomas surgem rapidamente e incluem febre, fadiga e mialgias. Isto deve-se ao fato de diferirem nos agentes etiológicos, sendo os mais comuns os vírus influenza e rinovírus, respetivamente [29].

São infeções contagiosas, sendo que os vírus podem ser transmitidos diretamente, pelo contacto com pessoas infetadas, ou indiretamente, pelo ar ou através de fómites, como maçanetas das portas. Neste contexto, as medidas profiláticas são essenciais para prevenir a contaminação pessoal e, numa escala maior, epidemias. Lavar frequentemente as mãos e as maçanetas ou outros objetos, evitar o contacto com pessoas infetadas e arejar os espaços são alguns comportamentos a adotar, assim como é recomendado para as pessoas infetadas que permaneçam em casa, no caso de gripe, e cubram o nariz e a boca quando espirram ou tosse, de modo a proteger quem as rodeia [29,30].

Embora não exista vacina para o rinovírus [31], estão disponíveis, anualmente, vacinas contra o vírus influenza e são gratuitas e particularmente recomendadas para indivíduos de maior risco: a partir dos 65 anos, com determinadas patologias crónicas ou condições (como diabetes ou trissomia 21), residentes de instituições/lares/unidades médicas e alguns profissionais de saúde. São, no entanto, contraindicadas em idades inferiores a 6 meses e em pessoas com

reações alérgicas severas. A vacina possui vírus inativos, pelo que não existe o risco de infecção, contrariamente ao que muitos utentes pensam. Podem, contudo, surgir efeitos adversos passageiros, como a febre. A vacina promove a formação de anticorpos que protegem o organismo contra as estirpes presentes na mesma – atualmente, a Organização Mundial de Saúde aconselha a inclusão das estirpes A(H3N2) e A(H1N1), juntamente com uma estirpe viral B – ou relacionadas, mas não contra outros vírus que provoquem sintomas semelhantes aos da gripe. Os anticorpos demoram cerca de duas semanas a desenvolverem-se, pelo que se aconselha a tomar a vacina antes da disseminação do vírus Influenza na comunidade, ainda que esta esteja disponível durante todo o inverno. A razão pela qual a vacina é reformulada todos os anos deve-se ao fato dos vírus estarem em constante variação antigénica, o que significa que os anticorpos não reconhecem os novos vírus. Em adição, a resposta imune vai diminuindo, pelo que a vacinação anual contribui para uma maior eficiência na proteção [29,30].

Uma vez que se tratam de infeções ligeiras e auto-limitantes, não é necessário recorrer a antivíricos, exceto se existir o risco de desenvolvimento de complicações, como pneumonia bacteriana [31]. Nestes casos, podem ser prescritos oseltamivir (Tamiflu®) ou zanamivir (Relenza®), inibidores das neuraminidases (proteínas de superfície) dos vírus influenza A e B [21]. Outra noção errada dos utentes é de que os antibióticos podem ser usados para o tratamento destas infeções. Dado que a toma desnecessária de antibióticos contribui para mecanismos de resistência, dificultando o tratamento de infeções bacterianas, torna-se imperativo educar a população de que estes medicamentos não são eficazes contra infeções virais [31].

Para alívio dos sintomas, mas não para resolução das infeções, podem ser sugeridos ao utente antigripais (Griponal®) – alívio da febre, mialgias, cefaleias e o corrimento nasal –, descongestionantes nasais (Allergodil®), antitússicos (Levotuss®) ou mucolíticos (Fluimucil®) – consoante se trata de tosse seca ou com expectoração – e suplementos para reforço do sistema imunitário (*Absorvit*). Outras indicações incluem a lavagem do nariz e a hidratação adequada.

3.3. Gastroenterite

A gastroenterite consiste na infeção do trato gastrointestinal e pode ter várias etiologias, sendo o rotavírus o agente mais comum nas crianças e o norovírus, nos adultos [32]. Afeta a função gastrointestinal, com diminuição da absorção de nutrientes e redução da ingestão de alimentos pelos vômitos, constituindo uma das principais causas de morte em crianças de países em desenvolvimento. Em Portugal, a evolução fatal é rara mas a hospitalização é frequente [33].

Manifesta-se sob a forma de diarreia – diminuição da consistência das fezes e aumento da frequência de dejeção (acima de três dejeções em 24 horas) –, com ou sem febre e vômitos. Outros sinais surgem consoante o grau de desidratação, desde mucosas secas e extremidades frias a choque hipovolémico e invaginação intestinal [33].

A infeção é transmitida pelo contacto com indivíduos infetados, pela ingestão de água ou alimentos contaminados ou pela exposição a aerossóis produzidos enquanto se vomita. A

intoxicação alimentar é a principal causa de infecção por norovírus, pelo é importante lavar bem a fruta e os vegetais, assim como as mãos e as superfícies contaminadas [32].

Apesar das vacinas contra o norovírus se encontrarem, ainda, em ensaios clínicos [32], existem vacinas orais contra o rotavírus (Rotateq® e Rotarix®), que contêm os vírus vivos, embora atenuados, pelo que não causam infecção, que promovem o desenvolvimento de anticorpos. A vacinação é recomendada entre as 7 semanas e as 26 semanas, pela Sociedade de Infeciologia Pediátrica e pela Sociedade Portuguesa de Pediatria [33].

Uma vez que as infeções são auto-limitantes, é, apenas, feita a reposição de fluidos e eletrólitos. Os vômitos e a febre tendem a desaparecer após hidratação. Devem evitar-se pausas alimentares superiores a 4 horas e refrigerantes, dado que possuem uma elevada osmolaridade, o que contribui para o aumento de dejeções. Por prescrição médica, o indivíduo afetado pode proceder à toma de antieméticos (Primperan®), antiperistálticos (Imodium®) ou antidiarreicos (Tiorfan®). Na farmácia, pode ser aconselhada a toma de probióticos (UL-250®) que restabelecem a flora intestinal.

3.4. Cistite

Tendo em conta que a urina é um bom meio para o crescimento de bactérias e que o trato urinário contacta com o exterior, é expectável que este esteja mais suscetível à invasão destes microrganismos, particularmente de *Escherichia coli*. Das infeções do trato urinário, a maioria está confinada à bexiga e designa-se cistite [34,35].

Ainda assim, nem sempre a colonização resulta em infeção, pois a resposta imune e a própria micção possibilitam a eliminação das bactérias. Estas infeções surgem, geralmente em hospedeiros incapazes de mictar frequentemente ou de esvaziar completamente a bexiga – comum nos idosos e mulheres pós-menopáusicas. Outros fatores de risco incluem a inserção de cateteres, diafragmas e preservativos, o fato de serem imunocomprometidos, diabéticos ou geneticamente suscetíveis, ou de terem anormalidades anatómicas ou infeções vaginais [34].

Contudo, a cistite pode ter origem no próprio organismo, pelas bactérias que colonizam a vagina, o intestino ou as áreas periuretrais, cujo deslocamento até ao trato urinário é promovido, por exemplo, pela atividade sexual. Por este meio, a infeção é transmitida ao parceiro sexual [34].

As mulheres são mais suscetíveis de sofrer infeções urinárias do que os homens, porque a abertura da uretra está mais próxima da cavidade vaginal e da abertura retal, onde estão alojadas potenciais bactérias uropatogénicas; as áreas periuretrais são mais húmidas e, portanto, mais favoráveis ao crescimento bacteriano; o comprimento da uretra é menor, pelo que as bactérias ascendem, com maior facilidade, até à bexiga [34].

Sinais e sintomas característicos, embora inespecíficos, são a incontinência, micção frequente, disúria, noctúria, hematúria, dores abdominais, sensação de peso na bexiga, ardor e urina turva e com odor forte [34,35].

A higiene íntima auxilia na prevenção e no tratamento de cistites, sendo uma das principais recomendações do farmacêutico. Também o dispositivo médico (Roter Cystiberry®) se mostrou ser eficaz na prevenção e aquando do aparecimento dos primeiros sinais ou sintomas. Cada cápsula contém um extrato de arando concentrado com a capacidade de inibir a aderência das bactérias à parede da bexiga [36].

O tratamento ideal requer a toma de antibióticos [35]. Na FP, era comum a prescrição de fosfomicina para o efeito. É comum ocorrerem reinfeções após descontinuação da terapêutica, sendo necessário manter a higiene.

3.5. Candidíase Vulvovaginal

As espécies de *Candida* spp., particularmente *Candida albicans*, são fungos oportunistas que se encontram no organismo da mulher – nos tratos urinário, genital, gastrointestinal e respiratório – e, aquando do aumento do pH vaginal, multiplicam-se e infetam a vagina e a vulva, originando a candidíase vulvovaginal. Gravidez/reposição hormonal/ contraceptivos orais – pela produção de hormonas –, menstruação – pelo pH fisiológico do sangue – e relações sexuais – pelo pH alcalino do sémen –, são exemplos de fatores que contribuem para este aumento [37,38].

Outros fatores de risco, além dos acima mencionados, incluem o uso de dispositivos intrauterinos – que servem de reservatório –, de preservativos – que, assim como os antibióticos, afetam a flora bacteriana protetora – e de roupa justa – que aumentam a humidade; imunossupressão, predisposição genética ou diabetes, dado que quantidades elevadas de glucose promovem a adesão dos fungos às células epiteliais da vagina [37].

Ainda que não tenha mortalidade associada, a prevalência é elevada – estima-se que 3 em 4 mulheres tenham, pelo menos, um episódio de candidíase vaginal durante a sua vida – e a dor e o desconforto, para além de prejudicarem o desempenho profissional e as relações sexuais, podem levar ao desenvolvimento de distúrbios mentais [37,38].

As mulheres infetadas sentem prurido e dor aquando da micção ou do ato sexual (dispareunia). O corrimento vaginal torna-se mais espesso e grumoso e são frequentes a disúria, edema vulvar e escoriações. Nenhum destes sinais e sintomas é específico da candidíase, podendo estar associados a outras infeções, nomeadamente gonorreia [37,38].

Assim como nas infeções do trato urinário, a prevenção da candidíase cinge-se, principalmente, à higiene íntima. O Farmacêutico deve, contudo, aconselhar produtos próprios para esta zona, dado que sabões comuns tendem a aumentar o pH.

Formulações tópicas com antifúngicos, como cremes (Canesten®) ou comprimidos (Gino-Canesten®) vaginais com clotrimazol ou óvulos com econazol (Gyno-Pevaryl®), são eficazes no alívio dos sintomas e no tratamento da candidíase. É importante informar a utente que estas podem enfraquecer preservativos e diafragmas. Apesar de não ser comum a sua transmissão por via sexual, pode-se aconselhar que o parceiro aplique o creme, de modo a evitar o desenvolvimento de balanite (inflamação da glândula e prepúcio) [37,38].

Na candidíase recorrente, com quatro ou mais episódios num ano, a terapia oral com fluconazol é a primeira escolha, ainda que seja comum a recaída após descontinuação. Se o tratamento não for o correto, podem surgir várias complicações, como infertilidade, gravidez ectópica e aborto espontâneo [38].

Uma dúvida que me foi colocada por uma utente foi se poderia prosseguir com o tratamento tópico aquando da menstruação. Como foi referido anteriormente, a produção hormonal constitui um fator de risco de candidíase, pelo que é comum a infeção surgir no período pré-menstrual. Assim, deve-se continuar a aplicar o medicamento, ainda que a absorção do fármaco seja menor [37].

3.6. Onicomicose

A onicomicose consiste na infeção fúngica das unhas dos pés, tendo como principal agente etiológico o *Trichophyton rubrum* [39]. É caracterizada pelo aumento da espessura, fragilidade e deformação das unhas [40], podendo causar dor e limitar o andar, o que contribui, sobretudo, para quedas em idosos. A população geriátrica é, de fato, a mais afetada, dada a baixa circulação e o trauma acumulado nas unhas, assim como as múltiplas comorbilidades. É, também, comum em diabéticos, onde contribui para o risco de complicações, como o pé diabético e a neuropatia diabética [41].

Tal como é possível a transmissão pessoa-a-pessoa, pelo contacto direto, o próprio indivíduo pode dispersar a infeção para outras áreas do corpo, pelo que deverá trocar de meias diariamente, usar chinelos em áreas públicas (piscinas, balneários, ginásios) e calçado arejado, secar bem os pés após o banho e pulverizar os sapatos e os pés com desodorizantes ou antitranspirantes [39,41].

Ainda que a terapia mais eficaz seja a combinação de antifúngicos tópicos e orais, toma-se preferência pelo uso tópico, nomeadamente em idosos, uma vez que é evitada a toma de mais um medicamento sistémico e a possibilidade de ocorrência de interações medicamentosas [41]. Assim sendo, era frequente a prescrição de amorolfina (Locetar®) e de ciclopirox (Mycoster®). O maior entrave destes medicamentos tópicos é a dificuldade de penetração até à matriz da unha, por isso é contraindicado pintar as unhas. Esta distribuição pode ser facilitada através da iontoforese (aplicação de corrente) ou de ultrassom [40].

No caso de infeções mais extensas e severas, recorre-se a antifúngicos orais, como fluconazol, ou é feita a remoção cirúrgica da unha. Novas metodologias incluem as terapias a laser – radiação produz calor, eliminando o fungo – e fotodinâmica – agentes fotossensibilizantes interagem com a luz visível, produzindo oxigénio singleto que provoca a morte do fungo [40].

Muitos utentes demonstraram o seu descontentamento face à demora do tratamento. Era, pois, indicado que embora o antifúngico fosse capaz de eliminar o fungo, a aparência da unha só iria melhorar com o crescimento da mesma, o que se traduz por um processo lento [41].

A FP disponibiliza, ainda, dispositivos médicos (Excilor® e da Scholl) que impedem o crescimento dos fungos, por redução do pH, gerando um ambiente hostil para estes microrganismos [42,43].

3.7. Pé de Atleta

A tinea do pé ou *tinea pedis*, vulgarmente designada por pé de atleta, consiste numa infeção fúngica dos pés. Não afeta apenas desportistas, mas estes fazem parte da população com maior risco de infeção, devido à sudação excessiva, ao calçado oclusivo, ao trauma nos pés e à partilha de objetos (toalhas, por exemplo) e de áreas comuns (piscinas, balneários, ginásios). Também os soldados e os mineiros pertencem a este grupo de risco. Assim, estima-se que cerca de 70% da população em maior risco seja infetada durante a sua vida [44].

Os principais agentes patológicos são os fungos *Trichophyton rubrum* – mencionado anteriormente na onicomicose – e o *T. interdigitale*. O primeiro é responsável, principalmente, pelas formas interdigital – eritema, fissuras e descamação entre os dedos – e hiperqueratótica crónica – hiperqueratose difusa e eritema na planta do pé, calcanhar e laterais, que adota a forma de um *mocassin*. O segundo, pelas formas inflamatória – vesículas no peito e planta do pé – e ulcerativa – úlceras que se dispersam por toda a superfície do pé; é a mais comum em imunocomprometidos e diabéticos. Todas estas formas causam dor, prurido e mau-odor e dificultam o movimento [44].

A transmissão é feita através das escamas da pele, pelo contacto direto com a pessoa infetada ou com superfícies contaminadas. Como foi referido na onicomicose, a infeção pode alastrar-se para outras partes do corpo – mãos, unhas e virilhas. Dada a elevada contagiosidade, deve-se educar a população a tomar as medidas preventivas referidas na secção anterior [44].

O tratamento é feito, geralmente, com antifúngicos tópicos (Canespor® e Canesten®), sendo que o Farmacêutico deve aconselhar a aplicar o creme não só nas zonas infetadas, como também em redor, pela probabilidade de dispersão do fungo. Deve, ainda, transmitir a importância de cumprir o tempo de tratamento (2-4 semanas) para evitar reinfeção, uma vez que os utentes tendem a interromper logo após a resolução dos sintomas. As formas hiperqueratótica e inflamatória exigem a adição da terapia sistemática, por exemplo com terbinafina (Lamisil®). Os corticosteroides auxiliam na inflamação, contudo, porque suprimem a resposta imune, permitem o alastramento da infeção [44].

3.8. Conjuntivite

A conjuntivite consiste na infeção da conjuntiva – membrana mucosa que lubrifica e protege o olho – e é comum os indivíduos infetados procurarem auxílio na farmácia, em vez de consultarem um oftalmologista. Ainda assim, o Farmacêutico deve referi-los ao médico,

especialmente se tiverem sofrido algum trauma no olho, se são incapazes de abrir o olho ou têm dificuldade em o manter aberto, ou se ocorreu perda parcial da visão. Lacrimejo, vermelhidão, maior secreção de remela, sensação de corpo estranho e inchaço da pálpebra são alguns dos sinais e sintomas que, contudo, não permitem um diagnóstico diferencial [45].

A etiologia é variada e a conjuntivite pode ser infecciosa, como a viral, em que o agente patogénico principal é o Adenovírus, ou não infecciosa, como a alérgica, por exemplo. No caso de ser infecciosa, o indivíduo deve tomar medidas que evitem a contaminação do olho saudável e das pessoas que o rodeiam, tais como lavar frequentemente as mãos, mudar os lençóis e a roupa, minimizar o uso de lentes de contacto, não partilhar itens pessoais, como óculos de sol ou toalhas, e deve permanecer em casa [45].

É uma infeção auto-limitante, com duração entre 8 a 15 dias, pelo que a terapia passa, geralmente, pelo alívio dos sintomas com anti-inflamatórios, lágrimas artificiais e soluções de conforto ocular (Optrex®) para resolução do olho seco, e compressas oculares que protegem o olho (Visex®). Na conjuntivite alérgica, são prescritos anti-histamínicos [45].

3.9. Herpes Labial

O herpes labial resulta da infeção pelo vírus *Herpes simplex* tipo 1, que se encontra presente em cerca de 80% dos adolescentes, mas que permanece em estado latente, nos gânglios linfáticos, até à sua ativação. Fatores desencadeantes – *stress*, fadiga, febre, doenças respiratórias do trato superior, menstruação, sol ou frio – ativam o vírus e este desloca-se para as células epiteliais, provocando erupções na pele e membranas mucosas, particularmente nos lábios, que causam ardor. Este estado resolve-se, espontaneamente, ao fim de 10 dias, sendo possível encurtar a sua duração com a aplicação tópica de um antivírico; o mais utilizado é o aciclovir (Zovirax®), que pode estar associado à hidrocortisona (Zoviduo®), para redução da inflamação. Para proteção das vesículas, o Farmacêutico pode recomendar uns pensos próprios (*Compeed*) [46].

O herpes é contagioso apenas para indivíduos que não foram infetados previamente e para imunocomprometidos, sendo transmitido diretamente, pelo contacto com a pessoa infetada, ou indiretamente, pela partilha de objetos contaminados, como por exemplo copos. Apesar do *Herpes simplex* tipo 1 poder causar herpes genital, através do sexo oral, na maioria dos casos, o herpes genital é causado pelo *Herpes simplex* tipo 2 [46].

Aproximadamente um terço dos infetados sofre recaídas, com tendência a diminuir após os 35 anos. Colocar protetor solar nos dias quentes ou um hidratante labial nos climas frios, reforçar o sistema imunitário com suplementos, evitar episódios de *stress* e dormir o necessário são algumas medidas que previnem a ativação do vírus [46].

3.10. Intervenção na Farmácia

De forma a pôr em prática os objetivos de ceder esta informação aos utentes, ao mesmo tempo que são atualizados os conhecimentos do farmacêutico, e de promover o uso adequado de produtos para cada patologia, elaborei um pequeno livro (**Anexo X**), prático e fácil de consultar, com uma linguagem corrente para compreensão dos utentes. Para cada infeção, foi indicada a sua etiologia, o que a caracteriza (sinais e sintomas), o modo de transmissão, medidas de prevenção, terapias farmacológicas e/ou não farmacológicas e, ainda, perguntas frequentes e algumas dúvidas que me foram colocadas durante o período de atendimento. Estes livros poderiam ser distribuídos pelos utentes ou permaneceriam na FP, podendo ser consultados se o utente o solicitasse ou se o Farmacêutico achasse pertinente, dada a falta de informação da pessoa a ser atendida. Como tal, deixei três modelos na FP, para que pudessem concretizar a iniciativa ou apenas para consulta própria, sendo que a sugestão foi muito apreciada.

3.11. Conclusão

Ainda que sejam apenas protótipos, os livros poderão ser consultados e recriados, se assim o pretenderem, pelo que os objetivos foram cumpridos. Enquanto realizei o projeto, consolidei a informação que me tinha sido transmitida durante o curso, preparei-me para eventuais questões que me poderiam ser colocadas durante o atendimento, e apliquei a técnica de *cross-selling*, que consiste em aconselhar um produto adicional ao que foi solicitado pelo utente, mas que tenha utilidade para a sua condição, para, deste modo, me ter mostrado ser útil à farmácia.

Considerações Finais

No que diz respeito à minha prestação na farmácia, considero que cumpri os meus deveres profissionais e realizei todas as tarefas que me foram atribuídas ou que achei pertinentes, procurando sempre elevar a boa imagem da farmácia. Fui assídua e pontual e, quando necessário, mostrei-me disponível para qualquer permuta de horário. Cooperei com a restante equipa e estabeleci relações cordiais, de modo a promover um clima harmonioso. Para além de ter sido uma oportunidade para superar as minhas inseguranças, nomeadamente na comunicação com os utentes, compreendi o enquadramento, as funções e as responsabilidades do Farmacêutico na Farmácia Comunitária, de maneira a assegurar a qualidade e segurança dos serviços prestados.

Tanto o estágio propriamente dito, como a elaboração dos projetos, possibilitaram que atualizasse os meus conhecimentos a nível científico e pudesse transmitir essa mesma informação aos utentes, sendo a educação da comunidade um dos principais deveres do Farmacêutico.

Ambas as componentes deste Estágio Profissionalizante mostraram-se ser bastante úteis para o desenvolvimento da minha formação educacional e profissional, pelo que a experiência foi bastante positiva.

Referências Bibliográficas

1. INFARMED (Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde I.P.): Portaria nº 277/2012 de 12/09/2012 (“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 turnos, 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 n.º 31-A/2011, de 11 de janeiro”).
2. INFARMED (Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde I.P.): Circular Normativa nº 019/CD/100.20.200 de 15/02/2015 (“Projeto Via Verde do Medicamento”).
3. INFARMED (Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde I.P.): Decreto-Lei nº 307/2007 de 31/08/2007 (“Regime jurídico das farmácias de oficina”).
4. INFARMED (Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde I.P.): Decreto-Lei nº 176/2006 de 30/08/2007 (“Estatuto do Medicamento”).
5. INFARMED (Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde I.P.): Portaria nº 224/2015 de 27/07/2015 (“Estabelece o regime jurídico a que obedecem as regras de prescrição e dispensa de medicamentos e produtos de saúde e define as obrigações de informação a prestar aos utentes”).
6. INFARMED (Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde I.P.): Normas relativas à dispensa de medicamentos e produtos de saúde Versão 4.0 (2015).
7. Despacho n.º 2935-B de 25/02/2016. Diário da República, 2.ª série, nº 39 (2016).
8. INFARMED (Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde I.P.): Decreto-Lei nº 15/93 de 22/01/1993 (“Regime jurídico do tráfico e consumo de estupefacientes e psicotrópicos”).
9. INFARMED (Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde I.P.): Decreto-Lei nº 189/2008 de 24/09/2008 (“Estabelece o regime jurídico dos produtos cosméticos e de higiene corporal, transpondo para a ordem jurídica nacional as Diretivas nº 2007/53/CE, da Comissão, de 29 de Agosto, 2007/54/CE, da Comissão, de 29 de Agosto, 2007/67/CE, da Comissão, de 22 de Novembro, 2008/14/CE, da Comissão, de 15 de Fevereiro, e 2008/42/CE, da Comissão, de 3 de Abril, que alteram a Diretiva nº 76/768/CEE, do Conselho, relativa aos produtos cosméticos, a fim de adaptar os seus anexos II, III e VI ao progresso técnico”).
10. Decreto-Lei n.º 136/2003 de 28/06/2003. Diário da República, Série I-A, nº 147 (2003).
11. INFARMED (Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde I.P.): Decreto-Lei nº 145/2009 de 17/06/2009 (“Estabelece as regras a que devem obedecer a investigação, o fabrico, a comercialização, a entrada em serviço, a vigilância e a publicidade dos dispositivos médicos e respetivos acessórios e transpõe para a ordem jurídica interna a Diretiva nº 2007/47/CE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 5 de Setembro”).

12. Sociedade Portuguesa de Diabetologia: Observatório Nacional da Diabetes – Relatório de 2016. Acessível em: <https://www.spd.pt/> [acedido a 23 de novembro de 2017].
13. Direção-Geral da Saúde: Norma nº 002/2011 de 14/01/2011 – Diagnóstico e Classificação da Diabetes Mellitus. Acessível em: <https://www.dgs.pt/> [acedido a 15 de dezembro de 2017]
14. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. 1º Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico (INSEF 2015): Estado de Saúde. Lisboa: INSA IP, 2016.
15. National Heart, Lung, and Blood Institute: Arrhythmia. Acessível em: <https://www.nhlbi.nih.gov> [acedido a 12 de dezembro de 2017].
16. Ordem dos Farmacêuticos: Colesterol e Risco Cardiovascular – Novas perspetivas e controvérsias. Acessível em: <https://www.ordemfarmaceuticos.pt/pt/> [acedido a 8 de junho de 2017].
17. Fundação Portuguesa de Cardiologia: Dislipidemia. Acessível em: <http://www.fpcardiologia.pt/> [acedido a 8 de junho de 2017].
18. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. 1º Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico (INSEF 2015): Estado de Saúde. Lisboa: INSA IP, 2016.
19. Direção-Geral da Saúde: Norma nº 019/2011 de 28/09/2011 – Abordagem Terapêutica das Dislipidemias no Adulto. Acessível em: <https://www.dgs.pt/> [acedido a 10 de junho de 2017].
20. Catapano AL, Graham I, De Backer G, Wiklund O, Chapman MJ, Drexel H, Hoes AW, *et al.* (2016) ESC/EAS Guidelines for the Management of Dyslipidaemias: The Task Force for the Management of Dyslipidaemias of the European Society of Cardiology (ESC) and European Atherosclerosis Society (EAS). *European Heart Journal*; 37: 2999–3058.
21. INFARMED: Prontuário Terapêutico. Acessível em: <http://www.infarmed.pt> [acedido a 13 de outubro de 2017].
22. National Center for Complementary and Integrative Health: Red Yeast Rice. Acessível em: <https://nccih.nih.gov> [acedido a 8 de junho de 2017].
23. Li Y, Jiang L, Jia Z, Xin W, Yang S, Yang Q, Wang L (2014). A Meta-Analysis of Red Yeast Rice: An Effective and Relatively Safe Alternative Approach for Dyslipidemia. *PLoS ONE*; 9(6): e98611.
24. Burke, FM (2015). Red Yeast Rice for the Treatment of Dyslipidemia. *Current Atherosclerosis Reports*; 17(4): 495.
25. Dujovne CA (2017). Red yeast rice preparations: are they suitable substitutions for statins? *The American Journal of Medicine*; 130(10):1148-1150.
26. EFSA Panel on Dietetic Products, Nutrition and Allergies (2011). Scientific Opinion on the substantiation of health claims related to monacolin K from red yeast rice and maintenance of normal blood LDL-cholesterol concentrations (ID 1648, 1700) pursuant to Article 13(1) of Regulation (EC) No 1924/2006. *EFSA Journal*; 9(7): 2304.
27. EFSA Panel on Dietetic Products, Nutrition and Allergies (2013). Scientific Opinion on the substantiation of a health claim related to monacolin K in SYLVAN BIO red yeast rice and maintenance of normal blood LDL-cholesterol concentrations pursuant to Article 13(5) of Regulation (EC) No 1924/2006. *EFSA Journal*; 11(2): 3084.

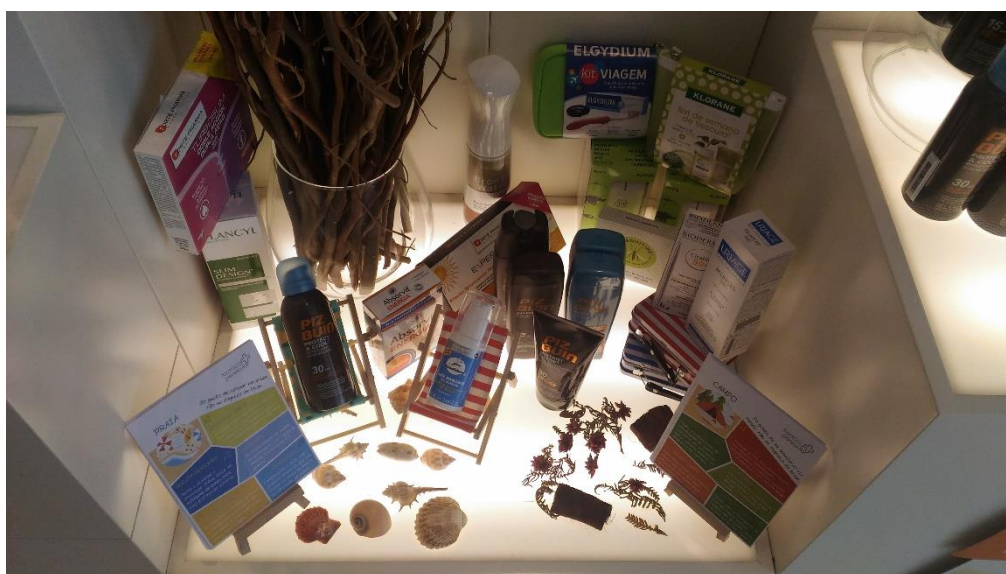
28. Littlefield N, Beckstrand RL, Luthy KE (2014). Statins' effect on plasma levels of Coenzyme Q10 and improvement in myopathy with supplementation. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*; 26(2):85-90.
29. Centers for Disease Control and Prevention: Influenza (Flu). Acessível em: <http://www.cdc.gov> [acedido a 7 de julho de 2017].
30. Direção-Geral da Saúde: Norma nº 004/2016 de 23/09/2016 – Vacinação contra a gripe. Época 2016/2017. Acessível em: <https://www.dgs.pt/> [acedido a 12 de agosto de 2017].
31. Centers for Disease Control and Prevention: Rhinoviruses. Acessível em: <http://www.cdc.gov> [acedido a 7 de julho de 2017].
32. Graaf M, van Beek J, Koopmans MPG (2016). Human norovirus transmission and evolution in a changing world. *Nature Reviews Microbiology*; 14: 421-433.
33. Lima RM, Dias JA (2010). Gastroenterite Aguda. *Nascer e Crescer*; 19(2): 85-90.
34. Foxman B (2014). Urinary Tract Infection Syndromes: Occurrence, Recurrence, Bacteriology, Risk Factors, and Disease Burden. *Infectious Disease Clinics of North America*; 28: 1-13.
35. Nicolle EL (2013). Urinary Tract Infection. *Critical Care Clinics*; 29: 699–715.
36. Roter: Roter Cystiberry. Acessível em: <http://www.roter.pt> [acedido a 25 de setembro de 2017].
37. Centers for Disease Control and Prevention: 2015 Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines. Acessível em: <http://www.cdc.gov> [acedido a 10 de julho de 2017].
38. Gonçalves B, Ferreira C, Alves CT, Henriques M, Azeredo J, Silva S (2016). Vulvovaginal candidiasis: Epidemiology, microbiology and risk factors. *Critical Reviews in Microbiology*; 42(6): 905-927.
39. Gold LF (2016). Understanding Onychomycosis Resolving Diagnostic Dilemmas. *Seminars in Cutaneous Medicine and Surgery*; 35(3): 48-50.
40. Kushwaha A, Murthy RN, Murthy SN, Elkeeb R, Hui X, Maibach HI (2015). Emerging therapies for the treatment of unguis onychomycosis. *Drug Development and Industrial Pharmacy*. 41(10): 1575-81.
41. Rosen, T (2016). Concepts in Onychomycosis Treatment and Recurrence Prevention: An Update. *Seminars in Cutaneous Medicine and Surgery*; 35(3): 56-59.
42. Excilor: Fungal nail treatment. Acessível em: <http://www.excilor.com> [acedido a 25 de setembro de 2017].
43. Scholl: Tratamento para unhas Antifúngico. Acessível em: <http://www.scholl.pt> [acedido a 25 de setembro de 2017].
44. Ilkit M, Durdu M (2015). Tinea pedis: The etiology and global epidemiology of a common fungal infection. *Critical Reviews in Microbiology*; 41(3): 374-388.
45. Alfonso SA, Fawley JD, Lu XA (2015). Conjunctivitis. *Primary Care: Clinics in Office Practice*; 42(3): 325-45.
46. Opstelten W, Neven AK, Eekhof J (2008). Treatment and prevention of herpes labialis. *Canadian Family Physician*. 54(1): 683-7.

Anexos

Anexo I – Lista de Medicamentos Incluídos no Projeto Via Verde

Medicamento	Nº registo
Symbicort 80/4,5µg/dose	3515087
Symbicort 160/4,5µg/dose	3514080
Symbicort 320/9µg/dose	4073680
Atrovent Unidose	2368280
Spiriva 18µg/dose	3984481
Budenofalk 2mg/dose, espuma retal	5282025
Budenofalk OD, 9mg, granulado GR	5354923
Salofalk, 1g/dose, espuma retal	4275582
Salofalk enemas, 4g/60mL, suspensão retal	4352886
Risperdal Consta 25mg/2mL	4753588
Risperdal Consta 37,5mg/2mL	4753687
Risperdal Consta 50mg/2mL	4753786
Mysoline, 250 mg, comprimido	5637400
Asacol 400mg, 60 comp. GR	8676817
Asacol 800mg, 60 comp. GR	5179627
Innohep 10.000 U.I. Anti-Xa/0,5mL	2816783
Innohep 14.000 U.I. Anti-Xa/0,7mL	2817385
Innohep 18.000 U.I. Anti-Xa/0,9mL	2817989
Sandimmun Neoral 25mg, 50 cáps.	8742718
Sandimmun Neoral 50mg, 30 cáps.	8742768
Sandimmun Neoral 100mg, 50 cáps.	8742726
Lovenox 20mg/0,2mL, 6 unidades	2308682
Lovenox 40mg/0,4mL, 6 unidades	2308781
Lovenox 60mg/0,6mL, 6 unidades	2841781
Lovenox 80mg/0,8mL, 6 unidades	2841989

Anexo II – Expositor “Praia vs Campo” e Respetivos Folhetos Informativos





CAMPO

Se gosta de se aventurar no campo, não se esqueça de levar...



#1

protetor solar

Protege a pele dos efeitos nocivos dos raios UV (queimaduras, envelhecimento, manchas, cancro).
Complemente com um pós-solar.

#2 repelente

Reduz a probabilidade de aproximação de insetos. Disponível sob a forma de spray, pulseira, adesivo ou dispositivo de corrente.

calmante

Na eventualidade de picada ou queimadura solar, ajuda a diminuir a inflamação e o prurido.

#3

#4 cicatrizante

Aconselhável para uma resposta rápida face a um ferimento, juntamente com compressas e soro, para prevenir infeções.

kit de higiene #5

Ideais para o transporte de itens de higiene pessoal (champô, gel de banho, pasta e escova de dentes, cremes).

PRAIA

Se gosta de relaxar na praia, não se esqueça de levar...



#1

protetor solar

Protege a pele dos efeitos nocivos dos raios UV (queimaduras, envelhecimento, manchas, cancro).
Complemente com um pós-solar.

#2 autobronzeador

Auxilia e prolonga o bronzeado. Antes, utilize um esfoliante de corpo, para uma distribuição uniforme.

calmante

Na eventualidade de picada ou queimadura solar, ajuda a diminuir a inflamação e o prurido.

#3

#4 suplementos

As vitaminas e minerais reduzem o cansaço para desfrutar das caminhadas à beira-mar e dos saltos para a água.

dietéticos #5

Complemente a dieta com produtos dietéticos que irão auxiliar na perda de peso e na eliminação da celulite.

Anexo III – Publicação do Facebook alusiva ao Dia Mundial da Saúde Ocular

Toque no olho



Desconforto? Irritação?
Comichão? Ardor?
Lacrimejar?

quase 1 milhão de
portugueses sofre de
olho seco



Procure a solução na Farmácia Peninsular!

10 JUL Dia Mundial da Saúde Ocular

Anexo IV – Certificados de Formações Frequentadas

BIODERMA
LABORATOIRE DERMATOLOGIQUE

DENTRO DA NOSSA PELE
A BIODERMA ENCONTRA AS SOLUÇÕES BIOLÓGICAS PARA PRESERVAR A SAÚDE E A BELEZA DE FORMA DURADOURA.

CERTIFICADO
CURSO GERAL

Os laboratórios **BIODERMA** certificam que o(a) Exmo.(a) Sr.(a)

Carolina Figueirinha

Esteve presente no **Curso Geral BIODERMA**
Realizado no dia 7 de Março de 2017
Hotel Porto Palácio

Ivete Rodrigues Fernandes
Dra. Ivete Rodrigues Fernandes
Farmacêutica

Joana Sousa
Dra. Joana Sousa
Bióloga Geral

A BIOLOGIA AO SERVIÇO DA DERMATOLOGIA

Pierre Fabre
Dermo-Cosmétique

CERTIFICADO DE FREQUÊNCIA DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL

Certifica-se que (nome)

Carolina Figueirinha

natural de Porto, nascido(a) a 12/09/1994,

com nacionalidade portuguesa, portador(a) do cartão de Cidadão Nº 14618985,

válido de, 26/05/2018, frequentou em (data) 28/03/2017,

com a duração total de 3,5 horas, a acção de formação profissional.

Designação da acção

(René Furterer)

Carimbo da PFDC

O (a) Formador(a)

Inês Carneiro
Inês Carneiro
Formadora Pierre Fabre
Certificado de Competências
Portuguesa Nº F036609/2016

Releu 28/03/2017

Certificado Nº C573005 / 2016

Pierre Fabre Dermo-Cosmétique Portugal, Lda | Sede social: Rua Rodrigo da Fonseca, Nº 178 - 3º e 5º - 1070-243 Lisboa | Telef: 213 825 320 - Fax: 213 888 701 / 213 860 356
Matriculada na conservatória do registo Comercial de Lisboa sob o Nº 64562; NIF: 501 757 635 - Capital Social: 500.000€



CERTIFICADO

Certifica-se que Carolina Vaz Pereira Albuquerque Figueirinha, titular da Carteira Profissional nº. , portador(a) do nº identificação 14618985 (Cartão de Cidadão), frequentou o Curso de "Fórum Farmácia 2017: Urgências em Oftalmologia e Secura Vulvo Vaginal", promovido pela Cooprofar, CRL, no(s) dia(s) 23 de Março de 2017, nas instalações da Cooprofar, Gondomar, com a duração de 2 horas.

Gondomar, 8 de Junho de 2017

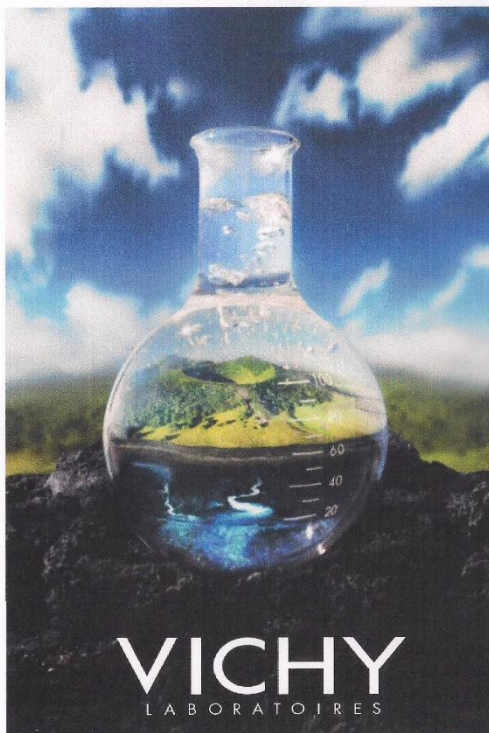
Natércia Moreira

Dra. Natércia Martins Pires Moreira
Direção de Marketing

Certificado nº 193/2017



Formação Cooprofar
Rua Pedro José Ferreira, 200-210
4420-612 - Gondomar



CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO

Certifica-se que o/a Sr.(a) Carolina Figueirinha participou na acção de formação TOUR DISTritos 2017 proporcionada pelos Laboratórios Vichy, incluída no Programa de Formação da marca, que decorreu no dia 4 de Abril de 2017, na localidade do Porto, no horário 20H-23H.

Os nossos mais sinceros agradecimentos pela sua presença.

Porque juntos somos mais fortes.
#strongertogether

Raquel Alcobia
Responsável Departamento de Formação




CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO

Certifica-se que o/a Sr.(a) Carolina Figueirinha participou na acção de formação TOUR DISTritos 2017 proporcionada pelos Laboratórios La Roche-Posay, incluída no Programa de Formação da marca, que decorreu no dia 4 de Abril de 2017, na localidade do Porto, no horário 20H-23H.

Os nossos mais sinceros agradecimentos pela sua presença.

PARA MELHORAR A VIDA DA PELE SENSÍVEL.

Raquel Alcobia
Responsável Departamento de Formação


Pierre Fabre
Dermo-Cosmétique

CERTIFICADO DE FREQUÊNCIA DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL

Certifica-se que (nome)
Carolina Figueirinha

natural de Porto, nascido(a) a 12/09/1994,
com nacionalidade portuguesa, portador(a) do cartão de Cidadão Nº 14618985,
válido de, 26/05/2018, frequentou em (data) 11/04/2017,
com a duração total de 7 horas, a acção de formação profissional.

Designação da acção
(Formação Klorane)

Carimbo da PFDC
O (a) Formador(a)
Inês Carneiro
Inês Carneiro
Formadora Pierre Fabre
Certificado de Competências
Pedagógicas Nº F636608/2015

Porto 11/04/2017
Certificado Nº C573005 / 2016

Pierre Fabre Dermo-Cosmétique Portugal, LDA. Sede social: Rua Rodrigo do Foissoz, Nº 17B - 3ª e 5ª - 1070-243 Lisboa Telef: 213 825 320 - Fax: 213 888 701 / 213 880 356
Matriculada na conservatória do registo Comercial de Lisboa Sob o Nº 64562 - NIF: 501 757 435 - Capital Social: 500.000€

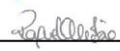


CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO

Certifica-se que o/a Sr.(a) **Carolina Figueirinha** participou na acção de formação **Discovery Days** proporcionada pelos **Laboratórios Vichy**, incluída no **Programa de Formação da marca**, que decorreu no dia 21 de Abril de 2017, na localidade de **Porto**, no horário 9:30h / 17:30h.

Os nossos mais sinceros agradecimentos pela sua presença.

Porque juntos somos mais fortes.
#strongertogether


Raquel Alcobia
Responsável Departamento de Formação



CERTIFICADO

Certifica-se que Carolina Vaz Pereira Albuquerque Figueirinha, titular da Carteira Profissional nº. , portador(a) do nº identificação 14618985 (Cartão de Cidadão), frequentou o Curso de "Abordagem ao tratamento de feridas - O impacto da ferida aguda: queimaduras e feridas traumáticas", promovido pela Coopprofar, CRL, no(s) dia(s) 19 de Abril de 2017, nas instalações da Coopprofar, Gondomar, com a duração de 2 horas.


Gondomar, 6 de Junho de 2017

Dra. Natércia Martins Pires Moreira
Direção de Marketing

Certificado nº 85/2017



Formação Coopprofar
Rua Pedro José Ferreira, 200-210
4420-612 - Gondomar


Pierre Fabre
Dermo-Cosmétique

CERTIFICADO DE FREQUÊNCIA DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL

Certifica-se que (nome)
Carolina Figueirinha

natural de Porto, nascido(a) a 12/09/1994,
com nacionalidade portuguesa, portador(a) do cartão de Cidadão Nº 14618985,
válido de, -/-/-, frequentou em (data) 29/05/2017,
com a duração total de 7,5 horas, a acção de formação profissional.

Designação da acção
(Avène)

Carimbo da PFDC
O (a) Formador(a)
Inês Carneiro
Formadora Pierre Fabre
Certificado de Competências
Pedagógicas Nº F636608/2015

Porto, 29/05/17

Certificado Nº C573005 / 2016

Pierre Fabre Dermo-Cosmétique Portugal, Lda. Sede social: Rua Rodrigo da Fonseca, Nº 179 - 3ª e 5ª - 1070-243 Lisboa Telef: 213 825 320 - Fax: 213 888 701 / 213 860 356
Matriculada no conservatório do registo Comercial de Lisboa sob o Nº 64562 - NIF: 501 757 635 - Capital Social 500.000€


academia
OMEGA
PHARMA
Conhecimento lado a lado.

CERTIFICADO
de formação

O presente documento atesta que o profissional de saúde

Carolina Figueirinha

completou com sucesso o Módulo de Formação Dislipidemias
da plataforma digital Academia Omega Pharma, no dia

05 Jul 2017 com a duração de 4 horas.


Liliana Reis
Omega Pharma Training Manager

 Av. Tomás Ribeiro, 43 Ed. Neopark, Bloco 1 - 3ºC
2790-221 Carnaxide - Portugal

 www.omega-pharma.pt
info@omega-pharma.pt

 T +351 214 167 610
F +351 214 167 619

Anexo V – Panfleto e Ilustração da Feira de Saúde em Matosinhos

PALCO DA SAÚDE

09h00 / 18h00 | Equitação Terapêutica
 10h30 | Dança Terapêutica - Vivências Seniores
 11h15 | Sessão de Relaxamento
 11h30 | Aula de Zumba
 14h00 | Belly Mapping
 15h00 | Yoga - Vivências Seniores
 17h30 | Aula de Treino Funcional

RASTREIOS / INFORMAÇÃO

09H00 - 18H00

- Acupuntura
- Audiologia
- Afasia
- Alzheimer
- Avaliação psicológica
- Avaliação visual
- Cálculo do IMC
- Cancro
- Colesterol
- Diabetes
- Doença de Crohn
- Esclerose Múltipla
- Ebug – higiene respiratória
- Factores de Risco Cardiovasculares
- Fisioterapia
- Glicemia
- Lúpus
- Nutrição
- Hipoterapia
- Osteoporose - Teste de Risco da UIF
- Osteopatia
- Podologia
- Saúde Oral
- Saúde Mental
- Saúde sexual e reprodutiva
- Terapia da Fala – Alterações da qualidade vocal (apenas matosinhos+matosinhos)
- Tensão Arterial

WORKSHOPS

10h00 | "Doença de Alzheimer - Sinais de alerta"
 10h30 | Sessão de esclarecimento à comunidade sobre a afasia através do jogo "Concurso IPA: Afasia sem fronteiras"
 11h00 | Medicina Tradicional Chinesa – A Acupuntura e as diferentes técnicas terapêuticas
 11h30 | Suporte básico de Vida
 14h00 | Reiki - Quais os benefícios que traz para a sua saúde
 14h30 | "Diabetes: Prevenir, Diagnosticar, Controlar"
 15h00 | Workshop Relaxamento

FEIRA DA SAÚDE

JARDIM BASÍLIO TELES

7 ABR

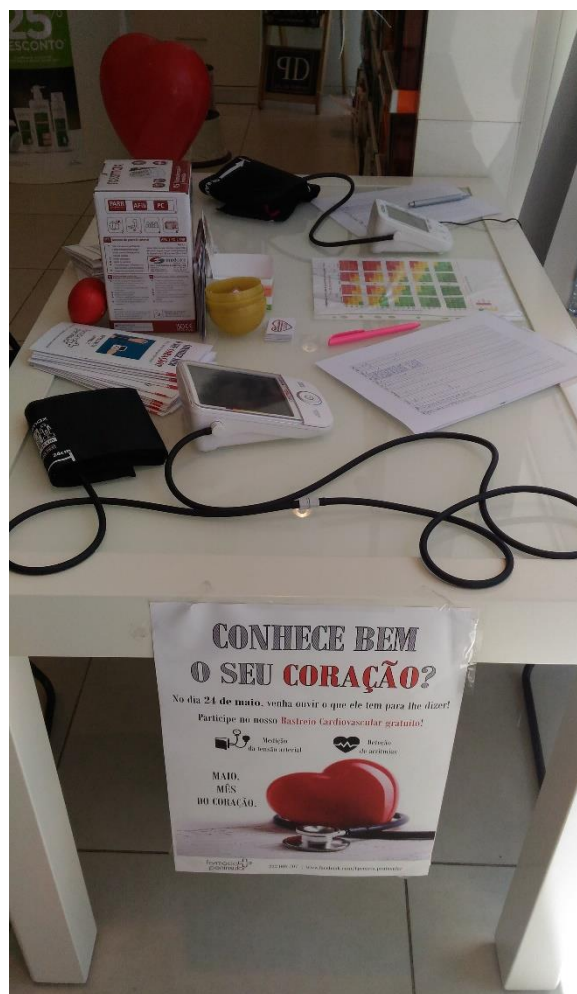
2017

PARCEIROS

- ACÚSTICA MÉDICA
- ALZHEIMER PORTUGAL
- AMAZINGYM
- ASS. DE DOENTES COM LÚPUS
- ASS. EQUITERAPÉUTICA DO PORTO E MATOSINHOS
- ASS. FAMILIARES, UTENTES E AMIGOS DO HOSPITAL MAGALHÃES LEMOS
- ASS. PARA O PLANEAMENTO DA FAMÍLIA
- ASS. PORTUGUESA DA DOENÇA INFLAMATÓRIA DO INTESTINO, COLITE ÚLCEROSA E DOENÇA DE CROHN
- ASS. PORTUGUESA DE OSTEOPOROSE
- CENTRO GIS - CENTRO DE RESPOSTAS ÀS POPULAÇÕES LGBT
- CLÍNICA DENTÁRIA DR. FERNANDO FERREIRA
- CLÍNICA DOSTRAB. PORTUÁRIOS DE DOURO E LEIXÕES
- CLÍNICA DE MEDICINA CHINESA
- COMFORT KEEPERS
- DELEGAÇÃO DE MATOSINHOS DA CRUZ VERMELHA PORTUGUESA
- EUROPACOLON PORTUGAL
- FARMÁCIA BELEZA
- FARMÁCIA PENINSULAR
- INSTITUTO PORTUGUÊS DE AFASIA
- LIGA PORTUGUESA CONTRA O CANCRO
- MAIS FAMÍLIA
- OFICINA DE PSICOLOGIA
- ÓPTICA MÉDICA ROGÉRIO
- SOCIEDADE PORTUGUESA DE ESCLEROSE MÚLTIPLA
- UNIDADE CUIDADOS DA COMUNIDADE DE LEÇA DA PALMEIRA
- UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE MATOSINHOS, E.P.E.
- UMBIGO FELIZ



Anexo VI – Ilustrações do Rastreio Cardiovascular na Farmácia Peninsular



Anexo VII – Dados Recolhidos na Feira da Saúde

Sexo ^a	Idade	História ^b	Medicação ^c	Fuma ^d	Exercício ^e	Dieta ^f	Pressão Arterial ^g	Glicemia ^h
M	22	HTA	--	N	S	S	126/60	--
F	22	HTA	--	N	S	S	120/70	--
F	22	HTA	--	N	S	S	--	83
F	24	--	--	S	S	S	138/87	--
M	34	HTA	--	N	S	S	110/68	97
F	42	DM	--	S	S	N	102/65	99
F	42	HTA	--	S	S	S	101/75	122
F	44	DM	--	S	N	S	--	80
M	47	--	--	S	N	N	101/73	84
F	49	--	--	N	S	N	135/91	95
F	51	HTA	--	N	N	S	131/88	104
F	53	HTA/DM	HTA	S	N	N	146/98	97
M	54	DM	DM	S	N	N	130/77	--
F	54	DM	--	N	N	N	106/70	76
M	54	--	--	N	N	S	127/88	92
M	55	--	DM	N	N	N	143/91	--
F	55	HTA	HTA	S	N	S	121/82	--
F	57	--	--	N	S	N	125/79	95
F	57	HTA	HTA	S	N	S	139/92	89
F	58	DM	--	N	S	S	121/64	92
F	59	HTA	--	N	N	N	128/74	86
F	59	HTA	DM	N	S	S	115/59	112
F	59	--	--	N	S	S	122/80	103
M	59	HTA/DM	HTA/DM	S	S	N	144/87	106
M	60	HTA/DM	HTA/DM	N	S	N	114/73	--
F	60	DM	--	N	S	N	122/73	137
M	60	HTA	HTA	S	S	S	155/90	86
F	60	--	--	N	S	N	127/84	113
M	60	DM	--	N	S	S	117/68	89
M	60	--	DM	N	S	S	172/98	--
M	60	--	HTA	S	S	S	108/58	--
F	62	HTA	HTA	N	N	S	121/70	115
F	62	DM	HTA	N	N	S	156/82	168
M	63	--	--	N	S	S	145/76	78
F	63	HTA	--	N	S	S	115/72	112
F	63	HTA/DM	HTA	N	N	S	123/70	107
M	63	--	--	N	S	S	108/68	--
F	63	DM	--	N	S	N	112/78	80
M	64	--	--	N	S	S	162/93	86
M	65	--	HTA	N	S	S	145/94	93
M	65	--	--	N	N	N	133/93	88
M	65	DM	--	N	S	N	139/89	85
M	67	--	--	N	S	N	147/84	105
F	67	--	HTA	N	S	S	144/84	94
F	67	HTA	HTA	N	N	N	113/63	--
M	67	--	HTA	N	S	S	106/59	84
F	68	HTA/DM	DM	N	N	S	150/91	--
M	69	HTA/DM	HTA/DM	N	S	S	140/76	112
F	69	--	--	N	S	S	136/76	91
M	69	--	HTA/DM	N	S	N	113/73	98
F	70	DM	DM	N	S	S	98/54	116
M	70	--	--	N	S	S	88/58	--

F	70	--	--	N	S	S	123/81	104
M	71	DM	DM	N	S	N	130/73	97
F	72	--	HTA	N	S	N	116/70	109
F	72	HTA/DM	HTA	N	N	N	176/78	95
M	73	--	HTA/DM	N	N	N	149/67	244
M	74	--	HTA/DM	N	S	S	141/86	145
M	74	HTA/DM	HTA	N	S	N	123/76	63
M	74	--	HTA	N	N	S	--	91
M	74	HTA/DM	HTA/DM	S	N	N	125/65	--
F	74	--	HTA	N	N	N	143/67	105
M	76	--	HTA	N	S	N	--	118
M	77	HTA/DM	--	N	S	S	104/64	98
F	77	--	--	N	N	S	145/75	99
M	77	DM	DM	N	S	S	157/94	--
F	78	--	--	N	S	S	--	130
M	78	--	HTA	N	N	S	114/77	96
M	79	--	HTA	N	S	S	111/55	--
M	79	--	HTA	N	S	N	168/86	139
F	79	HTA	HTA/DM	N	N	S	164/84	201
M	79	HTA	HTA	N	S	N	125/80	--
M	81	--	HTA/DM	N	S	S	137/74	209
M	84	HTA	HTA	N	S	S	124/68	--
F	84	--	HTA/DM	N	N	S	121/69	--
M	85	--	HTA/DM	N	N	N	134/72	129
F	85	HTA	HTA	N	N	S	170/91	98

- a. Masculino (M) ou feminino (F).
- b. Se tem antecedentes familiares de Diabetes Mellitus (DM) e/ou hipertensão arterial (HTA) ou nenhuma das duas (--).
- c. Se toma medicação para Diabetes Mellitus (DM) e/ou hipertensão arterial (HTA) ou não toma para nenhuma das duas (--).
- d. Se tem hábitos tabágicos (S) ou não (N).
- e. Se pratica exercício físico regularmente (S) – no mínimo, 30 minutos por dia – ou não (N).
- f. Se tem uma alimentação correta e equilibrada (S) ou não (N).
- g. Valor da pressão arterial (sistólica/diastólica), em mmHg, ou se não foi avaliado este parâmetro (--).
- h. Valor da glicemia, em mg/dl, ou se não foi avaliado este parâmetro (--).

Anexo VIII – Dados Recolhidos no Rastreamento Cardiovascular

Sexo ^a	Idade	História ^b	Medicação ^c	Fuma ^d	Exercício ^e	Dieta ^f	PA ^g	Ph	ARR ⁱ	AFib ^j	PC ^k
F	24	N	N	N	N	N	109/70	87	X		
F	24	N	N	N	S	S	125/83	85			
F	26	N	N	N	N	N	104/62	95			
M	28	S	S	N	S	S	107/61	68			X
F	43	S	N	N	S	S	107/62	73			
F	46	N	N	N	N	N	128/69	76			
M	49	S	S	N	N	N	160/90	83			
F	53	S	N	N	S	S	123/81	63			
M	58	S	S	N	S	S	169/88	54	X		
F	58	S	S	N	S	N	122/71	71	X		X
F	59	N	N	N	S	S	112/70	71			
F	60	S	S	S	S	S	142/75	63			
F	60	N	N	S	S	S	94/57	64			
F	62	N	N	N	S	S	123/70	79			
F	63	S	S	N	N	S	122/79	66			
M	63	S	S	N	S	N	127/72	86			
F	64	S	S	N	S	S	146/73	64			
M	64	S	N	N	S	S	122/74	67	X		
F	65	S	S	N	S	S	122/79	98			
F	65	N	N	S	S	S	150/85	72			
F	66	N	N	N	S	S	104/77	74			
M	67	S	S	S	S	S	147/81	80			
F	67	S	S	N	S	S	137/67	87			
F	67	N	N	N	N	S	129/64	70	X		
F	67	N	N	N	S	S	128/85	86			
M	67	--	S	N	S	S	131/72	48			
F	68	N	N	N	S	S	137/63	59			X
M	68	S	S	N	N	S	130/92	77			
F	69	N	N	N	N	S	131/77	92			
M	69	S	S	S	S	N	117/66	72	X		
F	69	S	S	N	S	S	118/69	63			
F	69	N	N	N	S	S	108/61	71	X		
M	69	S	S	N	S	N	153/84	70		X	X
F	69	S	S	N	S	N	147/82	74			
F	69	S	S	N	S	S	117/49	56			X
F	69	S	S	N	N	S	142/77	76			
M	70	N	N	N	S	S	123/76	56			
F	70	S	N	N	N	S	129/74	97			
F	71	S	S	N	S	S	150/90	49			
F	71	S	S	N	S	S	126/76	75			
F	71	S	N	N	S	S	151/95	70			
M	71	N	N	S	S	N	147/87	54	X		X
F	72	S	S	N	N	S	136/82	85			X
M	72	N	N	N	S	S	119/83	69	X		
M	73	S	S	N	S	N	120/62	72			
M	73	N	N	N	S	S	169/82	103	X		
F	73	S	S	N	S	S	164/80	63			
M	74	S	S	N	S	N	118/73	67			
F	75	S	S	N	N	S	139/70	75			
F	76	S	S	N	S	S	141/85	77			
M	78	S	S	N	S	S	131/87	80		X	
M	78	S	N	N	S	S	125/60	65			

F	79	N	S	N	S	N	122/62	72			
M	80	N	N	N	N	N	104/55	62			
F	80	S	S	N	S	S	128/67	63			
F	81	N	N	N	N	S	120/67	88			
M	81	S	S	N	S	S	150/82	74	X	X	
F	83	S	S	N	N	N	145/78	92			X
F	83	--	S	N	S	S	135/81	70			
F	85	--	S	N	S	S	135/75	65			
F	87	N	N	N	S	S	125/73	74			
M	87	N	N	N	N	N	120/70	77			
M	89	S	S	N	S	S	152/76	73	X		
F	91	N	S	N	N	S	142/74	65			
M	92	N	N	N	N	S	124/75	73			

- a. Masculino (M) ou feminino (F).
- b. Se tem antecedentes familiares de hipertensão arterial (S) ou não (N), ou não sabe (--).
- c. Se toma medicação para a hipertensão arterial (S) ou não (N).
- d. Se tem hábitos tabágicos (S) ou não (N).
- e. Se pratica exercício físico regularmente (S) – no mínimo, 30 minutos por dia – ou não (N).
- f. Se tem uma alimentação correta e equilibrada (S) ou não (N).
- g. Valor da pressão arterial (sistólica/diastólica), em mmHg.
- h. Valor da pulsação, em batimentos por minuto.
- i. Se foi detetada uma arritmia não específica (X).
- j. Se foi detetada uma fibrilação auricular (X).
- k. Se foram detetadas contrações prematuras (X).

Anexo IX – Folheto Informativo do Colesterol

TUDO O QUE PRECISA DE SABER SOBRE COLESTEROL

É a **gordura essencial** à síntese de hormonas, vitamina D e ácidos biliares. Está presente nas membranas, sendo produzido no **figado** e/ou obtido pela **dieta**.



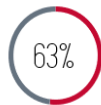
c-LDL (“**mau** colesterol”) Deposita-se nas artérias e origina aterosclerose, com obstrução do fluxo sanguíneo e aumento do risco cardiovascular¹.

c-HDL (“**bom** colesterol”) Remove o LDL das paredes das artérias, diminuindo o risco cardiovascular.

VALORES RECOMENDADOS (em mg/dl)

	HDL	LDL	TOTAL
População em geral	>40♂ ou >45♀	< 115	< 190
População em risco ²	--	< 70 ou < 100	--

EM PORTUGAL



Mais de **metade** da população portuguesa dos 25 aos 74 anos apresentava colesterol elevado, em 2015. **8** em cada **10** portugueses na faixa dos 55-64 anos tinha colesterol elevado, não havendo diferença significativa entre homens e mulheres.



Dos indivíduos que já tomavam **medicação**, quase metade mantinha os valores elevados.

¹Probabilidade de desenvolver um evento cardiovascular aterosclerótico num determinado período de tempo.

²Pessoas com dislipidemia familiar aterogénica, hipertensão, doença cardiovascular clinicamente evidente, diabetes, insuficiência renal.

COMO **baixar** OS NÍVEIS DE COLESTEROL?



Cessação do consumo de **tabaco**. Fumar diminui os níveis de HDL.



Restrição do consumo de **álcool**. Mais do que 2 bebidas por dia contribui para o aumento de LDL.



Perda do excesso de peso. A obesidade aumenta os níveis de LDL e diminui os de HDL.



Prática de exercício físico. Exercitar, pelo menos 30 minutos por dia, aumenta os níveis de HDL.



Reduza a ingestão de: fritos, manteiga, maionese, queijos gordos, gemas de ovo, carnes vermelhas. **Dê preferência a:** cozidos e grelhados, peixe, cereais integrais, carnes magras, vegetais, fruta.

É possível, também, recorrer a medicação (consulte o seu médico) ou, se preferir, a alternativas naturais:

Suplementos à base de **levedura de arroz vermelho** (*Monascus purpureus*)

Contêm **monacolina K**: Com esta inibição, há diminuição um composto com dos níveis de colesterol, mas ação semelhante à das também de **coenzima Q10**, o que **estatinas**: inibição de pode levar ao desenvolvimento de uma enzima (HMG-CoA redutase) envolvida na problemas musculares (**miopatias**). Estes efeitos adversos são comuns tanto aos suplementos como às estatinas, pelo que é aconselhável, em ambos os casos, **suplementos à base de coenzima Q10**.

Contraindicados em menores de 18 anos, grávidas ou a amamentar, em associação com estatinas ou com toranja (potenciam o efeito).



Fontes: Simón, A. (2015) *Colesterol e risco cardiovascular: Novas perspectivas e controvérsias*. e-Publicação do Centro de Informação do Medicamento da Ordem dos Farmacêuticos | Fundação Portuguesa de Cardiologia | *Abordagem Terapêutica das Dislipidemias no Adulto*. Norma Direção Geral de Saúde nº 019/2011 | Barreto, M. et al (2018) *2º Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico (INCSF 2015): Estado de Saúde*. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, IP | American Heart Association | National Center for Complementary and Integrative Health | Littlefield, N. et al (2013) *Statins' effect on plasma levels of Coenzyme Q10 and improvement in myopathy with supplementation*. Journal of the American Association of Nurse Practitioners, 28(2):85-90

Anexo X – Livro Informativo das Noções Básicas Sobre Infeções Comuns

**NOÇÕES BÁSICAS DE
INFEÇÕES COMUNS**



GRUPE E CONSTIPAÇÃO 1

GASTROENTERITE

CISTITE

CANDIDÍASE VAGINAL

ONICOMICOSE

PÉ DE ATLETA

CONJUNTIVITE VIRAL

HERPES LABIAL

GRUPE E CONSTIPAÇÃO

O que são?

Tanto a gripe como a constipação são infeções respiratórias causadas por vírus. Os agentes mais comuns são os vírus Influenza e Rinovírus, respetivamente.

Quais os sinais e sintomas?

Gripe	Constipação
<ul style="list-style-type: none"> • febre, cansaço, dores musculares, tosse, congestão/corrimento nasal • surgem rapidamente 	<ul style="list-style-type: none"> • dores de garganta, congestão/corrimento nasal, tosse, espirros • surgem gradualmente

Como são transmitidos os vírus?

Os vírus podem ser transmitidos pelo ar ou pelo contacto com pessoas infetadas ou com objetos contaminados (ex.: maçanetas).

GRUPE E CONSTIPAÇÃO

Como prevenir?

- Lavar frequentemente as mãos
- Evitar o contacto com pessoas infetadas
- Arejar os espaços
- Limpar as maçanetas das portas
- Tomar a vacina da gripe

Quando estiver infetado, lembre-se de cobrir a boca e o nariz quando espirrar, de modo a proteger os outros.

Como tratar?

Uma vez que se tratam de infeções ligeiras, não há necessidade de recorrer a antiviricos, exceto se pertencer a um grupo de risco (crianças, idosos, grávidas, se sofrer de outra doença). No entanto, é possível aliviar os sintomas.

- Antigripal (febre, dores musculares, dores de cabeça, corrimento nasal)



GRUPE E CONSTIPAÇÃO

- Descongestionante nasal ("nariz entupido")



- Antitússico ou mucolítico (tosse seca ou tosse com expectoração, respetivamente)



- Reforço do sistema imunitário



É, também, importante que descanse, se hidrate e se alimente corretamente.

GRUPE E CONSTIPAÇÃO

Perguntas frequentes

- É possível tratar a constipação/gripe com antibióticos?

Não, dado que os antibióticos combatem as infeções bacterianas, e não as infeções virais.

- Porque é que é necessário tomar a vacina da gripe todos os anos?

Não só a resposta imune diminui ao longo do tempo, como também os vírus da gripe estão em constante mudança, obrigando à reformulação das vacinas.

- Com a toma da vacina, há o risco de ficar com gripe?

Não, as vacinas não levam ao aparecimento da gripe. No entanto, podem surgir efeitos secundários, como febre e dores de cabeça, mas são passageiros.

GASTROENTERITE 2

CISTITE

CANDIDÍASE VAGINAL

ONICOMICOSE

PÉ DE ATLETA

CONJUNTIVITE VIRAL

HERPES LABIAL

O que é?

Consiste na infeção do trato gastrointestinal, provocada por agentes virais (os mais comuns são o Rotavírus – nas crianças – e o Norovírus – nos adultos) ou bacterianos (como *Salmonella* spp).

Quais os sinais e sintomas?

A gastroenterite manifesta-se, principalmente, sob a forma de diarreia, que, geralmente, não excede os 7 dias. Pode ser acompanhada de febre e/ou vómitos. Como consequência da desidratação, pode sentir tonturas.

Como é transmitida a infeção?

Pelo contacto com indivíduos infetados, pela ingestão de água ou alimentos contaminados ou pela exposição a aerossóis produzidos quando se vomita.

GASTROENTERITE

Como prevenir?

- Lavar frequentemente as mãos
- Evitar o contacto com pessoas infetadas
- Lavar bem a fruta e os vegetais
- Limpar as superfícies contaminadas

Para além destas medidas, existem vacinas orais contra o Rotavírus.

Como tratar?

As infeções são auto-limitantes, pelo que, na maioria dos casos, não é necessário recorrer a antiviricos (consulte o seu médico). O tratamento passa, essencialmente, pela reposição de fluidos e eletrólitos (potássio, cálcio, magnésio...) e por probióticos (restabelecem as bactérias do trato gastrointestinal, para prevenir as diarreias).



CISTITE

O que é?

Consiste na infeção urinária que afeta, essencialmente, a bexiga. Deve-se à presença de bactérias na urina, sendo a mais comum a *Escherichia Coli*. No entanto, a colonização não resulta sempre na infeção, uma vez que o organismo possui métodos eficazes para a remoção das bactérias.

Quais os sinais e sintomas?

Micção frequente, incontinência, dificuldade em urinar, micção excessiva durante a noite, sensação de ardor ao urinar, urina turva e com odor forte, sensação de peso na bexiga.

Quais os fatores de risco?

Sexo feminino	Inserção de cateteres
Idade avançada	Diafragmas
Infeção urinária prévia	Preservativos
Obstrução urinária	Diabetes tipo 2
Atividade sexual	Obesidade

CISTITE

Como é transmitida a infeção?

Apesar da cistite ter, geralmente, origem no próprio organismo (as bactérias presentes na vagina ou no intestino deslocam-se até ao trato urinário), é possível transmitir a infeção através da atividade sexual ou da via fecal-oral.

Como prevenir?

A prevenção passa pela higiene íntima, pois, ao manter esta zona limpa, evita que ocorra a tal deslocação das bactérias para a bexiga. Se já teve uma infeção prévia, é importante manter a higiene, pois as infeções urinárias têm tendência a surgir novamente. Para além disso, existe um dispositivo médico (Roter Cystiberry®) que auxilia na prevenção e aquando do aparecimento dos primeiros sinais ou sintomas.



CISTITE 3

CANDIDÍASE VAGINAL

ONICOMICOSE

PÉ DE ATLETA

CONJUNTIVITE VIRAL

HERPES LABIAL

CISTITE

Como tratar?

O tratamento ideal requer a toma de antibióticos, pelo que deverá consultar o seu médico. É aconselhável continuar a higiene íntima para neutralizar os maus odores e facilitar a remoção das bactérias.

Perguntas frequentes

• Porque é que as mulheres são mais suscetíveis a sofrer infeções urinárias?

Por três razões:

1. A cavidade vaginal e a abertura retal estão próximas da abertura da uretra (o que facilita a deslocação das bactérias).
2. As áreas periuretrais (em volta da uretra) são húmidas (ideal para o crescimento bacteriano).
3. O comprimento da uretra é menor (as bactérias atingem a bexiga com maior facilidade).

CANDIDÍASE VAGINAL

O que é?

Consiste na infeção originada pelo fungo *Candida albicans*. Este encontra-se presente no organismo e, aquando da alteração do pH vaginal, multiplica-se, infetando a vagina e a vulva (parte exterior da vagina). Estima-se que 3 em 4 mulheres tenham, pelo menos, um episódio de candidíase vaginal.

Quais os sinais e sintomas?

O mais comum é a comichão, sendo que pode também sentir dor e ardor e observar um corrimento mais espesso e grumoso.

Quais os fatores de risco?

Gravidez / reposição hormonal	Dispositivo intrauterino
Antibióticos	Má higiene
Diabetes	Contracetivos orais
Roupa justa	Preservativos / espermicidas

CANDIDÍASE VAGINAL 4

ONICOMICOSE

PÉ DE ATLETA

CONJUNTIVITE VIRAL

HERPES LABIAL

CANDIDÍASE VAGINAL

Como prevenir?

Assim como nas infeções urinárias, a higiene íntima contribui para a prevenção da candidíase. Para além disso deve:

- Evitar roupa justa
- Trocar regularmente de toalhas
- Tomar banho após sair da piscina ou do mar
- Depois de urinar, limpar de frente para trás

Como tratar?

Introduzir na vagina um creme ou comprimidos antifúngicos (utilizar o aplicador), para eliminação do fungo. Para aliviar a comichão e a dor, aplicar o creme na vulva e fazer a lavagem da zona íntima.



CANDIDÍASE VAGINAL

Perguntas frequentes

- É possível transmitir a infeção por via sexual?

Não é comum, no entanto, é aconselhável que o parceiro aplique, de igual modo, o creme antifúngico, de modo a evitar o desenvolvimento de balanite (inflamação da glândula e prepúcio). É de ter em atenção que o creme pode enfraquecer preservativos e diafragmas.

- Devo aplicar o creme/comprimido vaginal durante a menstruação?

A candidíase tem tendência a surgir no período pré-menstrual (quando há um aumento da produção hormonal), pelo que é possível que inicie a menstruação durante o tratamento. Se tal acontecer, deve continuar a aplicar, ainda que a absorção do fármaco seja menor.

ONICOMICOSE 5

PÉ DE ATLETA

CONJUNTIVITE VIRAL

HERPES LABIAL

ONICOMICOSE

O que é?

Consiste na infeção fúngica das unhas, sendo o *Trichophyton rubrum* o principal agente patológico.

Quais os sinais e sintomas?

As unhas ficam mais espessas e frágeis, deformadas e sem brilho. Atenção que estes sinais não são específicos das onicomicoses, pelo que é indicado consultar o médico, para um diagnóstico certo. Podem causar dor e desconforto e até mesmo levar a limitações físicas, com impacto na qualidade de vida.

Quais os fatores de risco?

Pé-de-atleta	Lesão nas unhas
Diabetes	Psoríase
Idade avançada	História familiar
Doença vascular periférica	Sistema imunitário debilitado

ONICOMICOSE

Como prevenir?

- Manter os pés arejados
- Trocar de meias diariamente
- Usar chinelos nos balneários
- Secar bem os pés depois de tomar banho
- Pulverizar os sapatos com desodorizante e/ou usar um antitranspirante nos pés



Como tratar?

O mais comum é a aplicação de antifúngicos tópicos, mas, no caso da infeção ser mais extensa e severa, recorre-se a antifúngicos orais. A remoção cirúrgica da unha é feita em situações mais críticas.



ONICOMICOSE

Perguntas frequentes

- Porque é que se demora tanto a obter resultados?

Embora o tratamento possa eliminar o fungo, a aparência não irá melhorar enquanto a unha não crescer, sendo que se trata de um processo lento (o crescimento completo das unhas dos pés pode levar 9 a 18 meses). Deste modo, pode esperar uma melhoria no aspeto, mas apenas se cumprir o tratamento pelo tempo indicado, até para evitar que ocorra uma reinfeção. Se não consegue visualizar as mudanças na unha, experimente tirar fotos diariamente e compará-las.

PÉ DE ATLETA 6

CONJUNTIVITE VIRAL

HERPES LABIAL

PÉ DE ATLETA

O que é?

A tinha do pé ou *tinea pedis*, comumente conhecida como "pé de atleta", consiste numa infeção fúngica nos pés. O principal causador é o fungo *Tricophyton interdigitale*. Existem 4 tipos:

Interdigital	<ul style="list-style-type: none"> • Mais comum • Entre os dedos
Mocassin	<ul style="list-style-type: none"> • Descamação e hiperqueratose (espessamento da pele) • Planta, calcanhar e laterais (adota a forma de um <i>mocassin</i>)
Vesicular	<ul style="list-style-type: none"> • Pequenas bolhas no peito e planta do pé (podem aumentar e rebentar)
Ulcerativa	<ul style="list-style-type: none"> • Úlceras (feridas) • Entre os dedos, peito e planta

Quais os sinais e sintomas?

São quase inexistentes na fase inicial, mas, à medida que a infeção evolui, ocorre descamação, o que causa comichão, e a pele torna-se sensível e vermelha e com mau odor.

PÉ DE ATLETA

Quais os fatores de risco?

Climas húmidos e quentes	Atividades desportivas
Sudação excessiva	Diabetes
Má higiene	Obesidade

Como é transmitida a infeção?

Pelo contacto com a pessoa infetada ou superfícies contaminadas, em especial em balneários, piscinas e saunas. Para além disso, a infeção pode alastrar-se para outras partes do corpo (mãos, unhas e virilhas).

Como prevenir?

- Evitar andar descalço
- Usar calçado arejado
- Pulverizar os sapatos com desodorizante e/ou usar um antitranspirante nos pés
- Lavar a roupa (>60°C)
- Aquando da infeção, calçar primeiro as meias para evitar que se alastre para outras zonas



PÉ DE ATLETA

Como tratar?

O tratamento é feito com antifúngicos tópicos ou orais ou em associação. É aconselhável que examine os seus pés com regularidade, pois quanto mais cedo detetar a infeção, menor é a probabilidade de se agravar ou de alastrar para outras zonas.



Perguntas frequentes

- Só os atletas contraem pé de atleta?

Não, qualquer pessoa pode contrair a infeção, no entanto os atletas são mais suscetíveis por frequentarem as zonas de elevado risco (balneários e piscinas), pelo calçado fechado e pela transpiração.

CONJUNTIVITE VIRAL 7

HERPES LABIAL

CONJUNTIVITE VIRAL

O que é?

A conjuntivite consiste na infeção da conjuntiva (membrana mucosa que lubrifica e protege o olho). Pode ser infecciosa, sendo o Adenovírus o principal responsável, ou não infecciosa, sendo a alérgica a mais comum.

Quais os sinais e sintomas?

Lacrimação, olho vermelho, maior secreção de remela, sensação de corpo estranho e inchaço da pálpebra. Estes sinais e sintomas não permitem classificar o tipo de conjuntivite, pelo que é recomendado consultar o oftalmologista.

Como são transmitidos os vírus?

Pelo contacto direto com a pessoa infetada ou através de objetos contaminados, como toalhas ou lenços. É possível transmitir a infeção de um olho para o outro, pelo que a própria pessoa deve evitar tocar nos olhos.

CONJUNTIVITE VIRAL

Como prevenir?

- Lavar frequentemente as mãos
- Não partilhar itens pessoais (ex.: óculos de sol)
- Evitar o contacto com pessoas infetadas

Como tratar?

A conjuntivite aguda é, geralmente, auto-limitante, com duração entre 8 a 15 dias, pelo que o tratamento passa por aliviar os sintomas, com anti-inflamatórios (consulte o seu médico) em associação com lágrimas artificiais, que conferem conforto ocular.



HERPES LABIAL

O que é?

Consiste numa infeção provocada pelo vírus *Herpes simplex* tipo 1, que permanece "adormecido" ao longo da vida do indivíduo e é ativado aquando de alguns estímulos. A primeira infeção ocorre, habitualmente, antes dos 20 anos, estando o vírus presente em cerca de 80% dos adolescentes.

Quais os sinais e sintomas?

Quando ativo, o vírus causa erupção nos lábios, com formação de bolhas e uma sensação de ardor. Este estado resolve-se espontaneamente ao fim de 10 dias.

Como é transmitido?

O herpes é contagioso apenas para indivíduos que não foram infetados previamente. É transmitido através do contacto com a pessoa infetada ou da partilha de objetos contaminados (ex.: copos).

HERPES LABIAL 8

HERPES LABIAL



Perguntas frequentes

- O gelo ajuda a tratar o herpes?

Não, o gelo ajuda a reduzir o inchaço e vermelhidão mas não impede a reprodução do vírus.

- O herpes labial é o mesmo que o herpes genital?

Apesar do *Herpes simplex* tipo 1 poder causar herpes genital, através do sexo oral, na maioria dos casos, o herpes genital é causado pelo *Herpes simplex* tipo 2.

HERPES LABIAL

Quais os fatores desencadeantes?

Stress	Cansaço	Menstruação
Doença	Sol	Frio

Como prevenir?

Evitar episódios de *stress* e dormir o necessário evita que o sistema imunitário se torne vulnerável. Não se esqueça de colocar protetor solar, para os dias de sol, ou um hidratante labial, para os climas frios que levam à secura dos lábios.



Como tratar?

É possível encurtar o tempo de ativação do herpes e aliviar a dor com a toma ou aplicação de um antivírico. Reforce o sistema imunitário (veja em Gripe e Constipação).

Fontes:

- Key Facts About Influenza (www.cdc.gov/flu/keyfacts.htm)
- Common Colds: Protect Yourself and Others (www.cdc.gov/features/rhinoviruses)
- Lima, R. M.; Dias, J. A. (2010) Gastroenterite Aguda. Nascer e Crescer – Revista do Hospital de Crianças Maria Pia. 19(2): 85-90
- Graaf, M. et al. (2016) Human norovirus transmission and evolution in a changing world. *Nature Reviews Microbiology*. 14: 421–433
- Foxman, B. (2014) Urinary Tract Infection Syndromes: Occurrence, Recurrence, Bacteriology, Risk Factors, and Disease Burden. *Infectious Disease Clinics of North America*. 28: 1-13
- Nicolle, L. E. (2013) Urinary Tract Infection. *Critical Care Clinics*. 29: 699–715
- Vulvovaginal Candidiasis (<https://www.cdc.gov/std/tg2015/candidiasis.htm>)
- Gonçalves, B. et al. (2016) Vulvovaginal candidiasis: Epidemiology, microbiology and risk factors. *Critical Reviews in Microbiology*. 42(6): 905-927
- Candidiase vaginal (<http://antifungicos.bayer.pt/pt/candidiase-vaginal/>)
- Kushwaha, A. et al. (2015) Emerging therapies for the treatment of unguis onychomycosis. *Drug Development and Industrial Pharmacy*. 41(10):1575-81
- Stein Gold, L.F. (2016) Understanding Onychomycosis Resolving Diagnostic Dilemmas. *Seminars in Cutaneous Medicine and Surgery*. 35(3S): S48-50
- Rosen, T. (2016) Concepts in Onychomycosis Treatment and Recurrence Prevention: An Update. *Seminars in Cutaneous Medicine and Surgery*. 35(3S): S56-59
- Ilkit, M; Durdu, M. (2015) Tinea pedis: The etiology and global epidemiology of a common fungal infection. *Critical Reviews in Microbiology*. 41(3): 374-388
- Alfonso, S. et al. (2015) Conjunctivitis. *Primary Care: Clinics in Office Practice*. 42(3):325-45
- Conjuntivite (<http://www.saudebemestar.pt/pt/clinica/oftalmologia/conjuntivite/>)
- Opstelten, W. et al. (2008) Treatment and prevention of herpes labialis. *Canadian Family Physician*. 54(1): 683-7



**RELATÓRIO
DE ESTÁGIO
2016-17**

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

U.PORTO



FACULDADE DE FARMÁCIA
UNIVERSIDADE DO PORTO

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

REALIZADO NO ÂMBITO DO MESTRADO INTEGRADO
EM CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS

Hospital Privado de Braga

Carolina Vaz Pereira de Albuquerque Figueirinha

M

2016-17

Faculdade de Farmácia da Universidade do Porto
Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas

Relatório de Estágio Profissionalizante

Hospital Privado de Braga

Janeiro de 2017 a fevereiro de 2017

Carolina Vaz Pereira de Albuquerque Figueirinha

Orientadora: Dr.^a Patrícia Moura

Fevereiro de 2018

Declaração de Integridade

Eu, Carolina Vaz Pereira de Albuquerque Figueirinha, abaixo assinado, nº 201202156, aluna 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

Pela oportunidade de realizar o meu Estágio Profissionalizante em Farmácia Hospitalar no Hospital Privado de Braga, agradeço à Comissão de Estágios da Faculdade de Farmácia da Universidade de Porto, em particular à Professora Dr.^a Irene Rebelo, e à Dr.^a Patrícia Moura, Coordenadora dos Serviços Farmacêuticos do Grupo Trofa Saúde, no qual o hospital está inserido.

Pela boa disposição, simpatia, paciência e profissionalismo, agradeço à Dr.^a Andreia Leite, farmacêutica do hospital. Explicou, de forma clara, todos os procedimentos da Farmácia Hospitalar e como trabalhar com o programa informático, de forma a que eu pudesse participar em todas as atividades por ela desempenhadas. Ademais, foi-me transmitindo conhecimentos científicos que se mostraram ser muito úteis aquando do meu estágio na Farmácia Comunitária.

Agradeço, também, aos restantes colaboradores do hospital com quem tive a oportunidade de contactar, por me terem recebido tão bem e por terem facilitado a minha integração na equipa, em especial à Dr.^a Rosana Barros, do departamento dos Recursos Humanos.

Por fim, um sentido agradecimento à minha família, que sempre me proporcionou as melhores condições para prosseguir com a minha educação, aos amigos da faculdade, por me terem acompanhado nestes anos de estudo, jantares, viagens, festas e queimas, e aos amigos da escola, pelos sempre bons momentos e por continuarem a seguir a minha jornada.

Resumo

De modo a concluir o Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas, na Faculdade de Farmácia da Universidade do Porto, com uma noção mais concreta do trabalho realizado na Farmácia Hospitalar, foi-me possibilitada a candidatura ao Estágio Curricular nos Serviços Farmacêuticos do Hospital Privado de Braga, tendo este decorrido entre janeiro e março de 2017, sob orientação da Dr.^a Patrícia Moura, Coordenadora dos Serviços Farmacêuticos do Grupo Trofa Saúde, e com o acompanhamento da Dr.^a Andreia Leite, farmacêutica do hospital.

No hospital, pude efetuar todas as atividades realizadas pela farmacêutica, no que diz respeito à seleção, aquisição, armazenamento, gestão e distribuição dos medicamentos e produtos farmacêuticos (soros, desinfetantes, testes de diagnóstico, meios de contraste, entre outros). No seu desempenho, a farmacêutica procurava sempre, com base nas boas práticas da Farmácia Hospitalar e nas normas internas do Grupo Trofa Saúde, garantir a qualidade dos produtos e a segurança na administração aos doentes.

Embora a preparação de medicamentos não fosse executada no hospital, tive a oportunidade de visitar, juntamente com os estagiários dos restantes hospitais do grupo, as instalações dos Serviços Farmacêuticos do Hospital Privado de Alfena e Valongo, para obter uma perceção geral de como são, então, preparados os manipulados não estéreis e os medicamentos citotóxicos.

Serve o presente relatório para descrever tudo o que foi executado e observado durante o estágio, de modo a entender o papel do farmacêutico nesta área, e para transmitir os conhecimentos que foram adquiridos, iniciando-se com uma pequena introdução do hospital e dos Serviços Farmacêuticos e terminando com uma apreciação desta experiência.

Também, a interação com os restantes profissionais de saúde, não só dentro do próprio hospital, como entre os vários hospitais do grupo, serviu para compreender a necessidade da comunicação, para que esta equipa multidisciplinar possa ser bem-sucedida. Exemplos destas inter-relações são ilustrados no relatório.

Lista de Abreviaturas

AUE	Autorização de Utilização Excepcional
CPC/HS	Companhia Portuguesa de Computadores – <i>Healthcare Solutions</i>
DCI	Denominação Comum Internacional
FAR_HPBB	Farmácia do Hospital Privado de Braga
FC	Farmácia Central
GTS	Grupo Trofa Saúde
HPAV	Hospital Privado de Alfena e Valongo
HPB	Hospital Privado de Braga
INCM	Imprensa Nacional da Casa da Moeda
INFARMED	Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I.P.
PV	Prazo de Validade
SDIDDU	Sistema de Distribuição Individual Diária em Dose Unitária
SF	Serviços Farmacêuticos

Índice

1. Hospital Privado de Braga	1
2. Serviços Farmacêuticos	1
2.1. Organização	1
2.2. Gestão de Qualidade	2
2.3. Programa Informático	2
2.4. Disposição da Farmácia	3
3. Seleção, Aquisição e Armazenamento de Produtos Farmacêuticos	3
3.1. Gestão de Existências	3
3.2. Sistemas e Critérios de Aquisição	4
3.2.1. Pedido de Encomenda Semanal.....	5
3.2.2. Pedido Extra-Formulário.....	5
3.2.3. Pedido de Psicotrópicos e Estupefacientes	5
3.2.4. Pedido de Autorização Excecional	6
3.3. Receção e Conferência de Produtos Adquiridos.....	6
3.4. Armazenamento dos Produtos.....	7
4. Sistemas de Distribuição de Medicamentos	8
4.1. Distribuição Tradicional	8
4.2. Distribuição Personalizada.....	9
4.3. Sistema de Distribuição Individual Diária em Dose Unitária.....	9
4.3.1. Validação da Prescrição Médica.....	10
4.3.2. Preparação das Malas de Unidose.....	10
4.3.3. Reembalamento	11
4.4. Distribuição de Medicamentos a Doentes em Ambulatório	11
4.5. Medicamentos Sujeitos a Controlo Especial.....	12
4.5.1. Psicotrópicos e Estupefacientes	13
4.5.2. Hemoderivados.....	13
4.5.3. Gases Medicinais	14
4.5.4. Sugamadex	14
5. Preparação de Medicamentos	15
5.1. Preparação de Manipulados Não Estéreis.....	15
5.2. Preparação de Citotóxicos	16
5.3. Reembalamento	16
Considerações Finais	17

Referências Bibliográficas	18
Anexos	19
Anexo I – Plano Operacional dos Serviços Farmacêuticos	19
Anexo II – Justificação de Receituário de Medicamentos Extra-Formulário	20
Anexo III – Justificação de Autorização de Utilização Especial	21
Anexo IV – Carro de Emergência.....	22
Anexo V – Registo de Levantamento de Medicação Fora do Horário de Funcionamento dos Serviços Farmacêuticos	23
Anexo VI – Termo de Responsabilidade de Dispensa de Medicamentos em Ambulatório.....	24
Anexo VII – Modelo nº 1509 da Imprensa Nacional da Casa da Moeda (Requisição de Psicotrópicos e Estupefacientes).....	25
Anexo VIII – Modelo nº 1804 da Imprensa Nacional da Casa da Moeda (Requisição / Distribuição / Administração de Hemoderivados).....	26
Anexo IX – Folha de Justificação de Utilização do Sugamadex – Bridion® 2ml	27

1. Hospital Privado de Braga

O Hospital Privado de Braga (HPB), localizado no Lugar da Igreja Nogueira, é uma das unidades hospitalares que integra o Grupo Trofa Saúde (GTS), atualmente denominado de Trofa Saúde Hospital, – uma entidade privada de saúde da região norte, na qual se incluem adicionalmente os hospitais privados da Trofa, Boa Nova, Alfena e Valongo (HPAV), Braga Centro e Gaia, bem como os hospitais de dia de Famalicão e da Maia ^[1].

O HPB encontra-se dividido em várias valências, sendo que estes apresentam particular interesse para os Serviços Farmacêuticos (SF): Bloco Operatório, Bloco de Partos, Internamentos e Cuidados Intermédios, Urgência, Medicina Dentária, Consulta Externa, Fisioterapia, Gastroenterologia e Imagiologia ^[2].

2. Serviços Farmacêuticos

Os SF do GTS procuram, com base nas boas práticas da Farmácia Hospitalar e nas normas internas, gerir e controlar medicamentos e produtos farmacêuticos (soros, desinfetantes, testes de diagnóstico, meios de contraste, entre outros), através do pedido e receção de encomendas, armazenamento e verificação de *stock* ^[3]. Este controlo permite garantir a segurança na utilização e distribuição dos produtos farmacêuticos pelos serviços hospitalares, assegurando, por exemplo, a medicação em unidade para os internamentos.

2.1. Organização

Fazem parte dos SF do GTS os farmacêuticos responsáveis por cada unidade hospitalar, coordenados pela Dr.^a Patrícia Moura, encarregue de dirigir a Farmácia Central (FC) situada no HPAV. Entre outras funções, a FC tem a responsabilidade de receber os produtos a serem distribuídos pelos restantes hospitais do grupo, sendo o local de preparação dos medicamentos citotóxicos e produtos manipulados não estéreis. Faz também parte da equipa da FC uma auxiliar de ação médica. Os hospitais de dia não integram farmacêuticos na sua equipa, pelo que os SF são assegurados pelos farmacêuticos dos hospitais privados mais próximos.

No HPB, a Dr.^a Andreia Leite é a farmacêutica responsável pelo cumprimento dos objetivos dos SF, sendo que, para isso, segue um plano semanal (**Anexo I**) onde estão indicadas as operações a serem realizadas diariamente. A farmácia do hospital (FAR_HP) encontra-se em funcionamento de segunda à sexta, das 9h às 18h. No entanto, fora do horário, é possível aceder à mesma, através do Serviço de Manutenção, ou, se necessário, contactar o Farmacêutico.

2.2. Gestão de Qualidade

Todos os hospitais do GTS estão certificados pela Associação Portuguesa de Certificação, pela norma ISO 9001-2008, referente à adoção de um Sistema de Gestão da Qualidade ^[1]. O sistema adotado consistiu na elaboração de um manual de procedimentos que define como devem ser realizadas todas as tarefas dos diferentes serviços, dos quais se destaca o Manual dos Serviços Farmacêuticos, com os procedimentos que envolvem os circuitos dos medicamentos e dos produtos farmacêuticos. Deste modo, não só os funcionários podem consultar o manual sempre que surgirem dúvidas na execução dessas mesmas operações, minimizando a margem para erro, como também esta uniformização dos vários hospitais possibilita a troca de funcionários, se assim for necessário.

Uma vez que a qualidade está intimamente relacionada com a segurança e com a garantia de que os utentes tenham uma evolução clínica favorável, foram formulados protocolos de controlo relativos a certos parâmetros, como, por exemplo, prazos de validade (PV), condições de armazenamento (temperatura e humidade), medicamentos sujeitos a controlo especial (psicotrópicos e estupefacientes, hemoderivados, gases medicinais), entre outros. Estes documentos são periodicamente revistos e atualizados.

De forma a avaliar a eficácia da implementação e o cumprimento deste sistema de gestão de qualidade, são realizadas, regularmente, auditorias internas e externas, sendo que, no período de estágio, o GTS foi informado de que iria ser feita uma inspeção no Hospital Privado da Trofa, por parte da Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I.P. (INFARMED).

Para além do sistema de gestão de qualidade, o GTS promove a formação contínua dos seus funcionários ^[1], com o intuito de expandir os seus conhecimentos e habilidades, o que prepara para um ambiente em constante mudança e contribui para uma melhoria na qualidade dos serviços prestados.

2.3. Programa Informático

Os SF utilizam o programa informático CPC/HS (Companhia Portuguesa de Computadores - *Healthcare Solutions*) ^[3]. Esta ferramenta permite verificar a existência dos produtos não só em todos os serviços do HPB, o que facilita o controlo dos *stocks* e a verificação da necessidade de reposição dos mesmos, como também de todos os hospitais do GTS, o que otimiza a sua intercomunicação e o processo de transferência de produtos que sejam indispensáveis para um determinado doente/serviço de um dos hospitais, ou que se encontrem com um PV curto, sendo enviados para o hospital onde os médicos os prescrevam com maior regularidade. É neste sistema informático que são, também, realizados os pedidos de encomenda à FC, validadas as prescrições médicas, feitos os débitos do consumo dos produtos da FAR_HP B, entre outras operações.

A primeira parte do estágio consistia na observação da utilização do CPC/HS, por parte da farmacêutica, e aprendizagem das suas funcionalidades. Gradualmente, a minha intervenção na realização das tarefas foi progredindo, até ter autonomia suficiente para efetuar algumas operações básicas, como a impressão dos mapas de unidose, para a distribuição dos medicamentos para os utentes nos serviços de internamento, ou a satisfação dos pedidos dos serviços.

2.4. Disposição da Farmácia

Ainda que fosse necessário visitar alguns dos serviços, o meu estágio concentrou-se na FAR_HPBB, dado que nesta se encontra todo o material necessário para trabalhar. Esta trata-se de uma ampla divisão constituída, principalmente, por: uma mesa de trabalho, onde são realizadas todas as operações que requerem a utilização do programa informático e onde se encontram diversas fontes de informação para consulta e os arquivos com os documentos de controlo obrigatórios; uma zona para receção de encomendas dos restantes hospitais ou dos laboratórios, e para expedição dos pedidos dos serviços; balcões para seleção dos medicamentos e produtos a serem distribuídos pelo HPBB, e para reembalamento; um frigorífico para conservação dos produtos de frio; um cofre para controlo dos medicamentos psicotrópicos e estupefacientes; uma zona para armazenamento dos soros; um armário para comprimidos; estantes para as restantes fórmulas farmacêuticas, como pomadas e cremes, ampolas ou colírios, e para outros produtos, como material de penso, líquidos desinfetantes, gases anestésicos, colutórios, entre muitos outros; um caixote para lixo comum e outro para lixo biológico.

3. Seleção, Aquisição e Armazenamento de Produtos Farmacêuticos

Como foi referido anteriormente, os SF são responsáveis pela gestão dos *stocks* quer a nível quantitativo, pelo que o Farmacêutico deverá ter o cuidado de adquirir os produtos quando os níveis forem insuficientes e de os distribuir adequadamente pelos serviços, de modo a evitar desperdícios, como a nível qualitativo, garantindo a manutenção da qualidade através de um armazenamento correto e verificação pontual do estado dos produtos.

3.1. Gestão de Existências

Para cada serviço do hospital, e até para a própria FAR_HPBB, foram estabelecidos, pela farmacêutica e pelo enfermeiro responsável, níveis ideais de *stock* que têm como objetivo suprir as suas necessidades, atendendo ao consumo médio de um determinado produto e ao período

de reposição desse serviço ^[3]. No entanto, é importante que o *stock* existente se limite ao mínimo indispensável, de modo a evitar prejuízos a nível económico, através do desperdício de medicamentos, e o comprometimento da segurança dos doentes, uma vez que uma grande quantidade de produtos dificulta o seu controlo, principalmente no que diz respeito aos PV.

De modo a facilitar esta gestão, as existências encontram-se registadas no CPC/HS e, à medida que são feitas as transferências entre serviços ou hospitais, por parte do Farmacêutico, ou que são feitos os débitos dos consumos dos utentes, pelos enfermeiros, os *stocks* informáticos vão variando, sempre com a indicação do número de unidades em falta para atingir a quantidade estipulada, o que facilita a reposição.

Periodicamente, é impressa a listagem do *stock* de um determinado serviço e é da responsabilidade da farmacêutica efetuar a contagem física, para averiguar se esta corresponde ao *stock* informático. No caso de algum valor não ser coincidente, a farmacêutica alerta os enfermeiros para a necessidade de procurarem os produtos em falta ou de verificarem se todos os débitos foram feitos devidamente. Durante o estágio, surgiu a oportunidade de participar na contagem dos medicamentos e embalagens do Bloco Operatório, tendo sido verificadas algumas incoerências que derivaram do atraso de débitos aos utentes e que foram, posteriormente, resolvidas pelos enfermeiros. Enquanto era efetuado este processo, procedeu-se à separação dos produtos que apresentavam um PV até 3 meses a partir do momento do controlo. Consoante a rotatividade alta ou baixa do produto, este permanecia no serviço, colando-se uma etiqueta “Utilizar Primeiro” para o destacar, ou era levado para a FAR_HPBB, respetivamente. Os que permaneceram no Bloco foram registados numa folha Excel, com o respetivo PV, para, mais tarde, a farmacêutica os recolher, caso não tivessem sido, até ao momento, utilizados. Dos que tinham baixa rotatividade, alguns foram transferidos para outros hospitais do grupo onde o produto era mais utilizado, o que demonstra a importância da comunicação entre os farmacêuticos para redução dos prejuízos.

3.2. Sistemas e Critérios de Aquisição

O processo de aquisição de produtos consiste, inicialmente, na seleção da medicação em falta tendo em conta os níveis de *stock* ideais, e, depois, na requisição da mesma aos respetivos laboratórios. Enquanto que a seleção é feita pelos farmacêuticos, o pedido é da responsabilidade da Coordenadora dos SF, em associação com o Departamento de Compras, fora algumas exceções de encomendas diretas.

Os produtos adquiridos restringem-se, na sua maioria, ao Formulário Hospitalar do GTS, que contém, exclusivamente, medicamentos com autorização para serem comercializados em Portugal e que são mais utilizados nos hospitais do grupo. Ocasionalmente, pode surgir uma situação específica em que seja preciso adquirir medicamentos que não constem do formulário ou que necessitem de uma Autorização de Utilização Excecional (AUE).

3.2.1. Pedido de Encomenda Semanal

No final de cada semana, os farmacêuticos de todos os hospitais estão encarregues de emitir, através do CPC/HS, um pedido de encomenda à FC, dos produtos que estão em falta nas respetivas farmácias e que constem do formulário do GTS. Os pedidos, que são feitos tendo em consideração os níveis ideais de *stock* e as exigências de cada serviço, são, posteriormente, analisados pela Coordenadora e enviados ao Departamento de Compras, que, num prazo de 24 horas, contacta os fornecedores ^[3]. Uma vez que este processo exigia um melhor conhecimento da rotatividade dos produtos, esta parte do estágio era observacional.

Existem, contudo, algumas exceções a este processo, como é o caso dos soros, que são encomendados diretamente pelos farmacêuticos aos laboratórios fornecedores. A fatura, que é entregue juntamente com encomenda, é digitalizada pela farmacêutica e enviada à FC, para entrada do *stock* informático.

Se surgir a necessidade de adquirir um determinado produto após ter sido feita a encomenda, pode ser emitido um pedido especial à FC ou ser feita uma transferência de outro hospital do grupo que o tenha.

Em casos de rutura, o HPB contacta a Farmácia Pipa ou, no caso de se tratar de um produto de uso hospitalar, o Hospital de Braga, que poderão disponibilizar o produto. Durante o estágio, a medicação anticoagulante Lovenox[®] 40mg/0.4 ml encontrava-se esgotada, sendo esta muito utilizada nos doentes acamados, de modo a prevenir trombozes. Assim, e antes de se recorrerem às restantes dosagens do medicamento, este foi solicitado à Farmácia Pipa, com a fatura a ser enviada à FC.

3.2.2. Pedido Extra-Formulário

Na eventualidade de um médico prescrever um medicamento que não faça parte do formulário do GTS e não existindo uma alternativa possível dentro do mesmo, o prescritor deve preencher a Justificação de Receituário de Medicamentos (**Anexo II**), referindo a necessidade daquela medicação específica para o doente em causa e o seu diagnóstico. A autorização ou rejeição do pedido é da incumbência dos SF. Se for frequente a requisição de um determinado produto, a Comissão de Farmácia e Terapêutica reúne-se para discutir a possibilidade de o incluir no formulário ^[4].

Durante o estágio, não surgiu nenhum pedido extra-formulário.

3.2.3. Pedido de Psicotrópicos e Estupefacientes

O processo de aquisição de medicamentos psicotrópicos e estupefacientes apresenta duas principais diferenças em relação ao dos restantes produtos: o pedido é feito mensalmente

e é, obrigatoriamente, acompanhado de um impresso próprio – anexo VII, modelo nº 1506 da Imprensa Nacional da Casa da Moeda (INCM) – aprovado pelo INFARMED ^[5], uma vez que se tratam de medicamentos sujeitos a controlo especial, como é referido na secção 4.5.1.

Assim, a farmacêutica deve preencher o documento com os medicamentos em falta e as respetivas quantidades necessárias para atingir os níveis ideais da farmácia, após a distribuição pelos serviços. Posteriormente, envia-o à FC. A Coordenadora reúne os documentos dos vários hospitais e emite o pedido aos respetivos laboratórios. Dado que tanto o original como o duplicado são enviados para o laboratório, é feita uma cópia do impresso, que é arquivada na pasta “Pedidos de Estupefacientes” na FC. Quando é recebida a encomenda, substitui-se a cópia pelo original, que vem assinado pelo laboratório. Deve-se manter o comprovativo por um período de 5 anos ^[3].

3.2.4. Pedido de Autorização Excecional

Todos os medicamentos comercializados em Portugal têm uma Autorização de Introdução no Mercado. Se o hospital precisar de um medicamento sem esta autorização, o Diretor Clínico do HPB solicita um pedido de AUE ao INFARMED. Este é constituído pelo impresso com a justificação para o pedido, preenchido pelo médico prescriptor (**Anexo III**), pelo Resumo das Características do Medicamento e por estudos clínicos que apoiem a necessidade da utilização. A AUE é válida durante um ano, mas a documentação deve ser arquivada no mínimo 5 anos, uma vez que pode ser solicitada pelo INFARMED ^[3].

Durante o período de estágio, uma médica cardiologista do HPB requisitou o fármaco ajmalina para averiguar se alguns dos seus doentes apresentavam síndrome de Brugada. Trata-se de uma arritmia hereditária responsável por casos de morte súbita em crianças e adultos e é caracterizada por um eletrocardiograma anormal, com elevação do segmento ST, que representa o intervalo entre a despolarização e a repolarização dos ventrículos. Contudo, esta elevação não é visível em todos os casos, pelo que são utilizados agentes antiarrítmicos da classe Ia, como a ajmalina, que promovem a elevação do segmento nos indivíduos com síndrome de Brugada, para confirmação do diagnóstico ^[6].

3.3. Receção e Conferência de Produtos Adquiridos

Os produtos encomendados são entregues na FC, que está encarregue de arquivar as faturas e de fazer as transferências, tanto físicas como informáticas, dos respetivos produtos, para os hospitais que os requisitaram ^[3]. Como já foi referido na secção 3.2.1., as encomendas que os farmacêuticos efetuam diretamente aos laboratórios, geralmente por se tratarem de produtos volumosos ou de quantidades elevadas, são entregues nos respetivos hospitais, pelo que a farmacêutica deve enviar a fatura à FC.

No HPB, existe uma área destinada à receção de encomendas, onde a farmacêutica confere a guia de transporte ou a fatura, no que diz respeito aos produtos entregues e à quantidade de cada um, e verifica o estado dos mesmos e o PV. No fim, satisfaz o pedido no CPC/HS e procede ao armazenamento. Os psicotrópicos e estupefacientes devem ser registados numa folha de Excel, que é atualizada sempre que se dá entrada (e saída) destes medicamentos na FAR_HPBB, quer tenha sido por entrega da FC ou por devolução de um serviço do hospital.

Esta foi uma das tarefas que realizava autonomamente, o que me permitiu compreender melhor que se trata de uma importante etapa da gestão farmacêutica e que pode interferir nas restantes se não for bem efetuada, uma vez que o registo errado das quantidades afeta o *stock* e um produto que não esteja em condições pode comprometer a segurança do doente.

3.4. Armazenamento dos Produtos

Os SF têm a obrigação de obedecer aos requisitos legais e recomendações dos fabricantes no que diz respeito ao acondicionamento dos produtos farmacêuticos, nos vários serviços do hospital, tendo sempre em vista a garantia da qualidade dos produtos e a segurança dos doentes.

De um modo geral, é essencial proporcionar as condições adequadas de luminosidade (sem luz solar direta), temperatura (inferior a 25°C) e humidade (inferior a 60%), controlar periodicamente os PV e dispor os medicamentos por uma ordem lógica ^[3]. Na FAR_HPBB, estão agrupados segundo a sua forma farmacêutica (ampolas, comprimidos, colírios, pomadas, etc.) e organizados por ordem alfabética da denominação comum internacional (DCI) e por ordem crescente da dose. Outros produtos específicos estão agrupados consoante o serviço a que se destinam, como, por exemplo, os produtos de contraste para Imagiologia ou os colutórios para Dentária.

No que diz respeito aos medicamentos *Look-Alike Sound-Alike* – “medicamentos com nome ortográfico e/ou fonético e/ou aspeto semelhantes que podem ser confundidos uns com os outros, originando troca de medicamentos” –, é utilizado o método de inserção de letras maiúsculas (*Tall Man Lettering*), que assinala a diferença entre medicamentos ortograficamente semelhantes ^[7]. No caso de um medicamento ter mais do que uma dose, destacam-se as mesmas a negrito. Em cada serviço do HPB, encontra-se afixada uma lista dos medicamentos *Look-Alike Sound-Alike* do GTS.

É também aplicada a metodologia *First Expired, First Out*, que consiste em colocar, em primeiro plano, os produtos com menor PV, de modo a que sejam os primeiros a serem utilizados, evitando, assim, o desperdício de medicamentos.

Nos serviços, as embalagens e soros são armazenados em prateleiras, enquanto que os medicamentos são acondicionados em gavetas devidamente organizadas e identificadas. Aquando da transferência de um dos serviços de internamento para outro piso, uma atividade

desenvolvida no estágio foi a preparação da sala de enfermagem com a devida medicação, cumprindo as regras de armazenamento descritas anteriormente.

Distribuídos pelo HPB, encontram-se carros de emergência com a medicação e o material necessários em situações de emergência (**Anexo IV**). Para abrir o carro, é necessário quebrar o selo e, antes de o voltar a selar, é importante repor tudo aquilo que foi retirado, para garantir que existe material disponível para uma futura situação de emergência. O utilizador deve confirmar na folha de registo se o número do selo quebrado corresponde ao que foi registado anteriormente, identificar-se, justificar a razão para abertura do carro e mencionar o número do novo selo.

No entanto, alguns medicamentos exigem condições especiais de armazenamento, como é o caso dos medicamentos termolábeis (vacinas, insulinas), que devem ser conservados no frigorífico com sensor para controlo e registo da temperatura (2-8°C), os fotossensíveis, que se devem manter na embalagem original ou, então, embrulhar em papel de alumínio (colocando uma etiqueta com identificação do produto, PV e lote), e os estupefacientes e psicotrópicos, reunidos no cofre ^[3]. Tanto o frigorífico como o cofre apresentam a mesma lógica de armazenamento dos restantes medicamentos.

Os gráficos de deteção das temperaturas e da humidade são enviados pelo aprovisionamento aos SF. Anteriormente ao período de estágio, o sensor de temperatura do frigorífico detetou irregularidades, pelo que se efetuou a transição dos produtos para outro frigorífico. Deste modo, surgiu a oportunidade de auxiliar a farmacêutica na reorganização dos medicamentos de frio.

4. Sistemas de Distribuição de Medicamentos

Como foi referido inicialmente, a distribuição de medicamentos pelos doentes ou pelos serviços do hospital é um dos principais objetivos dos SF. É da sua responsabilidade garantir que a medicação é disponibilizada a quem a solicita e que esta se encontra em condições para uma administração segura, pressupondo uma boa gestão do *stock*, em termos de quantidade e qualidade.

4.1. Distribuição Tradicional

A distribuição tradicional consiste na dispensa de medicamentos e produtos farmacêuticos aos serviços do HPB para reposição do *stock* fixo previamente estabelecido ^[3].

Automaticamente, o CPC/HS gera uma lista dos produtos em falta no serviço consoante os níveis de *stock*, sendo que quem gera o pedido, habitualmente os enfermeiros dos respetivos serviços, pode alterar os valores como achar mais adequado. Uma vez inserido o pedido, este é preparado pelo Farmacêutico, que regista no sistema quais os produtos entregues, para que seja

efetuada a transferência informática entre a FAR_HPBB e o serviço. Os pedidos que não são completamente satisfeitos ficam pendentes no sistema até a farmacêutica solicitar os produtos em falta à FC ou aos restantes hospitais.

Todos os dias, faz-se a reposição de um dado serviço, como está estipulado no plano semanal, sendo que os internamentos e o bloco operatório são os serviços repostos com mais frequência, devido às elevadas exigências dos mesmos. Após um período inicial de adaptação à organização da FAR_HPBB, esta foi um das tarefas que pude realizar autonomamente, com a supervisão da farmacêutica, sendo que a prática me tornou mais eficiente na separação dos produtos.

À exceção dos medicamentos, que são entregues nos serviços pelo próprio Farmacêutico, os restantes produtos, como os soros e as embalagens, são deixados no cais do HPBB, para serem levantados pelos auxiliares operacionais dos respetivos serviços.

Ocasionalmente, os serviços podem requisitar à FAR_HPBB um dado produto em falta, sendo efetuada uma transferência direta, através do CPC/HS.

Como já foi referido, é possível aceder à FAR_HPBB fora do horário de funcionamento, sendo obrigatório preencher a folha de registo com o medicamento a ser levantado, a quantidade, a identificação do doente ou do serviço para quem se destina a medicação, a assinatura do requisitante e a data e hora do levantamento (**Anexo V**), para a farmacêutica ter conhecimento do movimento e para proceder ao acerto dos *stocks*.

4.2. Distribuição Personalizada

O *stock* do bloco operatório não satisfaz os requisitos das cirurgias cardíacas, uma vez que estas não são muito comuns no HPBB, pelo que, neste caso, a farmacêutica prepara uma mala personalizada com a medicação que vai ser precisa durante a operação, com base numa lista de medicamentos previamente definida. Não surgiu a necessidade de equipar a mala, durante o período de estágio.

4.3. Sistema de Distribuição Individual Diária em Dose Unitária

O Sistema de Distribuição Individual Diária em Dose Unitária (SDIDDU) consiste na dispensa, após validação das prescrições por parte do Farmacêutico, dos medicamentos necessários para um período de 24 horas aos doentes internados, com a exceção dos feriados e fins-de-semana em que o período é superior ^[3].

Este sistema permite um maior controlo da medicação, pela colaboração de vários profissionais de saúde, uma vez que envolve o diagnóstico médico, a preparação dos medicamentos pelo Farmacêutico e a administração pelos enfermeiros. Também evita a necessidade de um *stock* maior nos serviços, o que iria dificultar o controlo da qualidade.

4.3.1. Validação da Prescrição Médica

A validação das prescrições tem como objetivo verificar para cada doente se a terapêutica é a adequada, assim como as respetivas dosagens, modos de administração e interações severas entre os medicamentos, com consulta do Prontuário Terapêutico e dos *sites Medscape* e *Drugs.com*. Se algo não estiver conforme, a farmacêutica contacta o médico prescriptor para a devida alteração da prescrição [3].

Também a farmacêutica pode alterar as prescrições, no que diz respeito ao ajuste das quantidades dos medicamentos que saem pelo SDIDDU, tendo em consideração o número de tomas em 24h e a dose em cada toma. No caso dos soros de pequeno volume que são difundidos pelos de maior volume, são necessários cálculos, tendo em atenção o volume total de soro e a velocidade de infusão. Para medicamentos com indicação de toma apenas em situação de emergência, é enviada uma toma única.

Não são distribuídos por SDIDDU estupefacientes, insulinas, soros de grande volume, embalagens, entre outros produtos, uma vez que são retirados diretamente dos *stocks* dos internamentos, ou eventual medicação que o doente possa trazer consigo, pelo que a farmacêutica dá a indicação de saída pelo método tradicional no CPC/HS.

As prescrições podem ser alteradas ao longo do dia, logo é importante o constante acompanhamento pelo Farmacêutico. A validação das prescrições fazia parte das minhas tarefas habituais, com acompanhamento da farmacêutica.

Dado que as prescrições são informatizadas, é possível consultar os doentes que estão a fazer uma determinada medicação, para uma melhor gestão das existências e para garantir que não ocorre rutura das mesmas, assegurando que o doente seja devidamente tratado.

4.3.2. Preparação das Malas de Unidose

Após a validação das prescrições, são impressos os mapas de distribuição da unidose dos dois serviços de internamento e dos cuidados intermédios, que indicam para cada doente a medicação a ser administrada no período de 24 horas, excluindo já aquela que é enviada pelo método tradicional. Os mapas apresentam, ainda, a informação do doente, incluindo o quarto onde se encontra, e a posologia dos medicamentos.

São também impressas etiquetas com o nome do doente, número da cama e serviço de internamento para identificação das gavetas das malas de unidose.

A farmacêutica vai colocando toda a medicação do doente, gaveta a gaveta, sendo que cada medicamento deve estar devidamente identificado com a DCI, PV e lote. Os produtos de frio ou de maior dimensão são colocados em sacos individuais com a etiqueta correspondente ao doente e entregues juntamente com a mala de unidose.

Assim que a preparação individual da terapêutica estiver pronta, a farmacêutica entrega as malas nos respetivos serviços, sendo estas conferidas pelos enfermeiros ^[3], e faz o débito dos produtos nos respetivos doentes, através do CPC/HS.

À sexta-feira, porque os SF não se encontram em funcionamento durante o fim-de-semana, a farmacêutica prepara a medicação para três dias, pelo que à quinta-feira é sempre importante verificar se haverá *stock* suficiente e se é necessário incluir os medicamentos no pedido de encomenda à FC. O débito é efetuado na segunda-feira, apenas dos dias em que o doente esteve internado. Aquando dos feriados, o procedimento é semelhante.

Participei, durante todo o estágio, nesta atividade diária, com a farmacêutica a verificar sempre as gavetas que eu preparava, e tive, assim, a oportunidade de conhecer os serviços de internamento e os enfermeiros que conferem e administram a medicação.

4.3.3. Reembalamento

Nas prescrições, podem surgir metades ou quartos da dose dos comprimidos, pelo que se procede à divisão dos mesmos, num ambiente semi-estéril, com luvas de látex, e utilizando um aparelho próprio. Inicialmente, senti dificuldade nesta operação, pela dificuldade em quebrar alguns comprimidos, contudo o estágio permitiu melhorar a minha técnica de reembalamento. Os fragmentos são colocados numa tira de papel de reembalamento e selados com uma etiqueta que identifique o produto, a dose ($\frac{1}{2}$ ou $\frac{1}{4}$), o lote e o PV, que não corresponde à validade original da embalagem, mas sim a um prazo de 6 meses após o momento de abertura do blister.

Este processo é também necessário no caso dos comprimidos que não são reembalados na FC ou quando o medicamento não fica devidamente identificado. Se o blister não for danificado, coloca-se o PV original.

4.4. Distribuição de Medicamentos a Doentes em Ambulatório

A distribuição de medicamentos em regime de ambulatório consiste “na dispensa de medicamentos a título gratuito” a “doentes abrangidos por estes regimes especiais” ^[8]. Para além deste benefício económico, isto possibilita que estes doentes prossigam com a terapêutica fora do ambiente hospitalar, pelo que são reduzidos os riscos, e também os custos, que estariam associados ao seu internamento, dado que indivíduos imunocomprometidos são mais suscetíveis às infeções hospitalares. Contudo, é importante que esta dispensa seja feita no hospital e de modo frequente, para que o Farmacêutico possa acompanhar o doente, averiguando se está a cumprir o plano terapêutico e monitorizando a segurança e eficácia do mesmo.

No HPB, é cedida a medicação para as seguintes condições: insuficiência renal crónica, artrite reumatoide, artrite psoriática, artrite idiopática juvenil poliarticular, hepatite B, hepatite C,

vírus da imunodeficiência humana, esclerose múltipla, esclerose lateral amiotrófica, síndrome de Lennox-Gastaut, doença de Crohn, acromegalia, deficiência da hormona de crescimento, espondilite anquilosante e psoríase em placas.

A farmacêutica consulta a folha de Excel com os planos terapêuticos dos utentes que estão inseridos no regime de ambulatório e encomenda, com antecedência, os medicamentos que irão ser levantados nas semanas seguintes. Após a sua receção, são armazenados numa prateleira destinada aos mesmos ou, caso se tratem de produtos de frio, no frigorífico. Uma vez que é pequeno o número de utentes do HPB neste regime, nunca existe muita medicação no mesmo período de tempo, o que não justifica uma ordem de armazenamento. Pelo mesmo motivo, não existe um horário ou instalações específicas para a dispensa, pelo que esta pode ser feita durante o horário de funcionamento dos SF, na zona de atendimento do hospital. Assim, quando o utente chega ao hospital, a farmacêutica valida a prescrição, confirmando, nomeadamente, se tem indicação do diploma legal que verifique a existência de uma comparticipação especial, e leva a medicação da farmácia para a zona de atendimento, onde procede à sua dispensa.

Aquando da entrega da medicação, a farmacêutica averigua a identidade do doente, através do cartão de cidadão, e presta esclarecimentos acerca da ação do fármaco, cuidados a ter durante o tratamento e possíveis efeitos adversos, em especial se se tratar de um medicamento desconhecido ao utente, podendo, até, ser cedido um folheto informativo com a informação essencial. É possível fazer a dispensa a um cuidador, desde que este apresente a sua identificação e a do doente. Após o correto esclarecimento, o doente preenche um termo de responsabilidade (**Anexo VI**), comprometendo-se com as condições de utilização ^[9]. A farmacêutica deve, também, incentivar a adesão à terapêutica, para otimizar a eficácia da mesma.

Por fim, a farmacêutica efetua os débitos e regista, na folha de Excel, os medicamentos dispensados, bem como os respetivos PV e lotes, para o caso de haver reclamações, por parte dos utentes, acerca da qualidade dos produtos. Ademais, este registo serve para a farmacêutica efetuar as encomendas nas devidas alturas e para avaliar a adesão, pelo que, se o utente não levantar a medicação, a farmacêutica entra em contacto com ele.

Acompanhei esta via de distribuição quando a farmacêutica dispensou um medicamento citotóxico (hidroxicarbamida) a um utente com leucemia mieloide crónica. Como já seguia esta terapêutica, não foram colocadas dúvidas. Ainda que não tenha assistido, o HPB é o único hospital do GTS que cede medicação para esclerose lateral amiotrófica.

4.5. Medicamentos Sujeitos a Controlo Especial

Alguns medicamentos apresentam circuitos de distribuição próprios, por apresentarem determinadas características que obrigam a uma rigorosa monitorização. É o caso dos psicotrópicos e estupefacientes, hemoderivados e gases medicinais.

4.5.1. Psicotrópicos e Estupefacientes

Dada a possibilidade de ocorrência de dependência física e psicológica com psicotrópicos e estupefacientes, estes medicamentos estão submetidos a um controlo especial que se rege pelo Decreto-Lei nº 15/93 de 22 de janeiro (“Regime jurídico do tráfico e consumo de estupefacientes e psicotrópicos”), pelo Decreto Regulamentar nº 61/94 de 12 de outubro e pela Portaria nº 981/98 de 8 de junho (“Execução das medidas de controlo de estupefacientes e psicotrópicos”) [5].

Sempre que é administrado um destes produtos, o enfermeiro responsável preenche um impresso semelhante ao utilizado no pedido de estupefacientes – anexo X, modelo nº 1509 da INCM (**Anexo VII**) – com a identificação do medicamento, do serviço onde foi administrado e do doente que recebeu a medicação.

A farmacêutica valida e numera o impresso e regista a quantidade do medicamento que fornece ao serviço. Em CPC/HS, faz a transferência informática e imprime a guia em duplicado, sendo que uma fica arquivada na FAR_HP, juntamente com o original do impresso, e a outra é levada para o serviço, com o duplicado.

Como já foi referido, os medicamentos encontram-se no cofre da FAR_HP e são transferidos pela farmacêutica para os respetivos cofres dos serviços requisitantes. Aquando desta movimentação, é feita uma contagem do *stock* e procede-se ao registo da mesma, na folha de Excel [3], tarefa que realizei frequentemente.

4.5.2. Hemoderivados

Também os “medicamentos derivados do sangue ou do plasma humanos” [10] têm uma distribuição específica, uma vez que podem contribuir para a transmissão de doenças, se não devidamente controlados. Estes são regulados pelo Despacho do Ministério da Saúde nº 5/95 de 25 de janeiro (“Aquisição de Produtos derivados do Plasma Humano”) e pelo Despacho Conjunto nº 1051/2000 de 14 de setembro [11].

A sua distribuição é feita através do preenchimento do modelo nº 1804 da INCM (**Anexo VIII**), constituído por duas vias – Via Farmácia e Via Serviço –, sendo que a primeira é arquivada na FAR_HP, por um período de cinco anos, e a segunda é arquivada no processo clínico do doente. Os quadros A e B destinam-se ao médico prescriptor, enquanto que o quadro C é registado pelo Farmacêutico, após a validação da prescrição. Neste último, é indicada a informação do produto, como o lote e o Certificado de Autorização de Utilização de Lotes cedido pelo INFARMED. O quadro D da Via Serviço é preenchido pelo enfermeiro responsável [3].

É importante este registo, uma vez que pode surgir a necessidade de recolher um determinado lote e de identificar os indivíduos a quem foram administrados os produtos desse mesmo lote. Acompanhei a farmacêutica na distribuição de vários hemoderivados, nomeadamente de plasma expander.

4.5.3. Gases Medicinais

Os gases medicinais podem ser classificados em medicamentos ou em dispositivos médicos, consoante a sua utilização. Os primeiros, como é o caso do oxigénio e do protóxido de azoto, são utilizados em “terapias de inalação, anestesia, diagnóstico in vivo ou para conservar ou transportar órgãos, tecidos ou células destinadas a transplantes”. Os segundos “são destinados a serem usados no corpo humano, cujo principal efeito pretendido não seja alcançado por meios farmacológicos, imunológicos ou metabólicos”, como é o caso do dióxido de carbono utilizado na laparoscopia ^[12].

Os gases são armazenados num local próprio, no exterior do HPB, onde são facilmente distribuídos pelo hospital, sendo que tive oportunidade de o visitar, acompanhada do responsável do Serviço de Manutenção. No que diz respeito ao oxigénio, o acondicionamento é feito em garrafas próprias divididas por duas rampas (oito em cada). Uma a uma, vão sendo usadas sete garrafas de uma das rampas. Quando vazias, automaticamente começam a ser utilizadas as sete garrafas da outra rampa e, enquanto isto, a primeira rampa é substituída. Pode acontecer que a troca não seja efetuada antes de todas as garrafas se esvaziarem, pelo que, nesses casos, são usadas as duas garrafas de emergência.

É o Serviço de Manutenção que está encarregue de encomendar e rececionar os gases medicinais e de notificar os SF das entradas e saídas e das substituições das rampas, sempre com indicação de qual a rampa substituída e os lotes das garrafas removidas e inseridas. Estes dados são registados pela farmacêutica, em folhas próprias arquivadas na FAR_HPBB. Embora um pouco confuso, a farmacêutica explicou-me como era elaborado o registo para que eu o pudesse efetuar também. Este controlo é importante, uma vez que pode surgir um aviso que obrigue à recolha das garrafas de um determinado lote.

4.5.4. Sugamadex

O fármaco sugamadex consiste numa gama ciclodextrina modificada capaz de reverter a ação induzida pelos bloqueadores neuromusculares vecurónio e rocurónio, através de formação de complexos com estes compostos, sendo, por vezes, utilizado após cirurgia ^[13]. Ainda que este não possua nenhuma legislação específica que obrigue ao seu controlo especial, tal como os gases medicinais, o seu elevado preço exigiu que fossem tomados cuidados no GTS, pelo que, aquando da sua utilização, é necessário o preenchimento da Folha de Justificação de Utilização do Sugamadex – Bridion® 2ml (**Anexo IX**), na qual é indicada a razão pela qual foi utilizado o medicamento e que quantidade foi administrada, bem como a identificação de quem realizou o procedimento. Posteriormente, a justificação é enviada aos SF, onde a farmacêutica assina e arquiva o documento. Durante o estágio, não assisti à entrega de justificações de utilização de sugamadex.

5. Preparação de Medicamentos

Como referi inicialmente, a preparação de manipulados não estéreis e citotóxicos, bem como o reembalamento de medicamentos destinados ao SDIDDU, não são feitos no HPB, mas sim no HPAV, após serem reunidos os pedidos de todos os hospitais do GTS. Contudo, não é efetuada a preparação de bolsas de nutrição parentérica, uma vez que são pouco utilizadas, pelo que não se justifica o equipamento para produção, como a câmara de fluxo laminar horizontal, que tem como objetivo proteger o produto. Para este efeito, são encomendadas, a laboratórios, bolsas pré-fabricadas, que são distribuídas aos vários hospitais.

Para termos uma noção geral deste processo, os estagiários dos restantes hospitais fizeram uma breve visita ao HPAV, onde a Dr.^a Ana Araújo, farmacêutica do hospital, nos explicou a preparação de manipulados não estéreis e a Coordenadora dos SF nos deu a conhecer a divisão onde é feita a preparação de citotóxicos, embora não tenha sido possível observar os procedimentos.

5.1. Preparação de Manipulados Não Estéreis

Com o objetivo de garantir a preparação de manipulados seguros e eficazes, deve seguir-se o Decreto-Lei nº 95/2004 de 22/04 (“Regula a prescrição e a preparação de medicamentos manipulados”) e a Portaria nº 594/2004 de 02/06 (“Aprova as boas práticas a observar na preparação de medicamentos manipulados em farmácia de oficina e hospitalar”) [14].

Os manipulados não estéreis são elaborados na farmácia do HPAV, pela Dr.^a Ana ou pela auxiliar de ação médica, e correspondem, essencialmente, a soluções requisitadas pelos vários serviços do GTS. Por exemplo, na Fisioterapia é utilizada a solução de salicilato de sódio a 2%, pela sua ação anti-inflamatória.

De forma a organizar e simplificar o processo, foram criadas para cada solução fichas de preparação parcialmente preenchidas com as matérias-primas a serem utilizadas e as respetivas quantidades e com o procedimento. Cabe ao preparador preencher os restantes espaços, como a data de preparação, a quantidade a preparar, os lotes e origens das matérias-primas, entre outros. Estas são, posteriormente, arquivadas na farmácia do HPAV.

O produto final é acondicionado em frascos de vidro âmbar identificados com a devida rotulagem – composição, quantidades, data de preparação, lote, PV (que é dado com base no Formulário Galénico), via de administração e cuidados a ter (por indicação dos sinais de perigo) – e é enviado ao hospital que efetuou o pedido, tendo a farmacêutica que o entregar no serviço requisitante. Após utilização, os frascos são esterilizados e são entregues aos SF, para posterior reutilização.

5.2. Preparação de Citotóxicos

Os medicamentos citotóxicos são preparados na FC, pelo Dr. Ricardo, farmacêutico do Hospital Privado da Trofa, numa zona própria, constituída por uma antecâmara – onde o preparador faz a higienização das mãos e veste o equipamento necessário à sua proteção (bata, luvas, máscara, touca e óculos) – e pela sala de preparação – onde se encontra uma câmara de fluxo laminar vertical, que tem como objetivo proteger o operador, contrariamente às câmaras de fluxo laminar horizontal. Também com este objetivo, a sala de preparação apresenta uma pressão negativa.

Para a preparação destes medicamentos, é obrigatória a prescrição médica, com a respetiva justificação clínica, que é validada pelo farmacêutico, após verificação dos dados do doente – o peso, altura, superfície corporal ou área sob a curva são importantes para calcular a dose a administrar – e dos Protocolos de Quimioterapia ^[15].

A validação e a preparação dos materiais a serem utilizados, assim como a emissão dos rótulos e dos mapas de produção – que compreendem as concentrações dos medicamentos, o PV, o lote e os laboratórios que forneceram as matérias-primas –, são feitas numa sala exterior à zona de preparação dos citotóxicos. É também nesta sala que é arquivada toda a documentação referente a estes medicamentos. Todos os resíduos que resultam deste procedimento são incinerados.

5.3. Reembalamento

Como foi já referido anteriormente, por vezes é necessário proceder ao reembalamento dos medicamentos para que cada unidade esteja devidamente identificada com a DCI, dosagem, PV e lote. De modo a facilitar o processo dos farmacêuticos na preparação do SDIDDU, o reembalamento é feito, geralmente, na FC, pela auxiliar de ação médica, com a utilização de uma máquina automática.

O PV atribuído aos medicamentos reembalados é o PV da embalagem original, enquanto que, no fracionamento dos comprimidos, o PV é de, apenas, 6 meses após esta operação, o que indica que, se estes medicamentos não forem utilizados nesse período, constituem prejuízo para os SF. De modo a evitar este problema, e porque os hospitais não têm um número elevado de doentes nos serviços de internamento, o fracionamento é realizado nos próprios hospitais, pelos farmacêuticos, como referi na secção 4.3.3.

Considerações Finais

O HPB não tem as dimensões de um hospital público e, como tal, os SF não são constituídos por equipas de farmacêuticos e técnicos divididos por vários departamentos, mas sim por, apenas, uma farmacêutica. Ainda que tenha o apoio dos restantes farmacêuticos do GTS, dentro do HPB, é a Dr.^a Andreia que está encarregue de todo o circuito do medicamento, pelo que o seu papel é mais abrangente. Isto possibilitou-me observar e participar nas diferentes etapas associadas à gestão farmacêutica em ambiente hospitalar, que vão desde a aquisição de medicamentos e produtos farmacêuticos à sua distribuição pelos serviços e pelos utentes, e acompanhar esta realidade que, até então, desconhecia.

Ainda que alguns destes procedimentos possam variar consoante o hospital e as respetivas regras internas, pude compreender o enquadramento, as funções e as responsabilidades do Farmacêutico Hospitalar de maneira a assegurar a qualidade e segurança dos serviços prestados. Assim sendo, considero que o Estágio Profissionalizante no HPB foi uma experiência positiva para o desenvolvimento da minha formação educacional e profissional.

Referências Bibliográficas

1. Trofa Saúde Hospital. Acessível em: <http://www.trofasaude.pt/> [acedido a 20 de fevereiro de 2017].
2. Trofa Saúde Hospital Braga Sul. Acessível em: <http://www.trofasaude.com/bragasul/> [acedido a 20 de fevereiro de 2017].
3. Trofa Saúde (2013). Manual de Procedimentos dos Serviços Farmacêuticos. *Grupo Trofa Saúde*.
4. Trofa Saúde (2013). Justificação de Receituário de Medicamentos. *Grupo Trofa Saúde*.
5. INFARMED (Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde I.P.): Estupefacientes e psicotrópicos. Acessível em <http://www.infarmed.pt/> [acedido a 25 de março de 2017].
6. McMillan MR, Day TG, Bartsota M, Mead-Regan S, Bryant R, Mangat J *et al* (2014). Feasibility and outcomes of ajmaline provocation testing for Brugada syndrome in children in a specialist paediatric inherited cardiovascular diseases centre. *Open Heart*; 1(1): e000023.
7. Direção-Geral da Saúde: Norma nº 020/2014 de 30/12/2014 (“Medicamentos com nome ortográfico, fonético ou aspeto semelhantes”).
8. INFARMED (Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde I.P.): Despacho nº 13382/2012 de 04/10/2012 (DR, 2.ª série, n.º 198, de 12 de outubro de 2012).
9. INFARMED (Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde I.P.): Circular Normativa nº 01/CD/2012 de 30/11/2012 (“Procedimentos de cedência de medicamentos no ambulatório hospitalar”).
10. INFARMED (Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde I.P.): Decreto-Lei nº 176/2006 de 30/08/2006 (“Estatuto do Medicamento”).
11. Braga F (2013). Medicamentos derivados do plasma humano. *Boletim do Centro de Informação do Medicamento*. ROF 107 Abr/Jun 2013: 1-2.
12. Neves V, Dinis E (2009). Gases Medicinais. *Boletim do Centro de Informação do Medicamento*. ROF 89 Maio/Junho 2009: 1-2.
13. European Medicines Agency: Resumo das Características do Medicamento – Bridion 100 mg/ml solução injetável.
14. Ministério da Saúde: Programa do Medicamento Hospitalar. Acessível em <http://www.sns.gov.pt/> [acedido a 16 de abril de 2017].
15. Gouveia A, Silva A, Bernardo D, Fernandes J, Martins M, Cunha M *et al* (2013). *Manual de Preparação de Citotóxicos*. Ordem dos Farmacêuticos, Lisboa.

Anexos

Anexo I – Plano Operacional dos Serviços Farmacêuticos

Diário	
Manhã - Verificar se houve levantamento de medicação na farmácia + Debitar/Transferir - Validar prescrições médicas	Tarde - Validar prescrições médicas + Preparar malas unidose para INT - Reverter medicação do dia anterior + Debitar unidose - Guardar encomenda
2ª feira	
Manhã - Debitar medicação unidose de Sáb e Dom + Enviar OK por email à HPB Receção Internamento - Fazer encomenda semanal à FC + pedidos extra - Satisfazer pedido <u>Gastro</u> - Satisfazer pedido medicamentos e soros/embalagens vazias <u>URG</u>	Tarde - Gerar e satisfazer pedido medicamentos <u>INT</u> - Satisfazer pedido embalagens vazias <u>INT</u> - Satisfazer pedido <u>CEXT</u>
3ª feira	
Manhã - Fazer pedido de manipulados - Satisfazer pedido <u>Fisio</u> - Gerar e satisfazer pedido medicamentos <u>Bloco</u> - Repor estupefacientes <u>Bloco</u>	Tarde - Gerar e satisfazer pedido soros <u>Bloco</u> - Satisfazer pedido embalagens vazias <u>Bloco</u> - Gerar e satisfazer pedido medicamentos <u>INT</u>
4ª feira	
Manhã - Efetuar consumos aos serviços - Controlo <i>stock</i> /PV	Tarde - Gerar e satisfazer pedido <u>Bloco de partos</u> - Gerar e satisfazer pedido medicamentos <u>INT</u>
5ª feira	
Manhã - Satisfazer pedido medicamentos e soros/embalagens vazias <u>URG</u> - Satisfazer pedido <u>Dentária</u> - Reunião alinhamento operacional	Tarde - Satisfazer pedido soros/embalagens vazias <u>INT</u> - Satisfazer pedido <u>CEXT</u> - Gerar e satisfazer pedido medicamentos <u>INT</u>
6ª feira	
Manhã - Gerar e satisfazer pedido medicamentos <u>Bloco</u> - Satisfazer pedido <u>Esterilização</u> - Satisfazer pedido <u>Imagiologia</u>	Tarde - Preparar malas unidose para 6ª, Sáb e Dom - Debitar unidose apenas de 6ª - Gerar e satisfazer pedido medicamentos <u>INT</u>

Anexo II – Justificação de Receituário de Medicamentos Extra-Formulário



Justificação de Receituário de Medicamentos

De acordo com decisão da **Comissão de Farmácia e Terapêutica**, caso pretenda um medicamento que não esteja incluído no Formulário Grupo Trofa Saúde, deve preencher este impresso e enviá-lo para os Serviços Farmacêuticos.

Serviço _____ Cama _____

Nome do doente _____

GTS _____

Nome genérico do medicamento _____

Forma farmacêutica _____ Via de administração _____

Posologia/ritmo _____

Duração prevista do tratamento _____

1. Diagnóstico

2. Situação clínica que justifica o pedido

3. Caso exista no Formulário ou Adenda algum medicamento com a mesma finalidade terapêutica, diga por que razão o não considera adequado à situação do doente

Data ___/___/_____

Médico especialista _____ N.º mec. _____

Informação da Comissão de Farmácia e Terapêutica:

Anexo III – Justificação de Autorização de Utilização Especial

AUTORIZAÇÃO DE UTILIZAÇÃO EXCEPCIONAL MEDICAMENTOS DE USO HUMANO IMPRESSO DE USO OBRIGATÓRIO PELOS REQUERENTES			
Exm.º Senhor Presidente do Conselho Diretivo do INFARMED, I.P. Pretende esta entidade licenciada para a aquisição direta de medicamentos, ao abrigo do disposto na alínea a) do artigo 92.º do Decreto-Lei n.º 176/2006, de 30 de <u>Agosta</u> , na sua atual redação, solicitar AUTORIZAÇÃO DE UTILIZAÇÃO EXCEPCIONAL para o medicamento de benefício clínico bem reconhecido abaixo indicado, ao abrigo do despacho:			
Deliberação n.º 1546/2015			
Por se tratar de um medicamento que não possui AUTORIZAÇÃO DE INTRODUÇÃO NO MERCADO (AIM) em Portugal e se destinar a doentes em tratamento neste estabelecimento de saúde, com vista a satisfazer as necessidades para o próximo ano de....., solicito a V. Ex.ª. se digne autorizar a sua utilização especial, nos seguintes termos:			
Requerente:			
Morada:			
Código postal:	Tel S.F.:	Fax S.F.:	
V/ N.º de Pedido:	V/data:		
Nome do medicamento:			
Substância(s) Activa(s):			
Forma farmacêutica:			
Dosagem:	Pertence ao F.H.N.M.:	SIM <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	
Quantidade unitária:	Apresentação:		
Preço por unidade (c/IVA):	Estimativa/Despesa (c/IVA):		
Titular da A.I.M.:	País da A.I.M.:		
Fabricante:	País/fabrico:		
Liberador de lote*:	País/lib. de lote*:		
Distribuidor do país de procedência:	País/Procedência:		
Distribuidor em Portugal*:	Alfândega*:		
<input type="checkbox"/> Albumina humana como excipiente <input type="checkbox"/> Alergeno <input type="checkbox"/> Derivado do sangue ou plasma <input type="checkbox"/> Vacina			
<input type="checkbox"/> INSTRUÇÃO AO ABRIGO DO ARTIGO 12.º DA DELIBERAÇÃO N.º 1546/2015. Documentação enviada ao INFARMED pelo requerente ou por outra entidade _____ juntamente com a AUE n.º _____ autorizada para o ano _____.*			
<input type="checkbox"/> PEDIDO DE ALTERAÇÃO DA QUANTIDADE inicialmente requerida na AUE n.º _____, autorizada em __/__/____ Justificação: _____			
<input type="checkbox"/> Aceito, para efeitos do previsto no artigo 9.º Decreto-Lei n.º 128/2013, de 5 de Setembro, que as comunicações com o INFARMED no âmbito do presente pedido sejam feitas através das seguintes caixas electrónicas: aeu@infarmed.pt do INFARMED e _____ (e-mail) do requerente;			
<input type="checkbox"/> Igualmente aceito que as comunicações por correio electrónico feitas nos termos do parágrafo anterior, independentemente da indicação dos nomes dos colaboradores de ambas as entidades que, em concreto, as elaboraram, revestem valor probatório e a respectiva autoria é atribuída à parte remetente;			
<input type="checkbox"/> As comunicações feitas nos termos dos parágrafos anteriores, consideram-se recebidas pelo seu destinatário no segundo dia útil posterior ao seu envio, sendo suficiente para prova de envio o "print" retirado do sistema do seu remetente donde conste a data e hora de envio.			
Assinatura do Director Clínico (deverá ser identificada sob a forma de carimbo e/ou vinheta):			

* Se aplicável

Anexo IV – Carro de Emergência



Anexo V – Registo de Levantamento de Medicação Fora do Horário de Funcionamento dos Serviços Farmacêuticos



REGISTO DE LEVANTAMENTO DE MEDICAÇÃO

(DEPOIS DAS 19H E FIM DE SEMANA)

Medicamento	Quantidade	Identificação do doente (colante)	Assinatura de quem levanta	Data	Hora

Anexo VI – Termo de Responsabilidade de Dispensa de Medicamentos em Ambulatório



Anexo 1

Modelo de Termo de Responsabilidade

Eu, _____, portador do C.C./B.I. n.º _____, pelo presente **declaro** ter recebido toda a **informação relevante ao uso e à conservação do(s) medicamento(s)** que compõe(m) o meu tratamento e que periodicamente levanto na Unidade de Farmácia de Ambulatório do hospital _____, **responsabilizando-me pela boa utilização do medicamento e por garantir que os mesmos são transportados e armazenados no domicílio de forma a garantir as condições de conservação que me foram indicadas.** Responsabilizo-me também **por qualquer extravio ou dano causado à medicação enquanto esta estiver ao meu cuidado.**

O utente:

Anexo VII – Modelo nº 1509 da Imprensa Nacional da Casa da Moeda (Requisição de Psicotrópicos e Estupefacientes)

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

N.º _____

Anexo X

Serviços Farmacêuticos do

Serviço _____ Código _____
SALA _____

Medicamento (DCI)	Forma farmacêutica	Dosagem	Código

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

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

Modelo n.º 1509 (Exclusivo da INCM, S. A.)

Anexo VIII – Modelo nº 1804 da Imprensa Nacional da Casa da Moeda (Requisição / Distribuição / Administração de Hemoderivados)

Número de série 1988771

VIA FARMÁCIA



MINISTÉRIO DA SAÚDE

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

HOSPITAL _____

SERVIÇO _____

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

REQUISICÃO/JUSTIFICAÇÃO CLÍNICA (a preencher pelo médico)		
Hemoderivado _____ (Nome, forma farmacêutica, via de administração) Dose/Frequência _____ Duração do tratamento _____ Diagnóstico/Justificação Clínica _____ _____ _____	QUADRO B	

REGISTO DE DISTRIBUIÇÃO N.º _____ / _____ (a preencher pelos Serviços Farmacêuticos)					QUADRO C
Hemoderivado/dose	Quantidade	Lote	Lab. origem/Fornecedor	N.º Cert. INFARMED	
Enviado ____/____/____ Farmacêutico _____ N.º Mec. _____					

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

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

I. Instruções relativas à documentação:

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

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

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

II. Instruções relativas ao produto medicamentoso:

a) Cada unidade medicamentosa fornecida será etiquetada pelos Serviços Farmacêuticos com as respetivas condições de conservação e identificação do doente e do serviço requisitante;

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

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

Anexo IX – Folha de Justificação de Utilização do Sugamadex – Bridion® 2ml

Trofa Saúde

Folha de justificação de utilização de SUGAMADEX - BRIDION®- 2 mL

Loc. Episódio: **Hpbm - Intern 1**
 Episódio: **Internamentos/107969** Data: 2017.02.23

Nome: [Redacted]

Idade: [Redacted]

Dr. Na: [Redacted]
 Idade: [Redacted]

Profissão: [Redacted]
 Especialidade: **Neurocirurgia**

Quantidade de ampolas utilizadas*:

1
 2
 Ou mais (____)

Justificação pela qual foi utilizado o Sugamedex (reversão do bloqueio neuromuscular induzido pelo rocurónio / vecurónio)*:

Dificuldade de intubar e ventilar;
 Patologia cardiovascular que limita o recurso de atropina / neostigmina;
 Patologia respiratória que limita o recurso de atropina / neostigmina;
 Obesidade mórbida;
 ~~Episódio respiratório crítico pós-operatório com suspeita de BNM residual.~~

Anestesiista	[Redacted]	Data	17/02/23
Farmacêutico	[Redacted]	Data	

Nota: Este impresso, depois de devidamente preenchido e assinado, deverá ser entregue nos Serviços Farmacêuticos.

*Assinalar com uma cruz



**RELATÓRIO
DE ESTÁGIO
2016-17**

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