U.PORTO

FACULDADE DE FARMÁCIA
UNIVERSIDADE DO PORTO

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

REALIZADO NO ÂMBITO DO MESTRADO INTEGRADO
EM CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS

Farmácia Costa Lima

Catarina Isabel Lopes Confraria

M

2017-18

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

Relatório de Estágio Profissionalizante

Farmácia Costa Lima

1 de setembro a 10 de novembro de 2017
2 de janeiro a 28 de fevereiro de 2018

Catarina Isabel Lopes Confraria

Orientador: Dr. Alberto Caetano

Tutor FFUP: Prof. Doutor Paulo Lobão

Julho de 2018

Declaração de Integridade

Declaro que o presente relatório é de minha autoria e não foi utilizado previamente noutro curso ou unidade curricular, desta ou de outra instituição. As referências a outros autores (afirmações, ideias, pensamentos) respeitam escrupulosamente as regras da atribuição, e encontram-se devidamente indicadas no texto e nas referências bibliográficas, de acordo com as normas de referenciação. Tenho consciência de que a prática de plágio e auto-plágio constitui um ilícito académico.

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

Catarina Isabel Lopes Confraria

Agradecimentos

Todo o meu percurso enquanto estudante do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas permitiu formar-me profissionalmente, na qualidade de futura farmacêutica, e contribuiu para um enorme crescimento pessoal, oferecendo-me as melhores amizades e vivências, que irei sempre recordar. Posto isto, não poderia deixar de agradecer àqueles que, direta ou indiretamente, contribuíram para o meu sucesso e finalização desta árdua etapa.

Relativamente à Comissão de Estágios da Faculdade de Farmácia da Universidade do Porto, gostaria de agradecer ao meu tutor, Professor Doutor Paulo Lobão, pela disponibilidade imediata, compreensão e orientação proferidas, no que ao desenvolvimento deste relatório diz respeito. Gostaria, ainda, de agradecer à Professora Doutora Susana Casal, por todo o apoio e incentivo demonstrados.

Agradeço a todo o corpo docente e não docente da Faculdade de Farmácia da Universidade do Porto, por me ter proporcionado uma excelente formação e preparação profissional. Ao Laboratório de Química Orgânica e Farmacêutica da mesma instituição, especialmente à Professora Doutora Marta Correia da Silva, por ter orientado o meu projeto de investigação que tanto fomentou o meu crescimento pessoal e profissional. E, como não poderia deixar de mencionar, agradeço à Universidade dos Açores, polo de Angra do Heroísmo, por me ter acolhido na fase inicial deste percurso e da qual reservo importantes ensinamentos e felizes memórias.

À Farmácia Costa Lima, agradeço a oportunidade de realizar o meu estágio profissionalizante em farmácia comunitária. Ao Dr. Alberto Caetano, diretor técnico e meu orientador de estágio, agradeço a confiança e o à-vontade depositados desde o primeiro dia; à Dr.ª Karina Félix, agradeço a integração, disponibilidade e sabedoria, que se mostraram imprescindíveis ao desenvolvimento das minhas competências; à Dr.ª Ana Vaz, agradeço o exemplo de profissionalismo, demonstrado através do carinho e cuidado para com todos os utentes; à Dr.ª Teresa Paulos, agradeço o espírito de entreajuda e simpatia diariamente presentes; à Karina Coutinho, agradeço a paciência, motivação e energia positiva; à Filipa Costa, minha improvável sósia, agradeço a boa disposição permanente; e à Rita Teixeira, agradeço a amabilidade com que sempre me tratou. A sinergia evidente entre toda a equipa e o constante exemplo dos mais nobres valores da profissão farmacêutica e sua contribuição para a comunidade tornaram o meu estágio curricular numa experiência formidável. A todos, o meu muito obrigada.

À minha família. Mãe, pai “adotado”, tios, primos e avós, sem os quais nada teria sido possível. Agradeço a todos a força que constantemente me transmitiram, os melhores conselhos para que nunca desistisse e o orgulho pelas conquistas. Obrigada por me ensinarem a lutar, mesmo quando tudo parecia desabar.

Aos amigos de verdade que a faculdade me deu e com os quais partilhei inúmeras aventuras e algumas desventuras, obrigada por se tornarem a minha segunda família. Ao Amadeu, pelo apoio, paciência, motivação e carinho constantes, agradeço do fundo do coração.

Resumo

O presente relatório relata as atividades desenvolvidas ao longo do estágio curricular em farmácia comunitária, realizado na Farmácia Costa Lima sob a orientação do Dr. Alberto Caetano. A conclusão do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas requer a realização do referido estágio, que se reveste de caráter imprescindível à formação académica do aluno e futuro farmacêutico. É desta forma que se torna possível transpor os conhecimentos adquiridos em sala de aula à realidade profissional, confrontando o aluno com o dinamismo real da profissão e tudo aquilo que representa ser farmacêutico comunitário. As competências sociais, éticas e organizacionais auferidas em contexto de estágio curricular permitem, assim, formar um profissional de saúde de excelência.

No que concerne ao relatório propriamente dito, descrevo, na primeira parte, a mecânica de funcionamento da farmácia comunitária e a minha experiência pessoal enquanto estagiária, relatando o meu envolvimento nas mais diversas atividades que daí advêm, tais como a gestão de medicamentos e produtos de saúde e o ato de dispensa e aconselhamento farmacêutico, além dos restantes serviços disponibilizados ao utente. A segunda parte destina-se à exposição dos trabalhos realizados e aplicados na farmácia, bem como ao desenvolvimento das temáticas a estes inerentes. O primeiro tema centra-se na necessidade de manutenção de uma saúde oral ótima, pelo que descrevo as doenças orais mais frequentes e apelo à promoção da adoção de medidas preventivas de doença oral, destacando os fatores de risco a esta associados. Nesse sentido, elaborei uma brochura onde sumarizo as informações que considero mais relevantes transmitir ao utente e apliquei um questionário com o intuito de avaliar os hábitos de saúde oral da população. O segundo tema, subordinado à contraceção, surge da necessidade de esclarecer os utentes acerca dos métodos disponíveis, uma vez que pude constatar falhas no conhecimento da temática em contexto de dispensa farmacêutica. Assim, elaborei um panfleto onde abordo os métodos contracetivos mais relevantes, que disponibilizei aos utentes que se mostraram interessados. Por último, e após constatar um desconhecimento quase total dos Medicamentos e Produtos de Uso Veterinário disponibilizados na farmácia, decidi elaborar um documento explicativo destes mesmos produtos, dando especial enfoque à temática dos antiparasitários. O referido documento foi, ainda, exposto oralmente à equipa numa pequena ação de formação que realizei internamente na farmácia, de modo a partilhar com todos o conhecimento que adquiri.

Índice

Lista de abreviaturas viii
Índice de figuras ix
Índice de tabelas x
Parte I – Atividades desenvolvidas no estágio 1
1. Introdução 1
2. Farmácia Costa Lima 1
2.1. Localização, direção técnica e horário de funcionamento 1
2.2. Infraestruturas 2
2.2.1. Espaço exterior 2
2.2.2. Espaço interior 2
2.2.3. Sistema informático 3
2.2.4. Fontes de informação 4
2.3. Recursos humanos 4
2.4. Perfil dos utentes 4
3. Gestão de Medicamentos e Produtos de Saúde 4
3.1. Fornecedores e realização de encomendas 4
3.2. Receção de encomendas 6
3.3. Armazenamento e conservação 7
3.4. Gestão de *stocks* 7
3.5. Controlo de prazos de validade e devolução de produtos 7
4. Dispensa de Medicamentos e Produtos de Saúde 8
4.1. Medicamentos Sujeitos a Receita Médica 9
4.1.1. Receita médica 9
4.1.2. Validação e aviamento da receita médica 11
4.1.3. Medicamentos Estupefacientes e Psicotrópicos 11
4.1.4. Regimes de comparticipação 12
4.1.5. Conferência de receituário e faturação 13
4.2. Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica 14
4.3. Outros produtos farmacêuticos 14
4.3.1. Medicamentos e Produtos de Uso Veterinário 14
4.3.2. Dispositivos Médicos 15
4.3.3. Suplementos alimentares e produtos de alimentação especial 15
4.3.4. Produtos Cosméticos e de Higiene Corporal 16
4.3.5. Outros 17
5. Outros serviços de saúde prestados na farmácia 17
5.1. VALORMED 17
6. *Marketing* farmacêutico 18
7. Formações complementares 18

Parte II – Temas desenvolvidos no estágio 19
1. Saúde oral 19
1.1. Contextualização do tema 19
1.2. Introdução ao tema 19
1.3. Doenças orais 20
1.3.1. Cárie dentária 20
a) Epidemiologia 20
b) Patofisiologia 20
c) Tratamento 21
1.3.2. Doença periodontal 21
a) Epidemiologia 21
b) Patofisiologia 22
c) Tratamento 22
1.3.3. Cancro oral 23
a) Epidemiologia 23
b) Patofisiologia 24
c) Tratamento 24
1.3.4. Outras doenças orais 25
1.4. Promoção da saúde oral 26
1.4.1. Medidas preventivas de doença oral 26
a) Escovagem dos dentes 26
b) Suplementação com flúor 27
c) Outros cuidados de saúde oral 27
1.4.2. Fatores de risco ao desenvolvimento de doença oral 28
1.4.3. Cuidados em populações especiais 29
1.4.4. Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral 30
1.5. Trabalhos desenvolvidos 31
1.6. Conclusão 31
2. Contraceção 31
2.1. Contextualização do tema 31
2.2. Métodos contracetivos hormonais 32
2.2.1. Estroprogestativos 32
a) Estroprogestativos orais 32
b) Outros estroprogestativos 33
2.2.2. Progestativos 34
a) Progestativos orais 34
b) Outros progestativos 34
2.3. Métodos contracetivos não hormonais 35
2.3.1. Dispositivo Intrauterino 35
2.3.2. Métodos barreira 36

a) Preservativos 36
b) Diafragma 36
2.3.3. Espermicidas 37
2.4. Métodos cirúrgicos definitivos 37
2.5. Métodos naturais de abstinência periódica 38
2.6. Contraceção de Emergência 38
2.7. Trabalho desenvolvido 39
2.8. Conclusão 39
3. Medicamentos e Produtos de Uso Veterinário 39
3.1. Contextualização do tema 39
3.2. Introdução ao tema 40
3.3. Parasitas 40
3.3.1. Endoparasitas 40
a) Medicamentos veterinários e parasitoses internas 41
3.3.1. Ectoparasitas 42
a) Medicamentos veterinários e parasitoses externas 42
3.4. Trabalho desenvolvido 44
3.5. Conclusão 45
Considerações finais 45
Referências bibliográficas 46
Anexos 55
Anexo I – Espaço físico da Farmácia Costa Lima 55
Anexo II – Conteúdos criados no âmbito de *marketing* farmacêutico 57
Anexo III – Brochura “Saúde Oral” 61
Anexo IV – Questionário “Saúde Oral” 65
Anexo V – Resultados obtidos ao questionário “Saúde Oral” 66
Anexo VI – Folheto “Métodos Contracetivos e ainda: Contraceção de Emergência” 71
Anexo VII – Infeções parasitárias zoonóticas transmitidas por animais de companhia 73
Anexo VIII – Apresentação PowerPoint “Medicamentos e Produtos de Uso Veterinário” 76

Lista de abreviaturas

CE	Contraceção de Emergência
COC	Contracetivo Oral Combinado
COE	Contraceção Oral de Emergência
COP	Contracetivo Oral com Progestagénio
DCI	Denominação Comum Internacional
DIU	Dispositivo Intrauterino
DM	Dispositivo Médico
FCL	Farmácia Costa Lima
INFARMED	Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I.P.
IST	Infeções Sexualmente Transmissíveis
MEP	Medicamento Estupefaciente e Psicotrópico
MG	Medicamento Genérico
MNSRM	Medicamento Não Sujeito a Receita Médica
MPS	Medicamentos e Produtos de Saúde
MPUV	Medicamentos e Produtos de Uso Veterinário
MSRM	Medicamento Sujeito a Receita Médica
MV	Medicamento Veterinário
PCHC	Produtos Cosméticos e de Higiene Corporal
PIC	Preço Impresso na Cartonagem
PV	Prazo de Validade
PVP	Preço de Venda ao Público
RSP	Receita Sem Papel
SI	Sistema Informático
SIU	Sistema Intrauterino
SNS	Serviço Nacional de Saúde

Índice de figuras

Figuras 1 e 2 [Anexo I]. Espaço exterior da FCL. 55
Figuras 3 e 4 [Anexo I]. Espaço interior da FCL. Zona de atendimento ao público: Postos nº 1 e nº 2. 55
Figura 5 [Anexo I]. Espaço interior da FCL. Zona de atendimento ao público: Posto n.º 3. 56
Figura 6 [Anexo I]. Espaço interior da FCL. Zona de armazenamento: Gavetas dispensatórias. 56
Figuras 7 e 8 [Anexo I]. Espaço interior da FCL. Zona de armazenamento: Estantes. 56
Figura 9. Placa bacteriana patogénica [retirado de *FDI World Dental Federation*[40]]; 21
Figura 10. Cárie dentária: Lesão moderada, com formação de cavidade na superfície do esmalte [retirado de *Ordem dos Médicos Dentistas*[43]]; 21
Figura 11. Cárie dentária: Lesão extensa, com cavidade bem visível [retirado de *Ordem dos Médicos Dentistas*[43]]; 21
Figura 12. Restauração em amálgama de prata [retirado de *Ordem dos Médicos Dentistas*[43]]; 21
Figura 13. Restauração estética com resinas compostas [retirado de *Ordem dos Médicos Dentistas*[43]]; 21
Figura 14. Representação esquemática da aplicação de prótese fixa [retirado de *Clifaro – Clínica de Medicina Dentária*[44]]. 21
Figura 15. Gengivite: Inflamação da gengiva, com vermelhidão característica desta patologia [retirado de *Ordem dos Médicos Dentistas*[45]]; 23
Figura 16. Periodontite: Formação de *pocket* periodontal, acompanhado de destruição dos tecidos de suporte do dente (gengiva e osso alveolar) [adaptado de *Kinane et al.*[47]]; 23
Figura 17. Periodontite: Visível mobilidade dentária, além das alterações características descritas na Figura 16 [retirado de *Ordem dos Médicos Dentistas*[45]]; 23
Figura 18. Periodontite: Estado muito avançado sem tratamento possível, que resultou em perda dentária total; o paciente recebeu, posteriormente, uma prótese dentária [retirado de *Kinane et al.*[47]]. . 23
Figura 19. Leucoplasia: Localizada no bordo da língua [retirado de *Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral*[48]]; 25
Figura 20. Eritroplasia: Localizada no palato mole [retirado de *Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral*[48]]; 25
Figura 21. Cancro oral: Carcinoma localizado no bordo da língua [retirado de *Ordem dos Médicos Dentistas*[49]]; 25
Figura 22. Cancro oral: Carcinoma do vermelhão do lábio [retirado de *Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral*[48]]. 25
Figura 23. Representação esquemática da técnica de escovagem dos dentes [adaptado de *Mouth Healthy™ by ADA - American Dental Association®* [56]]. 27

Índice de tabelas

Tabela 1. Cronograma das atividades desenvolvidas no estágio. 1
Tabela 2. Formações frequentadas durante o estágio. 18
Tabela 3 [Anexo VII]. Endoparasitas: Protozoários. 73
Tabela 4 [Anexo VII]. Endoparasitas: Helmintas. 73
Tabela 5. Medicamentos veterinários utilizados em parasitoses internas. 41
Tabela 6. Medicamentos veterinários utilizados em parasitoses externas. 42

Parte I – Atividades desenvolvidas no estágio

1. Introdução

O estágio curricular em farmácia comunitária é crucial para a formação do farmacêutico, representando o momento que torna possível a aplicação prática de todos os conhecimentos técnicos e científicos adquiridos ao longo de cinco anos de estudos. O contacto com a realidade profissional do farmacêutico comunitário permite cimentar tais conhecimentos e adquirir outros novos, com a finalidade primordial de melhor servir o utente.

O meu estágio teve lugar na Farmácia Costa Lima (FCL), na cidade do Porto, e decorreu em dois períodos de dois meses cada: de 1 de setembro a 10 de novembro de 2017 e de 2 de janeiro a 28 de fevereiro de 2018. Cumpri um horário de 7 horas diárias, perfazendo um total de 35 horas semanais. O horário inicialmente praticado foi das 10:00h às 18:00h, tendo, mais tarde, transitado para um horário das 9:00h às 17:00h, sempre com uma hora livre para almoço. A título pontual, foram feitos alguns ajustes de horário, de modo a poder assistir a alguns procedimentos, como é exemplo o fecho do mês.

O presente relatório relata as principais atividades desenvolvidas – parte I – e os trabalhos colocados em prática no decurso dos quatro meses de estágio – parte II (**Tabela 1**).

Tabela 1. Cronograma das atividades desenvolvidas no estágio.

Atividades	Set	Out/Nov	Jan	Fev
Receção e conferência de encomendas	■	■	■	■
Armazenamento e gestão de *stocks*	■	■	■	■
Organização de receituário e faturação	■	■	■	■
Acompanhamento de atendimento ao público	■			
Atendimento ao público de forma autónoma		■	■	■
Realização de encomendas instantâneas		■	■	■
Realização de encomendas telefónicas		■	■	■
Determinação de parâmetros físicos e bioquímicos	■	■	■	■
Formações	■	■	■	■
Projeto “Saúde oral”		■		
Projeto “Contraceção”			■	
Projeto “Medicamentos e Produtos de Uso Veterinário”				■

Set – Setembro; Out/Nov – Outubro/Novembro; Jan – Janeiro; Fev – Fevereiro.

2. Farmácia Costa Lima

2.1. Localização, direção técnica e horário de funcionamento

A FCL está localizada na cidade do Porto, freguesia de Massarelos, mais concretamente na Avenida da Boavista. Com mais de cem anos de existência, e preservando o seu nome original, a FCL está, atualmente, sob a direção técnica do Dr. Alberto Caetano.

O horário de funcionamento da FCL varia com o horário de inverno/verão. No horário de inverno, a FCL funciona das 8:30h às 20:30h nos dias úteis e das 8:30h às 19:00h aos sábados; no horário de verão, o horário de trabalho é prolongado uma hora, passando a FCL a encerrar às 21:30h em dias úteis e às 20:00h aos sábados. A FCL encontra-se encerrada aos domingos e feriados. Conforme a

escala, realiza turnos de serviço permanente periódicos, mantendo-se em funcionamento, ininterruptamente, desde a hora de abertura até à hora de encerramento do dia seguinte.[1,2]

2.2. Infraestruturas

As instalações físicas da FCL (**Anexo I**) cumprem o disposto na "Norma Geral sobre as Infraestruturas e Equipamentos", parte integrante do Manual de Boas Práticas de Farmácia Comunitária, aprovado em 2015 pelo Conselho Nacional da Qualidade.[3]

2.2.1. Espaço exterior

A FCL tem um aspeto exterior profissional e é facilmente identificável, apresentando a característica cruz verde e a designação "FARMÁCIA COSTA LIMA" ao longo da fachada. No vidro lateral, estão visivelmente colocados o nome do diretor técnico e informações relativas ao horário de funcionamento e escalas de turno das farmácias do município em regime de serviço permanente/disponibilidade, com respetiva localização. Além disso, a FCL está instalada ao nível da rua e equipada com porta automática, garantindo a acessibilidade de todos os utentes, incluindo crianças, idosos e portadores de deficiência. Ainda no espaço exterior e ocupando grande parte da fachada, está instalada uma vitrine de vidro que permite a disposição de informação ao utente através da elaboração de montras profissionais, quer pela aplicação de vinis autocolantes fornecidos pelos laboratórios, quer pela decoração e exposição de produtos a cargo da farmácia. A FCL dispõe de postigo de atendimento.

2.2.2. Espaço interior

Todas as zonas que constituem a FCL estão centralizadas num único piso térreo.

A **zona de atendimento ao público** é o local onde se realiza a dispensa farmacêutica. É constituída por três postos de atendimento devidamente munidos de todo o material e equipamento necessários, nomeadamente computadores, leitores óticos de códigos de barras, impressoras, caixas e terminais multibanco. Atrás dos dois principais balcões de atendimento e em duas paredes laterais, estão expositores inacessíveis ao utente, organizados por tema/indicação. Aí, estão expostos Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica (MNSRM) de dispensa frequente, produtos sazonais e suplementos alimentares, e ainda produtos de puericultura, termómetros, testes de gravidez, entre outros.

A **zona de espera** tem as suas paredes revestidas de expositores, onde está localizada a esmagadora maioria dos Produtos Cosméticos e de Higiene Corporal (PCHC), organizados por marca. Outros expositores móveis e/ou temporários estão também colocados em pontos estratégicos desta zona, de modo a permitir uma maior percetibilidade por parte do utente. São exemplos um expositor contendo produtos em desconto e um outro contendo produtos rebatíveis através de pontos acumulados no Cartão Saúda (*Farmácias Portuguesas*). Neste espaço, está ainda instalado um aparelho com tensiómetro automático e balança integrada.

O **gabinete de atendimento personalizado** está destinado ao diálogo privado e confidencial com o utente, bem como à prestação de outros serviços farmacêuticos, como sejam a determinação de parâmetros bioquímicos, administração de injetáveis – incluindo vacinas não constantes do Programa Nacional de Vacinação (PNV) – ou a realização de pequenos curativos.

A **zona de receção de encomendas** encontra-se fundida com o **local de armazenamento**. Nesta zona, está instalado um posto de trabalho destinado à receção e conferência de encomendas,

equipado com um computador, leitor ótico de códigos de barras e impressoras, e onde se guardam dossiês para arquivo de documentação. O armazenamento de medicamentos e restantes produtos está repartido por várias estantes e por um sistema de gavetas dispensatórias, devidamente identificados. Nas estantes, estão armazenados, organizados por secções e alfabeticamente, os colírios, soluções orais, soluções cutâneas, PCHC de baixa rotatividade e Medicamentos Genéricos (MG). Já nas gavetas dispensatórias, e segundo o mesmo princípio, estão armazenados os produtos Betadine® (*MEDA Pharma*), colutórios de baixa rotatividade, xaropes, ampolas, pós, pomadas, produtos vaginais, supositórios, pílulas, produtos de protocolo da diabetes, medicamentos de uso humano de marca, medicamentos de sistema respiratório, Medicamentos e Produtos de Uso Veterinário (MPUV) e excedentes principais da zona de atendimento.

O **armazém** localiza-se após a zona de receção de encomendas e armazenamento, e alberga os medicamentos de frio – armazenados alfabeticamente num frigorífico com temperatura controlada –, os excedentes de produtos adquiridos em grande quantidade, alguns produtos sazonais e produtos volumosos, como malas de maternidade.

Ainda que não se preparem medicamentos manipulados, a FCL dispõe de **laboratório,** tal como disposto na legislação vigente.[4-7]

O **escritório da direção técnica** é onde se realizam reuniões e se tratam questões burocráticas. Os Medicamentos Estupefacientes e Psicotrópicos (MEP) estão aí armazenados em cofre fechado.

As **instalações sanitárias** destinam-se a utilização interna.

2.2.3. Sistema informático

Atualmente, as atividades inerentes ao funcionamento diário de uma farmácia requerem a utilização de *softwares* especializados. Os computadores existentes na FCL estão equipados com o Sistema Informático (SI) Sifarma 2000® (*Glintt*), que possibilita fazer uma gestão farmacêutica equilibrada e controlar eficazmente todo o circuito do medicamento. Das funcionalidades deste *software*, destaco:

i. **Encomendas:** Permite encomendar produtos diretamente ao fornecedor e rececionar encomendas;

ii. **Gestão de *stocks*:** Pode consultar-se o histórico de compras e vendas e definir-se um *stock* mínimo e máximo para cada produto na ficha de produto respetiva, assim como controlar-se o Prazo de Validade (PV);

iii. **Dispensa farmacêutica:** Esta atividade, centrada no adequado aconselhamento ao utente, é auxiliada pelas fichas de produto, que agregam informação técnica e científica relevantes acerca do dito produto. A possibilidade de criar fichas de utente permite, ainda, a consulta do histórico de compras e o acompanhamento da terapêutica para aquele utente, além de que se reflete numa mais valia no que concerne à gestão farmacêutica;

iv. **Gestão financeira e contabilística:** Permite organizar as receitas em lotes e proceder à faturação.

Tive, desde cedo, a oportunidade de manusear o SI, pelo que considero que apreendi a generalidade das funcionalidades de que dispõe. Além disso, o facto de ter frequentado uma formação Sifarma 2000® (*Glintt*) no ano letivo anterior facilitou bastante a minha aprendizagem, uma vez que já estava um pouco familiarizada com o mesmo.

2.2.4. Fontes de informação

A FCL dispõe da Farmacopeia Portuguesa para consulta – tal como imposto pelo Decreto-Lei n.º 307/2007, de 31 de agosto –, assim como do Prontuário Terapêutico, ambos em formato papel. Através da *internet*, é também possível aceder a diversas plataformas, desde que reconhecidas pela Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I.P. (INFARMED), sendo exemplos o Infomed e o Prontuário Terapêutico *on-line*. Em adição, é possível consultar rapidamente informação científica fidedigna disponibilizada pelo SI utilizado no momento da dispensa farmacêutica.[4]

2.3. Recursos humanos

A equipa da FCL é constituída por quatro farmacêuticos – Dr. Alberto Caetano, diretor técnico, Dr.ª Karina Félix, Dr.ª Ana Vaz e Dr.ª Teresa Paulos – e duas técnicas de farmácia – Karina Coutinho e Filipa Costa –, cumprindo o disposto no artigo 23.º do Decreto-Lei n.º 307/2007, de 31 de agosto, que afirma que as farmácias devem dispor, pelo menos, de um diretor técnico e de outro farmacêutico, sendo que os farmacêuticos devem constituir a maioria dos trabalhadores da farmácia.[4] O facto de se tratar de uma equipa jovem, dinâmica e empreendedora torna a FCL uma farmácia de eleição.

2.4. Perfil dos utentes

A vasta maioria dos utentes da FCL é comerciante ou trabalhador de empresas e instituições públicas ou privadas localizadas nas imediações da farmácia, como sejam a Energias de Portugal, diversos bancos, a Repartição de Finanças ou a Segurança Social. Mais ainda, verifica-se uma grande afluência de idosos residentes na área e de turistas, especialmente de outras nacionalidades.

3. Gestão de Medicamentos e Produtos de Saúde

A gestão de Medicamentos e Produtos de Saúde (MPS) trata-se de uma componente que assume elevada relevância no dia-a-dia de uma farmácia – pois mais do que prestador de cuidados de saúde, o farmacêutico é gestor, aliando a vertente de saúde pública à vertente comercial, indiscutivelmente inerente a qualquer negócio. Uma gestão consciente que permita responder às necessidades dos utentes e que se traduza numa maior rentabilidade e num menor desperdício para a farmácia é essencial ao seu bom funcionamento. No decurso do meu estágio, tive a oportunidade de colaborar nas mais diversas tarefas que contribuem para a gestão dos MPS existentes na FCL, as quais descrevo de seguida. A princípio, aprendi a rececionar encomendas, a calcular preços e a armazenar os produtos rececionados, o que me auxiliou bastante quando iniciei o atendimento ao público. As restantes tarefas foram por mim executadas conforme me foram sendo explanadas.

3.1. Fornecedores e realização de encomendas

Uma análise cuidada da oferta deve sempre preceder a aquisição de produto, de modo a conseguir-se o melhor benefício pelo menor custo possível. Na FCL, os MPS são adquiridos diretamente ao laboratório ou recorrendo a distribuidores grossistas.

A FCL trabalha diretamente com diversos laboratórios, reunindo periodicamente com os respetivos delegados comerciais de modo a planear as encomendas, que serão entregues em um ou mais momentos de determinado período. Geralmente, os laboratórios exigem quantidades mínimas de produtos a encomendar, com a contrapartida de oferecerem preços mais apelativos através da aplicação

de descontos ou bonificações – que resultam numa maior margem de lucro para a farmácia –, e maior facilidade no pagamento. Assim, a FCL reserva este tipo de fornecedor para grandes encomendas, nomeadamente de produtos de venda livre, como PCHC, MNSRM ou Dispositivos Médicos (DM), e de alguns Medicamentos Sujeitos a Receita Médica (MSRM) com elevado número de saídas. *L'Óreal Cosmética Activa*, grupo *NAOS*, *Pierre Fabre*, *Reckitt Benckiser*, *GlaxoSmithKline* e *Mylan* são alguns exemplos de laboratórios com os quais a FCL frequentemente trabalha.

Por outro lado, os distribuidores grossistas oferecem um serviço mais vantajoso quando se pretende repor *stocks* de produtos dispensados no dia anterior ou quando o utente pretende algo que não existe em *stock*, dado o número de entregas diárias e a vasta gama de produtos disponível. Supletivamente, um fornecedor é elegido em detrimento de outro com base em diversos fatores, como sejam o preço praticado, a disponibilidade de *stock* ou a qualidade dos serviços. Um fator que importa ainda considerar é o facto da FCL pertencer a um grupo de compras, conseguindo, para determinados produtos, condições comerciais bastante apelativas. A FCL trabalha, maioritariamente, com a *Alliance Healthcare*™, a quem encomenda o grosso dos MSRM, e com o grupo *Cooprofar*, a quem encomenda alguns produtos de venda livre. Para ambos, estão definidos horários de entrega, com três entregas diárias pela *Alliance Healthcare*™ e duas entregas diárias pelo grupo *Cooprofar*. Excecionalmente, e de modo a colmatar falhas não supridas pelos armazenistas anteriormente mencionados, a FCL recorre à *OCP Portugal*, evitando, assim, ruturas de *stock*. Os MPS podem ser encomendados aos distribuidores grossistas pelos seguintes métodos:

i. **Encomenda diária:** O SI gera uma listagem automática, por fornecedor, que reúne todos os produtos que atingiram o *stock* mínimo definido na ficha de produto (ponto *2.2.3.ii.*) e que, por esse motivo, necessitam ser repostos. Esta listagem é posteriormente analisada por um colaborador, podendo sofrer alterações no que diz respeito ao número de unidades de produto e referências a encomendar e, inclusivamente, ao fornecedor pretendido. Finalmente, a nota de encomenda é satisfeita e enviada ao armazenista. A FCL efetua duas encomendas diárias: a primeira ao fim da manhã, para ser entregue ao fim da tarde, e a segunda ao fim do dia, para ser entregue na manhã seguinte. Durante o estágio, acompanhei diversas vezes a realização de encomendas diárias, tendo-me sido detalhadamente explicada a política adotada aquando da análise e alteração da proposta de encomenda. Tive, ainda, a oportunidade de realizar uma encomenda diária com o auxílio de uma farmacêutica.

ii. **Encomenda instantânea:** Usualmente realizada em contexto de dispensa farmacêutica. Estas encomendas podem ser efetuadas através da plataforma *Business to Business* (B2B), integrada no SI, ou acedendo à página da *internet* do fornecedor pretendido, sendo possível consultar, no momento, a disponibilidade do produto e o prazo previsto para entrega. Alguns medicamentos estão, ainda, disponíveis através do Projeto "Via Verde do Medicamento", que consiste numa via excecional de aquisição de medicamentos sem *stock* na farmácia, apenas válida mediante receita médica.[8] Em contexto de dispensa farmacêutica, realizei inúmeras encomendas instantâneas, incluindo uma encomenda de Lovenox® (*Sanofi*) através do Projeto "Via Verde do Medicamento".

iii. **Encomenda manual:** Criada manualmente no SI aquando da receção de encomendas realizadas por telefone, geralmente destinadas a produtos esgotados, rateados, ou que requeiram um fornecedor alternativo. É também necessária a criação de uma encomenda manual aquando da receção de produtos encomendados diretamente ao laboratório. Além de realizar diversas encomendas telefónicas, tive, ainda, a oportunidade de criar encomendas manuais no SI.

3.2. Receção de encomendas

A encomenda é entregue na FCL juntamente com a fatura e respetivo duplicado. Na eventualidade dos produtos ainda não terem sido faturados, o documento que acompanha a encomenda é uma guia de remessa. Uma encomenda proveniente de um distribuidor grossista tem os seus produtos acondicionados em contentores específicos; no que aos produtos de frio diz respeito, estes são enviados em contentores térmicos, devendo ser imediatamente conferidos e armazenados.

Antes de se proceder à receção informática da encomenda, deve confirmar-se o número de volumes entregues e as informações constantes do documento enviado com a encomenda, tais como a identificação do fornecedor, a farmácia endereçada, a lista de produtos faturados e a lista de produtos em falta, com a respetiva justificação. No que diz respeito à aquisição direta a laboratórios, o referido documento é ainda confrontado com a nota de encomenda e com as unidades efetivamente recebidas.

A fim de se iniciar a receção da encomenda, é importante ter em conta que as encomendas provenientes de laboratórios ou realizadas telefonicamente implicam a criação de uma encomenda manual no SI. Inicia-se, então, a leitura ótica do código de barras ou a introdução manual do Código Nacional de Produto (CNP) de cada produto, verificando-se sempre a integridade da embalagem, o PV e o Preço de Venda ao Público (PVP) em unidades com Preço Impresso na Cartonagem (PIC). Caso o PV do produto recebido seja inferior ao registado no SI para a mesma referência, deve proceder-se à sua correção; já os produtos recebidos com PIC distinto do PVP registado informaticamente devem sofrer atualização apenas se o *stock* existente na farmácia for igual a zero. Caso haja *stock* de produtos com PIC antigo, aqueles recebidos com novo PIC são devidamente identificados, para que o respetivo PVP seja atualizado informaticamente quando se esgotarem as unidades com PIC antigo.

Quando todos os produtos tiverem sido registados, deve confrontar-se o número de unidades rececionadas com o número de unidades faturadas e introduzir-se o Preço de Venda à Farmácia (PVF) para cada produto no SI. Caso os produtos provenham do grupo de compras, são aplicadas *fees* que também devem ser introduzidas, de modo a confirmar o valor total da encomenda. Seguidamente, procede-se ao cálculo do preço dos produtos de venda livre. O procedimento adotado na FCL atende a três parâmetros: o PVF, o Imposto sobre o Valor Acrescentado (IVA) e a Margem de Comercialização (MC), sendo este último previamente estabelecido e padronizado. O valor resultante deve ser analisado tendo em conta a competitividade do mercado e ajustado, se necessário, garantindo uma MC não inferior ao valor mínimo pré-estipulado. O PVP final deve apresentar-se num valor arredondado.

Aquando da finalização da receção da encomenda, o SI permite a transferência dos produtos em falta para outro fornecedor, se assim se desejar, e o envio da informação de falhas ao INFARMED, terminando com a atualização do *stock* de todas as referências rececionadas. O operador de todo este processo rubrica e data o duplicado da fatura para arquivação na farmácia, enquanto que o original é guardado separadamente para ser, posteriormente, enviado à contabilidade.

Caso se verifique a falta de produtos faturados, o operador contacta a entidade fornecedora e procede à reclamação. Na sequência do contacto, é regularizado o incumprimento, seja pelo envio dos produtos em falta ou pela emissão de uma nota de crédito no valor dos produtos em falta.

À semelhança do armazenamento dos MPS, a receção de encomendas foi uma das primeiras tarefas por mim executadas e que se manteve até ao final do estágio. Além de se revelar imprescindível à familiarização com todos os produtos existentes na FCL, permitiu-me, a longo prazo, perceber a rotatividade dos mesmos.

3.3. Armazenamento e conservação

O armazenamento dos MPS constitui a tarefa que se segue à receção de encomendas, sendo realizada de acordo com o enunciado no ponto *2.2.2.* e segundo as metodologias *First Expires, First Out* (FEFO) e *First In, First Out* (FIFO). A primeira, FEFO, refere-se aos produtos com PV marcado, sendo colocados à frente ou em cima aqueles cujo PV é mais curto, para que sejam dispensados em primeiro lugar. A segunda, FIFO, que se refere aos produtos sem PV marcado, determina que os produtos já existentes em *stock* devem permanecer à frente ou em cima, para que também eles sejam dispensados em primeiro lugar. O criterioso cumprimento destas metodologias previne a caducidade do PV dos MPS, contribuindo para uma gestão mais correta dos produtos existentes na farmácia.

De modo a assegurar as adequadas condições de conservação dos medicamentos, a FCL dispõe de equipamento de medição e registo de temperatura e humidade, o que permite uma monitorização mensal destes parâmetros, como assim exige a legislação vigente. Os medicamentos de frio devem permanecer a uma temperatura entre os 2ºC e os 8ºC, enquanto que a restante zona de armazenamento deve permanecer entre os 15ºC e os 25ºC. A humidade relativa deve manter-se nos 60%.[3]

O armazenamento de MPS foi por mim iniciado desde o primeiro dia de estágio, permitindo-me ter um primeiro contacto com estes produtos e perceber os locais onde se armazenam. Esta tarefa permitiu, a longo prazo, um melhor aproveitamento e agilização do processo de dispensa farmacêutica.

3.4. Gestão de *stocks*

Indo de encontro ao mencionado no ponto *3.*, a gestão de *stocks* de MPS é, de facto, fundamental ao bom funcionamento da farmácia. Esta é uma tarefa tão relevante quão desafiante: há que saber manter um equilíbrio que permita suprir as necessidades dos utentes sem nunca ocorrer rutura de *stock* ou acumulação de produtos na farmácia que não vão ser escoados. Em adição, torna-se indispensável antecipar situações de sazonalidade e saber responder em caso de indisponibilidade temporária de determinado produto, por forma a que o utente fidelizado não precise recorrer a outra farmácia. Todo este processo é auxiliado pelo SI, como referido no ponto *2.2.3.*, sendo possível monitorizar o *stock* propriamente dito e o PV, assim como consultar históricos de compras e vendas para qualquer período que se pretenda analisar – ferramenta esta muito útil para detetar fenómenos de sazonalidade.

Após algum tempo de estágio, constatei que o método informatizado utilizado no registo de produtos solicitados pelo utente e que se encontravam em falta na FCL não era o mais conveniente, pelo que decidi, após sugestão da equipa, reimplementar um método que já teria existido na FCL. Para o efeito, elaborei uma tabela com vista a ser impressa em papel e onde seria manualmente registado o CNP e a denominação do produto, a quantidade em falta, se o utente solicitou a sua encomenda e o motivo da falha. Esta lista é, então, periodicamente analisada pelo colaborador por ela responsável, permitindo uma monitorização mais adequada da frequência com que o dito produto é solicitado, especialmente no que diz respeito a produtos não contemplados no inventário da FCL. A referida análise culmina na decisão de alterar, ou não, os *stocks* mínimos e máximos estabelecidos para os produtos existentes ou de incluir, ou não, novos produtos no inventário da FCL.

3.5. Controlo de prazos de validade e devolução de produtos

O controlo dos PV reveste-se de extrema importância, uma vez que permite garantir a qualidade, segurança e eficácia dos MPS dispensados. Este é um procedimento realizado aquando da receção

de encomendas, como descrito no ponto *3.2.*, e manualmente, procedendo-se, para o efeito, à emissão mensal de uma listagem de produtos em *stock* cujo PV expira em seis meses, gerada através do SI. Os produtos constantes da referida listagem são objeto de verificação, sendo que os PV não concordantes são devidamente atualizados. Aqueles produtos cujo PV caduca proximamente mas que podem, ainda, ser escoados, são devidamente assinalados e armazenados em local próprio, de modo a que não passem despercebidos no momento da dispensa farmacêutica. Por outro lado, aqueles cujo PV é demasiado curto são recolhidos, para que sejam devolvidos ao respetivo fornecedor.

Além da situação acima retratada, outros motivos podem levar à devolução de um produto, sendo os mais habituais aqueles relacionados com erros na encomenda, seja por parte da farmácia ou por parte do fornecedor – destaco o erro no pedido de determinado produto, a ausência de pedido de produto recebido, a receção de embalagens danificadas e com PV reduzidos ou expirados, e a desistência da compra daquele produto por parte do utente que requereu a sua encomenda. A emissão de circulares de suspensão de comercialização pelo INFARMED e a emissão de circulares de recolha voluntária pelo detentor de Autorização de Introdução no Mercado (AIM) tratam-se de motivos formais para a devolução de produtos.

O processo de devolução é realizado através do SI, terminando na emissão de uma nota de devolução em triplicado que deve ser carimbada e rubricada pelo operador, e que contém todos os dados referentes àquele produto, sua aquisição e motivo de devolução. Os documentos original e duplicado acompanham o produto a devolver, enquanto que o triplicado permanece na posse da farmácia, devendo ser rubricado e datado pelo estafeta que faz a recolha do produto. Posto isto, o fornecedor poderá aceitar ou recusar a devolução – independentemente da resposta obtida, a situação deve ser regularizada informaticamente. Uma devolução aceite pelo fornecedor pode traduzir-se em duas situações: a emissão de uma nota de crédito no valor do produto devolvido ou a troca direta por outro produto. Caso a devolução seja recusada, o produto é reenviado para a farmácia e dado como quebra.

Os procedimentos que envolvem tanto o controlo de PV como a gestão de devoluções foram por mim realizados no decurso do meu estágio.

4. Dispensa de Medicamentos e Produtos de Saúde

A farmácia comunitária é muito mais do que um local onde se vendem medicamentos: é um espaço onde são prestados cuidados de saúde diferenciados, com o objetivo último de melhor servir a comunidade no que diz respeito à promoção da saúde e à prevenção da doença. É responsabilidade do farmacêutico promover a utilização segura, eficaz e racional do medicamento, disponibilizando ao utente toda a informação para tal necessária. A sua intervenção é, por isso, fulcral, dado que a elevada acessibilidade à população faz da farmácia comunitária um local de contacto primordial com o Sistema de Saúde. Foi-me proporcionado, desde cedo, o contacto com o utente. Iniciei, na terceira semana de estágio, o atendimento ao público sem acompanhamento, após ter observado diversos atendimentos de todos os colaboradores da FCL e de me terem sido explicados todos os procedimentos inerentes. A disponibilidade e auxílio permanentes de toda a equipa foram essenciais à aquisição de autoconfiança e autonomia no ato de dispensa farmacêutica.

O Estatuto do Medicamento classifica os medicamentos dispensados em farmácia como MSRM e MNSRM, dependendo da necessidade, ou não, de prescrição médica aquando da sua aquisi-

ção. Tal como previsto no Decreto-Lei n.º 307/2007, de 31 de agosto, as farmácias podem, ainda, dispor de MPUV, DM, suplementos alimentares e produtos de alimentação especial, e PCHC, entre outros com menor expressão na FCL.[4,9]

4.1. Medicamentos Sujeitos a Receita Médica

Os MSRM são aqueles para os quais é impreterível apresentar receita médica válida, prescrita por um profissional de saúde devidamente habilitado para o efeito; caso contrário, a dispensa farmacêutica não pode ser realizada. Estes medicamentos são assim regulamentados por poderem comprometer a saúde dos utentes, quando utilizados incorretamente. Por esse motivo, o Estatuto do Medicamento impõe que estejam sujeitos a receita médica os medicamentos que cumpram pelo menos uma das seguintes condições:[9]

- "Possam constituir um risco para a saúde do doente, direta ou indiretamente, mesmo quando usados para o fim a que se destinam, caso sejam utilizados sem vigilância médica;"[9]
- "Possam constituir um risco, direto ou indireto, para a saúde, quando sejam utilizados com frequência em quantidades consideráveis para fins diferentes daquele a que se destinam;"[9]
- "Contenham substâncias, ou preparações à base dessas substâncias, cuja atividade ou reações adversas seja indispensável aprofundar;"[9]
- "Destinem-se a ser administrados por via parentérica."[9]

Foi-me solicitada, diariamente, a dispensa de inúmeros MSRM sem apresentação de receita médica. Perante estas situações, tive sempre o cuidado de relembrar ao utente a obrigatoriedade da apresentação da mesma e explicar os motivos por que esta é necessária. Em adição, e quando possível, tentei sugerir alternativas de MNSRM que pudessem surtir um efeito semelhante; em outros casos, remeti para o médico, que poderia prescrever os ditos medicamentos se assim o entendesse. Um exemplo recorrente é a solicitação de Voltaren® (*GlaxoSmithKline*) em comprimidos numa dosagem superior à de 25 mg, sendo que esta é a única apresentação não sujeita a receita médica. Na maioria dos casos, não consegui redirecionar o utente para Voltaren® 25 (*GlaxoSmithKline*), por este afirmar estar habituado a uma dosagem superior. Perante esta situação, e reconhecendo os riscos da utilização prolongada do referido medicamento, remetia o utente para o médico e não dispensava o medicamento solicitado.

4.1.1. Receita médica

Estão atualmente em vigor três modelos distintos de receita médica: a receita eletrónica desmaterializada (ou Receita Sem Papel, RSP), a receita eletrónica materializada (em papel) e a receita manual. Todavia, a legislação vigente visa eliminar progressivamente o suporte de papel da receita, assim como promover a prescrição por Denominação Comum Internacional (DCI) e através de sistemas eletrónicos, sendo já obrigatória a prescrição exclusiva através de receita eletrónica desmaterializada em todo o Serviço Nacional de Saúde (SNS).[10,11]

A **receita eletrónica desmaterializada (RSP)** é acessível e interpretável por equipamentos eletrónicos, sendo disponibilizada ao utente via mensagem de texto (enviada para o seu número de telemóvel), ou via *e-mail*, contendo o código matriz da receita, o código de acesso e dispensa e o código do direito de opção. Este modelo de receita não tem limite máximo de linhas de prescrição, podendo ser aviada gradualmente, conforme a necessidade do utente. Contudo, permite apenas um limite máxi-

mo de duas embalagens por linha de prescrição, se se tratar de um tratamento de curta duração, ou seis, se se tratar de um tratamento prolongado – sendo que, no primeiro caso, a linha de prescrição tem a validade de trinta dias, enquanto que no segundo tem a validade de seis meses.[10]

A **receita eletrónica materializada** é um modelo de receita que já vem sendo progressivamente abandonado. A prescrição é impressa em papel, sendo constituída por duas partes destacáveis: a receita propriamente dita e uma guia de tratamento, que o utente pode preservar para consultar a posologia. Permite um limite máximo de quatro embalagens por receita e de duas embalagens por linha de prescrição, sendo que a receita necessita ser aviada na totalidade e num prazo máximo de trinta dias, contados a partir da data de emissão. Na eventualidade da prescrição conter medicamentos destinados a tratamento de longa duração, esta pode ser renovável, com um máximo de 3 vias que devem estar respetivamente identificadas (1.ª via, 2.ª via ou 3.ª via).[10]

A prescrição por via de **receita manual** só é utilizada em casos excecionais, previstos no artigo 8.º da Portaria n.º 224/2015, de 27 de julho: falência do sistema informático, inadaptação fundamentada do prescritor, prescrição ao domicílio e outras situações até um máximo de 40 receitas médicas por mês, sendo que o prescritor deve assinalar na receita qual a exceção aplicável. À semelhança da receita eletrónica materializada, a receita manual permite um limite máximo de quatro embalagens por receita e de duas embalagens por linha de prescrição, sendo também necessário o aviamento na totalidade e num prazo máximo de trinta dias. No entanto, não é permitida mais do que uma via da receita manual, pelo que a receita renovável não pode ser emitida com este modelo.[10,12]

Todas as prescrições de medicamentos incluem, obrigatoriamente, a respetiva DCI da substância ativa, seguindo-se a dosagem, forma farmacêutica, apresentação e tamanho de embalagem e posologia. Excecionalmente, pode ser incluída a denominação comercial do medicamento – por marca ou indicação do nome do titular da AIM –, caso não exista MG similar comparticipado ou por justificação técnica do prescritor, que pode residir em três exceções:[10,12]

- Alínea a): Medicamento com margem ou índice terapêutico estreito, sendo que da receita tem de constar a menção "Exceção a) do n.º 3 do art. 6.º";[10]
- Alínea b): Reação adversa prévia, sendo que da receita tem de constar a menção "Exceção b) do n.º 3 do art. 6.º – Reação adversa prévia";[10]
- Alínea c): Continuidade de tratamento superior a 28 dias, sendo que da receita tem de constar a menção "Exceção c) do n.º 3 do art. 6.º – Continuidade de tratamento superior a 28 dias".[10]

Mediante receita com inclusão das alíneas a) e b), torna-se mandatória a dispensa do medicamento referido na receita; no caso da alínea c), é permitido ao utente optar por um medicamento similar, desde que com PVP igual ou inferior ao prescrito.[10]

Aquando do ato de dispensa farmacêutica, tive a oportunidade de lidar com os três modelos de receita supracitados. O modelo mais frequentemente apresentado foi, indubitavelmente, a receita eletrónica desmaterializada, seguido de várias receitas manuais e raríssimas eletrónicas materializadas. Constatei, ainda, que grande parte das pessoas não estaria totalmente familiarizada com o novo modelo de RSP, e que algumas desconheciam a possibilidade de fasear o aviamento da receita. Este modelo de receita não só é benéfico para o utente como para o farmacêutico, uma vez que previne enganos no momento da validação e dispensa propriamente dita.

4.1.2. Validação e aviamento da receita médica

Mediante apresentação de receita médica, o farmacêutico necessita validá-la, para que possa dispensar os medicamentos nela prescritos. Esta tarefa reveste-se de especial importância no caso de receita médica eletrónica materializada ou manual. Assim sendo, os parâmetros imprescindíveis à validação dos três modelos de receita vão desde os dados do utente – nome e número de utente –, à identificação da entidade financeira responsável, indicação do regime especial (quando aplicável), número da receita, número de unidades prescritas, identificação e assinatura do médico prescritor, e data de prescrição e validade. Especificamente no que concerne às receitas manuais, estas necessitam, ainda, de vinheta do médico prescritor e do local de prescrição (sempre que aplicável), e ter assinalada a exceção legal justificativa, não sendo permitidas rasuras e caligrafias e canetas distintas.[10,12]

Finda a validação da receita médica, o farmacêutico deve informar o utente acerca da eventual comercialização de medicamentos similares ao prescrito que apresentem um preço mais baixo. Caso o utente assim pretenda, pode exercer do direito de opção do medicamento, sempre que tal seja permitido. Para o efeito, a farmácia deve dispor de, pelo menos, três medicamentos com a mesma substância ativa, forma farmacêutica e dosagem que pertençam aos cinco preços mais baixos de cada grupo homogéneo. Em seguida, e sempre que possível, o farmacêutico deve procurar enquadrar os medicamentos prescritos no contexto clínico do utente e assegurar-se de que este tem pleno conhecimento das respetivas indicações terapêuticas, posologia, modo de administração e possíveis efeitos adversos.[10,12]

Num dos atendimentos que realizei mediante apresentação de receita médica, e em que o medicamento em questão estava prescrito por DCI, questionei o utente acerca da sua preferência pelo medicamento de marca (Ben-U-Ron® 1g, **comprimidos**, *Bene Farmacêutica*) ou por um MG similar. Receoso e indeciso, o utente não me respondeu concretamente, pelo que decidi mostrar-lhe as opções disponíveis após uma breve explicação acerca da bioequivalência de medicamentos de marca e MG. Para seu grande espanto, o utente apercebeu-se de que o medicamento que lhe fora prescrito seria aquele que já estaria a tomar e que se esquecera de mencionar ao médico no momento da consulta, mas noutra forma farmacêutica (Ben-U-Ron® 1g, **supositórios**, *Bene Farmacêutica*). Pela análise da prescrição, o utente não teria detetado esta situação, por desconhecer qual a substância ativa dos referidos medicamentos. Desta forma, foi possível evitar um fenómeno de duplicação terapêutica, que resultaria em sobredosagem acidental e potenciais lesões hepáticas graves.

4.1.3. Medicamentos Estupefacientes e Psicotrópicos

Os MEP, desde que utilizados corretamente do ponto de vista medicinal e terapêutico e no cumprimento estrito de recomendações clínicas, trazem benefício terapêutico a quem deles necessita. Apresentam múltiplas aplicações clínicas, sendo as doenças psiquiátricas e a dor crónica oncológica e não-oncológica aquelas com maior expressão em contexto de farmácia comunitária. Todavia, e uma vez que atuam estimulando ou deprimindo o Sistema Nervoso Central (SNC), apresentam riscos, podendo induzir habituação e dependência física e psíquica, sendo, por esse motivo, medicamentos altamente controlados e regulamentados.[13]

Dado que as características deste tipo de medicamentos os tornam propícios a abuso medicamentoso e a utilização ilícita, foi aprovado o regime jurídico do tráfico e consumo de estupefacientes e psicotrópicos (Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de janeiro, regulamentado pelo Decreto Regulamentar n.º

61/94, de 12 de outubro), onde são descritas as particularidades da prescrição médica necessária à sua aquisição e as obrigações especiais do farmacêutico (artigos 15.º e 16.º, respetivamente).[14,15]

O controlo destes medicamentos não se inicia na farmácia: aquando da receção de uma encomenda contendo MEP, verifica-se que estes chegam embalados separadamente dos restantes. Conforme o fornecedor, podem vir acompanhados de um documento de requisição em duplicado ou pode o referido documento ser enviado no fim do mês – devendo o duplicado ser carimbado, assinado e datado para ser, posteriormente, enviado ao armazenista, enquanto que o original deve permanecer arquivado na farmácia por um período de três anos.[10,12]

No momento da dispensa farmacêutica, o SI alerta para a existência de um MEP, identificando-o com "[PSI]", escrito a vermelho. Não é permitida a finalização da venda sem o preenchimento obrigatório de diversos campos referentes ao médico prescritor, à identidade do utente – nome e morada – e do adquirente – nome, morada, data de nascimento e número do bilhete de identidade/cartão de cidadão e validade. Uma vez terminada a venda, é-lhe atribuída um número sequencial de registo e emitido um talão comprovativo, que deve ser carimbado, assinado e datado pelo profissional que efetuou a dispensa. Todas as receitas materializadas com prescrição de MEP devem, ainda, ser fotocopiadas e arquivadas na farmácia por um período de três anos, juntamente com o respetivo talão. No final de cada mês, é gerada, no SI, uma listagem referente ao registo de vendas de MEP, a fim de ser comparada com os talões e enviada para o INFARMED.[12]

Durante o estágio, e cumprindo com as exigências acima descritas, dispensei MEP por diversas vezes, prescritos quer em RSP, quer em receita manual. Os procedimentos mensais referentes a estes medicamentos são da responsabilidade do diretor técnico da FCL, Dr. Alberto Caetano, tendo-me sido por ele explicados.

4.1.4. Regimes de comparticipação

A possibilidade de comparticipação de medicamentos pelo Estado está prevista na legislação vigente através de dois regimes: regime geral e regime especial.[10]

No que concerne ao **regime geral** de comparticipação, é fixada uma percentagem do PVP do medicamento que fica ao encargo do Estado, consoante a sua classificação farmacoterapêutica. Estão previstos quatro escalões: escalão A, com 90% de comparticipação; escalão B, com 69% de comparticipação; escalão C, com 37% de comparticipação; e escalão D, com 15% de comparticipação.[10,16]

Relativamente ao **regime especial** de comparticipação, este pode ser representado pela letra "R" ou pela letra "O", devendo esta informação constar das receitas eletrónicas materializadas e manuais, quando aplicável.[10]

- Letra "R": Pensionistas com baixos rendimentos anuais. É acrescida uma percentagem de 5% de comparticipação aos medicamentos integrados no escalão A (=95%) e de 15% nos escalões B (=84%), C (=52%) e D (=30%). Todavia, a comparticipação será de 95% para o conjunto de escalões se o PVP dos medicamentos for igual ou inferior ao quinto preço mais baixo para aquele grupo homogéneo;[17]
- Letra "O": Determinadas patologias ou grupos especiais de utentes previstos em legislação própria. A comparticipação pelo estado é variável, devendo o médico prescritor indicar na receita o diploma aplicável.[17]

De referir que outros MPS são também sujeitos a comparticipação pelo SNS, como é o caso de alguns medicamentos manipulados, com 30% de comparticipação; produtos destinados ao autocontrolo da *Diabetes mellitus*, com 85% de comparticipação das tiras-teste e 100% das agulhas, seringas e lancetas; e câmaras expansoras, com comparticipação de 80% não superior a 28€ para uma unidade por utente, no período de um ano.[18-20] Tive a oportunidade de contactar com várias das situações de regime especial de comparticipação acima descritas, das quais destaco a comparticipação a doentes de lúpus e artrite reumatóide, e ainda de produtos abrangidos pelo programa da *Diabetes mellitus* e de câmaras expansoras.

Adicionalmente, subsistemas de saúde públicos da responsabilidade do SNS e subsistemas de saúde privados podem proporcionar aos seus beneficiários uma comparticipação acrescida. São exemplos a SãVida, SAMS e SAMS/Quadros, subsistemas com os quais contactei diariamente ao longo do meu estágio.

4.1.5. Conferência de receituário e faturação

A correta validação, organização e verificação de todo o receituário evita perturbações no ressarcimento à farmácia pelas entidades comparticipantes. Para tal, todas as receitas eletrónicas materializadas e manuais contendo MSRM comparticipados devem ter impresso no seu verso um documento de faturação, onde constam, entre outras informações, o PVP de cada medicamento e os encargos destinados ao utente e à entidade comparticipante, além das declarações e assinatura do utente. Posteriormente, o farmacêutico valida a receita, completando o seu verso com o carimbo da farmácia, assinatura e data da dispensa. Em seguida, as receitas são organizadas em lotes de trinta, conforme o subsistema de saúde responsável pela comparticipação. No que diz respeito à RSP, todos estes procedimentos são realizados automática e eletronicamente, sendo que a organização do receituário é efetuada num único lote mensal. Na eventualidade de comparticipação adicional por outras entidades, deve ser emitido um talão contendo a informação da dispensa, assim como a assinatura do utente e uma cópia do cartão de beneficiário, com vista a ser posteriormente enviado à entidade em questão.

No final de cada mês, procede-se ao fecho do receituário. Este procedimento inicia-se com a dupla verificação do receituário e faturação por parte de duas colaboradoras da FCL, seguindo-se a impressão dos verbetes de identificação do lote. Este documento tem discriminados o valor total das receitas daquele lote, o valor pago pelo utente e o valor da comparticipação, e deve ser carimbado e anexado às receitas respetivas. É ainda impresso o resumo mensal de lotes, devendo ser carimbado, assinado e datado para posterior envio às entidades competentes. O receituário comparticipado pelo SNS é enviado para a Administração Regional de Saúde do Norte, I.P. (ARSN), enquanto que o receituário referente a outros subsistemas é enviado para a Associação Nacional das Farmácias (ANF), que atua como intermediário na comunicação entre as farmácias e os referidos organismos.

A validação das receitas desmaterializadas e a organização do receituário materializado por entidades e lotes são atividades que foram por mim desempenhadas ao longo de todo o meu estágio. Acompanhei, por diversas vezes, o processo de validação de receitas materializadas, que me foi detalhadamente explicado. Assim, foi-me possível detetar algumas falhas de prescrição no momento da dispensa farmacêutica – principalmente no que às receitas manuais diz respeito –, alertando o utente de que a receita médica apresentada não poderia ser aceite. Tive, ainda, a oportunidade de assistir ao fecho do receituário referente ao mês de janeiro de 2018.

4.2. Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica

Os MNSRM são aqueles cuja dispensa não requer apresentação de receita médica, por não cumprirem qualquer das condições taxativamente inerentes aos MSRM (ponto *4.1.*). Estes medicamentos podem ser adquiridos em farmácia ou em outros estabelecimentos legalmente habilitados para tal, como disposto no Decreto-Lei n.º 134/2005, de 16 de agosto. Todavia, os medicamentos pertencentes à subcategoria MNSRM-EF – Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica de dispensa Exclusiva em Farmácia – são exclusivamente dispensados em farmácia por carecerem de intervenção farmacêutica, devendo cumprir os protocolos de dispensa publicados pelo INFARMED para cada DCI.[9,21,22]

A dispensa de MNSRM é, habitualmente, decorrente de aconselhamento farmacêutico solicitado pelo utente para tratamento de males menores, que não exijam consulta médica. É crucial que o farmacêutico recolha informação relativamente ao utente e sintomas apresentados para melhor o aconselhar, remetendo para o médico caso ache necessário. Dada a facilidade com que são adquiridos, os MNSRM são frequente e erradamente encarados com leviandade, pelo que é responsabilidade do farmacêutico alertar para possíveis efeitos adversos ou contraindicações e promover a utilização racional do medicamento, desencorajando a automedicação insipiente.

O aconselhamento farmacêutico de MNSRM foi, possivelmente, uma das componentes mais complexas e desafiantes do meu estágio, dada a panóplia de produtos existentes no mercado e por ter sido confrontada com as mais diversas situações: gripe e constipação (prevenção e tratamento), alergias, dores das mais variadas etiologias e intensidades, azia e indigestão, diarreia e obstipação, feridas, herpes labial, entre outras. Aquando da dispensa dos medicamentos em questão, procurei sempre cumprir com o descrito acima, solicitando auxílio da equipa em situações complexas ou quando dúvidas houvesse. Dos vários MNSRM-EF que dispensei, destaco o Buscopan® Compositum N (*Sanofi*), que aconselhei em situações de dismenorreia ou desconforto/dor abdominal; o Nurofen® 400 (*Reckitt Benckiser*), em caso de febre ou dor de intensidade ligeira a moderada; e o Fucidine® (*Leo Pharma*) em creme ou pomada, para tratamento de infeções da pele localizadas.

4.3. Outros produtos farmacêuticos

4.3.1. Medicamentos e Produtos de Uso Veterinário

O Decreto-Lei n.º 148/2008, de 29 de julho, define "Medicamento Veterinário" (MV) como "toda a substância, ou associação de substâncias, apresentada como possuindo propriedades curativas ou preventivas de doenças em animais ou dos seus sintomas, (…) exercendo uma ação farmacológica, imunológica ou metabólica, a restaurar, corrigir ou modificar funções fisiológicas". Os MPUV são da responsabilidade da Direção-Geral de Alimentação e Veterinária (DGAV).[23,24]

A FCL é uma farmácia relativamente pequena, dispondo, em *stock*, dos MPUV que se sabe serem regularmente adquiridos por clientes habituais. Na eventualidade de solicitação de um MPUV não constante do *stock*, a equipa prontifica-se a encomendá-lo, nem que, para tal, seja necessário recorrer a um fornecedor especializado em produtos veterinários. Os antiparasitários internos e externos representam, indiscutivelmente, o grupo de MPUV com maior volume de vendas na FCL, sendo que, frequentemente, verifiquei a solicitação de aconselhamento farmacêutico aquando da sua dispensa. Por esse motivo, e dada a insegurança e fraca preparação académica nesse contexto, decidi abordar o tema dos MPUV no meu trabalho, com particular incidência no grupo dos MV antiparasitários (**Parte II, *Tema 3***).

4.3.2. Dispositivos Médicos

Os DM têm finalidade comum aos medicamentos, podendo ser utilizados na prevenção, diagnóstico ou tratamento de doença humana. Contudo, os mecanismos envolvidos na obtenção do efeito pretendido no corpo humano não se devem traduzir em ações farmacológicas, imunológicas ou metabólicas, embora a sua função possa ser apoiada por esses meios. São integrados em quatro classes, considerando os potenciais riscos inerentes à utilização do dispositivo e os possíveis incidentes relacionados com as características e/ou funcionamento do mesmo, bem como a invasibilidade no corpo humano: classe I, que corresponde aos DM de baixo risco; classe IIa e IIb, referentes aos DM de baixo-médio risco e alto-médio risco, respetivamente; e classe III, relativa a DM de alto risco. Além destes, estão também disponíveis, em farmácia comunitária, DM para Diagnóstico *In Vitro* (DIV).[25-27]

Contactei, diariamente, com inúmeros DM das classes supracitadas, como as ligaduras, algodão hidrófilo, meias de compressão, pulsos, meias e joelheiras elásticas e óculos corretivos (classe I); compressas e pensos de gaze, lancetas e termómetros digitais (classe IIa); material de penso para feridas com fissura da derme, canetas de insulina e preservativos (classe IIb); pensos medicamentosos (classe III); e testes de gravidez, equipamentos e tiras-teste para medição de glicemia e frascos para colheita de urina assética (DIV). Tive, ainda, a oportunidade de atender um caso que achei extremamente desafiante, em que uma utente solicitou "algo" para o pai, cujas pernas teriam sido amputadas e que deveria ter determinadas medidas. Perante a situação, e no sentido de perceber que produto melhor se adequava ao coto, contactei um fornecedor excecional de DM da FCL. A utente acabou por decidir encomendar o produto recomendado e mostrou-se, posteriormente, satisfeita com o mesmo.

4.3.3. Suplementos alimentares e produtos de alimentação especial

Os suplementos alimentares são considerados géneros alimentícios, constituindo fontes concentradas de determinadas substâncias nutrientes ou outras com efeito nutricional ou fisiológico, estremes ou combinadas. Destinam-se a complementar e/ou suplementar o regime alimentar normal, não devendo, por isso, ser utilizados como substitutos de um regime alimentar variado – informação esta obrigatoriamente inscrita no rótulo do produto. A legislação alimentar não proíbe que substâncias com atividade farmacológica possam ser incluídas em suplementos alimentares, podendo estes produtos estar simultaneamente definidos como medicamentos e suplementos alimentares (categoria de produtos fronteira). São exemplos produtos contendo glucosamina e condroitina, melatonina, valeriana, *Ginkgo biloba* e *Serenoa repens*. Os suplementos alimentares são da responsabilidade da DGAV.[24,28,29]
Ao longo do estágio, pude verificar que a procura de suplementos alimentares recai, essencialmente, sobre produtos destinados a condições específicas, como é o caso da queda de cabelo, desgaste articular, excesso de peso, cansaço mental, insónia, gravidez, entre outras. Em adição, foi-me solicitado, por diversas vezes, suplementos destinados ao suprimento de carências nutricionais muito particulares, nomeadamente de magnésio, cálcio, crómio, vitaminas C e D e ácido fólico. Suplementos multivitamínicos com uma ação mais abrangente são, também, frequentemente solicitados. Em todo o caso, fiz questão de relembrar ao utente de que uma alimentação equilibrada e exercício físico regular são fundamentais à manutenção do estado de saúde, mesmo aquando da toma de um suplemento alimentar.

Os géneros alimentícios que se destinem a uma alimentação especial são aqueles que, dada a sua composição, se distinguem dos alimentos de consumo corrente, mostrando-se adequados às necessidades nutricionais especiais de determinadas categorias de pessoas: aquelas cujo metabolismo

ou processo de assimilação se encontrem perturbados, que se encontrem em condições fisiológicas especiais que requeiram uma ingestão controlada de determinadas substâncias contidas nos alimentos, e lactentes ou crianças de pouca idade em bom estado de saúde.[30,31] A FCL dispõe de vários destes produtos, sendo as fórmulas para lactentes, fórmulas de transição e alimentos para bebés os mais representativos. Senti alguma dificuldade no aconselhamento destes produtos, tendo mesmo a necessidade de pesquisar informação acerca dos mesmos – principalmente no que diz respeito a fórmulas destinadas a fins medicinais específicos, como as antirregurgitação, hipoalergénicas ou hidrolisadas. Fiz sempre questão de confirmar que os produtos solicitados eram já de consumo habitual e recomendados pelo médico pediatra da criança. Outros produtos para fins medicinais que tive a oportunidade de dispensar incluem alimentos dietéticos hipercalóricos e/ou hiperproteicos, que visam evitar a desnutrição em pacientes com limitações que impeçam a alimentação normal.

4.3.4. Produtos Cosméticos e de Higiene Corporal

Define-se como PCHC "qualquer substância ou mistura destinada a ser posta em contacto com as diversas partes superficiais do corpo humano (…) ou com os dentes e as mucosas bucais, com a finalidade de, exclusiva ou principalmente, os limpar, perfumar, modificar o seu aspeto, proteger, manter em bom estado ou de corrigir os odores corporais". A crescente preocupação com a higiene e aparência física, em parte incentivada pela era tecnológica, tem vindo a assumir um importante papel na melhoria da autoestima e qualidade de vida do indivíduo, culminando num aumento da procura de PCHC. Esta é uma área onde a intervenção do farmacêutico comunitário é de extrema importância, pois deposita confiança no utente ao demonstrar os seus conhecimentos e proporcionar um aconselhamento diferenciado.[32,33]

Como mencionado no ponto *2.2.2.*, a grande maioria dos PCHC da FCL encontra-se exposta em estantes acessíveis ao utente, situadas na zona de espera; não obstante, o aconselhamento farmacêutico é, por norma, solicitado. No que concerne aos produtos destinados à aplicação na pele, verifiquei que a procura é, essencialmente, feminina, e cujas finalidades recaem sobre a limpeza da pele e sua hidratação, cuidados antienvelhecimento, cuidados específicos – como é o caso da pele oleosa, acneica, manchada ou com rosácea/cuperose, psoríase e dermatites atópica e seborreica –, entre outros. Ainda acerca dos produtos mais procurados, destacam-se os produtos capilares com vista a travar a queda de cabelo e/ou fortificá-lo; os de higiene íntima, seja por fenómenos de hipersensibilidade ou mesmo de infeção fúngica ou bacteriana; e os de saúde oral, nomeadamente escovas de dentes, pastas dentífricas, fio/fita dentários e colutórios de uso geral ou mais específico, destinados à presença de aftas, irritação gengival ou doença periodontal – tema este abordado com especial enfoque na parte II deste trabalho (***Tema 1***). Muitos destes produtos são, inclusivamente, prescritos ao utente, por forma a solucionar a problemática sem se recorrer a medicamentos.

Inicialmente, e durante todo o estágio, o auxílio dos colaboradores da FCL foi crucial na aquisição de conhecimento e segurança aquando do aconselhamento farmacêutico destes produtos. A variedade de marcas e gamas disponíveis, assim como a multiplicidade de aplicações clínicas e não clínicas, tornam esta área interessante e, acima de tudo, desafiante. Tive a oportunidade de frequentar, neste âmbito, várias formações promovidas pelas próprias marcas, o que contribuiu em muito para a minha aprendizagem.

4.3.5. Outros

A FCL não tem, como prática habitual, o aconselhamento farmacêutico de **medicamentos homeopáticos**; contudo, tem disponível em *stock* alguns produtos frequentemente solicitados. Alguns utentes abordaram-me no sentido de saber mais acerca destes medicamentos, ao que eu expliquei, sucintamente, por que princípios se rege a homeopatia e quais as diferenças comparativamente a um medicamento de uso humano.

No que diz respeito aos **produtos de puericultura**, estes estão armazenados juntamente com os PCHC infantis e os produtos da futura mãe. À exceção das fraldas, são artigos que não mostram grande expressão no panorama global da farmácia. Ainda assim, a FCL dispõe de chupetas, tetinas, biberões e toalhitas, pelo que tive a oportunidade de dispensar alguns destes produtos. Durante o meu estágio, foi alargado o inventário da *Chicco®* (*Artsana*) na FCL, passando a abranger brinquedos, uma maior variedade de produtos já existentes e alguns artigos destinados à futura mãe.

5. Outros serviços de saúde prestados na farmácia

A formação do farmacêutico permite a prestação de serviços de saúde de excelência em contexto de farmácia comunitária, o que se traduz em reconhecimento e confiança por parte do utente. Nesse sentido, a FCL presta outros serviços de saúde além dos já abordados neste trabalho, como é o caso da determinação de parâmetros físicos e bioquímicos, a administração de injetáveis – incluindo vacinas não constantes do PNV – ou a realização de pequenos curativos.

Dada a proximidade da farmácia com o utente, este recorre, muitas vezes, ao farmacêutico para determinar e acompanhar a evolução de determinados parâmetros físicos e bioquímicos. Relativamente aos parâmetros físicos, a FCL dispõe de um aparelho com tensiómetro automático e balança integrada, que permite determinar tanto a pressão arterial e o ritmo cardíaco como o peso, a altura e o Índice de Massa Corporal (IMC). No que diz respeito aos parâmetros bioquímicos, a FCL efetua a medição do colesterol total e da glicemia capilar, utilizando, para o efeito, aparelhos de determinação rápida e automática que requerem uma quantidade mínima de sangue capilar, obtido por punção de um dedo. Os parâmetros físicos e bioquímicos avaliados são interpretados juntamente com o utente e segundo o contexto clínico, proporcionando uma monitorização e acompanhamento adequados. Durante o estágio, procedi, frequentemente, à determinação de todos os parâmetros supracitados, assim como ao esclarecimento e interpretação dos vários resultados obtidos. Tive sempre o cuidado de questionar o utente acerca de possíveis patologias, medicação efetuada e estilo de vida adotado.

Muito esporadicamente, a FCL faz administração de injetáveis, sendo a vacina da gripe o mais representativo. Apesar de ter acompanhado, por diversas vezes, a prestação deste serviço, não o pude realizar, uma vez que não estou habilitada a administrar injetáveis.

5.1. VALORMED

A VALORMED é uma sociedade sem fins lucrativos que recolhe e trata o medicamento enquanto resíduo, procedendo à gestão segura dos resíduos de embalagens vazias, reciclando-os, e de medicamentos fora de uso, incinerando-os. A FCL é parceira da VALORMED, participando ativamente na sensibilização dos utentes às boas práticas ambientais e incentivando à entrega dos medicamentos fora de uso na farmácia.[34] Durante o estágio, expliquei aos utentes, por diversas vezes, o impacto am-

biental da não seleção e tratamento especial deste tipo de resíduos, recolhi medicamentos entregues pelos utentes e procedi ao fecho dos contentores para posterior recolha por um distribuidor grossista.

6. *Marketing* farmacêutico

A implementação de estratégias de *marketing* é já uma realidade na maioria dos estabelecimentos, ao que a FCL não é exceção. Estas são cruciais, especialmente no que diz respeito ao meio farmacêutico e por forma a fazer face ao mercado altamente competitivo da cidade do Porto.

Além da realização de montras originais alusivas a datas festivas ou àquilo que se pretender promover, a FCL tem presença ativa nas redes sociais, nomeadamente no *Facebook* e, mais recentemente, no *Instagram*, onde divulga, periodicamente, informação de caráter científico ou informal e campanhas em curso. Através destas plataformas, a FCL mantém contacto direto e constante com os utentes e público em geral, promovendo os seus serviços e aliciando à sua visita. Neste contexto, tive a oportunidade de participar, ao longo do estágio, na partilha de ideias relativamente à implementação de campanhas e montras temáticas, assim como na criação de conteúdos com vista a serem partilhados nas referidas redes sociais (**Anexo II**).

7. Formações complementares

A evolução do conhecimento científico e a dinâmica que a farmácia comunitária exige pressupõem uma constante atualização do saber do farmacêutico nas mais diversas áreas de intervenção. Assim, fui, durante todo o estágio, incentivada pela equipa a participar em várias formações (**Tabela 2**). Todas elas contribuíram de forma muito positiva e significativa para a minha formação, permitindo-me cimentar conhecimentos nas áreas abordadas e auxiliando-me no aconselhamento farmacêutico dos produtos apresentados.

Tabela 2. Formações frequentadas durante o estágio.

Formação	Local	Duração	Data
Cocktail de apresentação (*Jowaé*)	Instalações do *Alès Groupe*	2 horas	19 de setembro de 2017
Formação *Avène* e *Galénic* (*Pierre Fabre*)	Instalações da *Pierre Fabre*	3 horas	20 de setembro de 2017
Formação “Selénio + Zinco” (*Pharma Nord*)	Farmácia	30 minutos	03 de outubro de 2017
Formação “Cuidados Capilares” (*Biorga*)	Hotel Mercure Gaia	3 horas	10 de outubro de 2017
Formação “Atendimento e Fidelização de Utentes” (*GlaxoSmithKline*)	Hotel Holiday Inn Gaia	2,5 horas	25 de outubro de 2017
Formação *Woman Isdin* e *Lambdapil*® (*Isdin*)	Bessa Hotel	2,5 horas	26 de outubro de 2017
Formação “Vitamina D + Glucosamina” (*Pharma Nord*)	Farmácia	30 minutos	23 de janeiro de 2018
Formação “Cuidados a ter durante a gravidez e parto” (*Alliance Healthcare*™)	Hotel Porto Palácio	4 horas	05 de fevereiro de 2018

Parte II – Temas desenvolvidos no estágio

1. Saúde oral

1.1. Contextualização do tema

Após iniciar a dispensa farmacêutica na FCL, verifiquei, com mais frequência do que esperava, uma elevada procura de produtos para "tratar a gengiva, que está inchada e que, por vezes, sangra". Esta elevada procura recaía, essencialmente, sobre geles bucais com propriedades antissépticas e cicatrizantes, habitualmente utilizados como coadjuvantes do tratamento de doença periodontal. No entanto, quando alertados acerca da importância de uma pasta dentífrica ou escova de dentes adequadas à manutenção da higiene oral, assim como do uso de colutório ou fio dentário, grande parte dos utentes desvalorizava, fosse por mero desinteresse ou pelo elevado custo da globalidade dos produtos. Fiquei, assim, com a perceção de que seria necessário alertar os utentes da FCL de que a saúde oral é, de facto, indispensável à saúde em geral.[35]

Num momento de contabilização de produtos com prazos de validade a caducar, i.e., produtos de baixa rotação, constatou-se que, grande parte destes, era produtos de higiene oral. Assim, e procurando escoar algumas unidades, criou-se a campanha "Mês da Saúde Oral", em que ao preço marcado dos referidos produtos foi aplicado um desconto, incentivando à sua aquisição. Nesse sentido, e dada a realidade constatada, achei que esta campanha seria uma boa oportunidade para colocar os projetos desenvolvidos em prática.

1.2. Introdução ao tema

A Federação Dentária Internacional (FDI) afirma que a "saúde oral" é "multifacetada", uma vez que inclui a "capacidade de falar, sorrir, cheirar, saborear, mastigar, deglutir e transmitir emoções através de expressões faciais, sem dor, desconforto ou doença do complexo craniofacial" – "trata-se de um componente fundamental da saúde e bem-estar físico e mental, refletindo os atributos fisiológicos, sociais e psicológicos essenciais à qualidade de vida, fortemente influenciado pelas experiências, perceções, expetativas e capacidade de adaptação do indivíduo". Por conseguinte, e dada a relevância na saúde em geral, a saúde oral constitui um direito humano fundamental. A necessidade e a procura de cuidados de saúde oral têm vindo a aumentar a nível mundial, verificando-se, muitas vezes, desigualdade no acesso a estes cuidados.[36,37]

Globalmente, e no que concerne ao panorama vivido nos dias de hoje, a Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que:

- 60 a 90% das crianças em idade escolar e a vasta maioria dos adultos (35-64 anos) apresenta cáries dentárias – primeiro indicador de insuficiente saúde oral;[38]
- 15 a 20% dos adultos com 35-44 anos apresenta doença periodontal grave – podendo resultar em perda dentária;[38]
- E que cerca de 30% dos idosos (65-74 anos) apresenta total perda dentária – percentagem que pode atingir os 50% só na Europa.[38,39]

Nos últimos anos, várias doenças orais têm mostrado correlação com doenças crónicas, elevando a apreensão que estas percentagens suscitam. Além disso, o facto de a doença oral apresentar maior prevalência nas populações com menos recursos e constituir a quarta doença com tratamento mais dispendioso, contribui para que continue a ser considerada uma das doenças crónicas mais co-

muns, tornando necessária uma ação governamental com uma forte componente de promoção da saúde oral e prevenção de doença.[37,39]

1.3. Doenças orais

1.3.1. Cárie dentária

a) Epidemiologia

A cárie dentária, quando não tratada, constitui a doença crónica mais comum, afetando, atualmente, cerca de 2,4 mil milhões de pessoas em todo o mundo. Em adição, e apesar de se mostrar transversal a todas as faixas etárias, é considerada a doença infantil mais comum (afetando 621 milhões de crianças), mesmo em países desenvolvidos. Aliás, a cárie dentária apresenta-se com maior prevalência nestes países, comparativamente aos países em desenvolvimento – tal dever-se-á a alterações da alimentação e estilo de vida, como consequência do crescimento económico. Ainda que, de um modo geral, os países em desenvolvimento apresentem menor prevalência de cárie dentária que os desenvolvidos, o fraco ou quase inexistente sistema de saúde reflete-se no número de casos tratados, que é quase nulo; enquanto que, nos países desenvolvidos, ainda cerca de metade dos casos de cárie dentária permanece sem tratamento.[40,41]

b) Patofisiologia

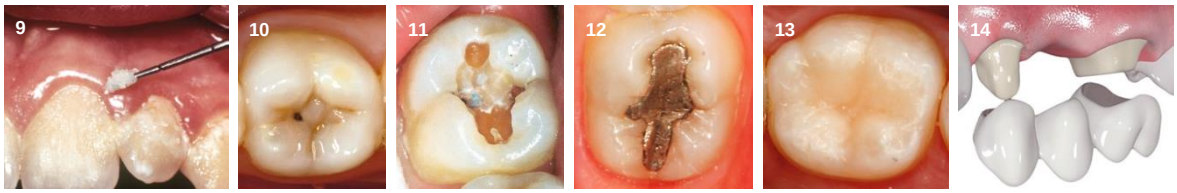
Os tecidos duros que constituem a coroa do dente (esmalte e dentina) e que envolvem a sua raiz (cemento) são alvos do processo de desenvolvimento de cárie dentária. Este é um processo multifatorial, que conta tanto com a própria estrutura do dente como com a presença de placa bacteriana e de açúcares, além da composição da própria saliva e fatores genéticos, sociais, psicológicos e comportamentais associados. Além disso, sabe-se que uma fraca higienização oral e uma exposição inadequada a fluoretos contribui positivamente para o desenvolvimento de cárie dentária. Esta localiza-se, mais frequentemente, nos espaços interdentais, podendo, ainda, atingir qualquer outro local da superfície do esmalte ou progredir para a raiz do dente.[40,41]

O ciclo de desmineralização e remineralização dentária está fortemente envolvido no processo de formação de cárie dentária. A superfície do esmalte – uma estrutura mineralizada que protege o dente do ambiente oral –, é onde, geralmente, se instalam as primeiras cáries, por constituir a porção mais exposta do dente. As bactérias que integram a placa bacteriana patogénica (**Figura 9**) produzem ácidos orgânicos através da metabolização dos açúcares provenientes da dieta; assim, os ácidos produzidos provocam uma descida do pH, o que promove a desmineralização da superfície do esmalte. A perda de minerais leva ao aumento da porosidade do tecido, permitindo uma difusão dos ácidos além da superfície do esmalte. Este processo, nesta fase, é contrariado pela ação tampão da saliva, que dilui os açúcares presentes e os ácidos produzidos, neutralizando o ambiente oral. Deste modo, estão reunidas condições para que o processo de desmineralização termine e para que os iões cálcio, fosfato e fluoreto se redepositem, favorecendo o processo de remineralização. A suplementação com flúor, como descrito mais à frente neste trabalho, interfere nos processos de desmineralização e remineralização dentária, podendo, mesmo, reverter cáries numa fase muito inicial. Por outro lado, o contínuo decréscimo do pH permite que o processo de desmineralização atinja camadas mais profundas, como ocorre nas cáries que atingem a raiz do dente.[41]

A lesão inicialmente formada apresenta-se, clinicamente, como uma mancha branca que, modificando os fatores causadores e aplicando medidas preventivas de doença oral, pode: permanecer inativa e não progredir; reverter por remineralização da superfície do esmalte; ou permanecer ativa e progredir para uma lesão mais extensa dos tecidos. Com a progressão da lesão, o aumento da porosidade do tecido permite a formação de cavidades no esmalte (**Figura 10**), ou, num estado mais avançado, na superfície da dentina, camada esta imediatamente abaixo do esmalte. Nas cáries da coroa, a superfície da lesão acabará por colapsar, formando uma cavidade física e macroscópica (**Figura 11**). É nesta fase que surgem sintomas como desconforto ou dor, dificuldade na mastigação dos alimentos, hipersensibilidade a bebidas ou alimentos quentes, frios ou doces e halitose. Caso a lesão progrida, a polpa do dente – constituída por tecido conjuntivo altamente vascularizado e inervado – pode ser comprometida, o que pode determinar a extração do dente.[41,42]

c) Tratamento

No que diz respeito à lesão inicial, a abordagem primordial será promover o processo de mineralização através de alterações comportamentais ao nível da higienização e alimentação, para controlo da placa bacteriana e aplicação de produtos contendo flúor. Nesta fase, poderão ainda ser aplicados selantes de fissuras, de modo a evitar a progressão das lesões. O acompanhamento médico a longo prazo é impreterível, uma vez que as lesões podem progredir e requerer procedimentos mais invasivos. Cáries dentárias resultantes de lesões moderadas a extensas requerem, no entanto, a restauração da lesão. O preenchimento da cavidade com amálgama de prata (**Figura 12**) tem vindo a ser abandonado, preferindo-se, atualmente, resinas compostas, cujo material apresenta uma coloração semelhante à do dente (**Figura 13**). Este procedimento deve ser igualmente acompanhado da aplicação profissional de flúor, por promover a remineralização do dente. Quando a lesão é demasiado extensa para tais procedimentos, e sempre que se justifique, procede-se à execução de prótese fixa, de modo a reforçar a estrutura dentária que permanece após limpeza do tecido cariado (**Figura 14**).[41,43]



Figuras 9-14: Figura 9. Placa bacteriana patogénica [retirado de *FDI World Dental Federation*[40]]; **Figura 10.** Cárie dentária: Lesão moderada, com formação de cavidade na superfície do esmalte [retirado de *Ordem dos Médicos Dentistas*[43]]; **Figura 11.** Cárie dentária: Lesão extensa, com cavidade bem visível [retirado de *Ordem dos Médicos Dentistas*[43]]; **Figura 12.** Restauração em amálgama de prata [retirado de *Ordem dos Médicos Dentistas*[43]]; **Figura 13**. Restauração estética com resinas compostas [retirado de *Ordem dos Médicos Dentistas*[43]]; **Figura 14.** Representação esquemática da aplicação de prótese fixa [retirado de *Clifaro – Clínica de Medicina Dentária*[44]].

1.3.2. Doença periodontal

a) Epidemiologia

A doença periodontal é mais prevalente em adultos, iniciando-se, geralmente, cerca dos 30 anos de idade. No entanto, e ainda que mais raramente, poderá ocorrer em crianças e adolescentes, sendo que a severidade da doença periodontal é tanto maior quanto mais cedo se instalar, podendo comprometer seriamente a saúde oral do indivíduo, assim como a sua saúde em geral.[45]

A forma menos severa de doença periodontal – gengivite – está quase totalmente presente na população, podendo afetar todas as faixas etárias. No que diz respeito à doença periodontal na sua forma mais grave – periodontite –, sabe-se que afeta 15 a 20% dos adultos com idades compreendidas entre os 35 e os 44 anos, tal como referido no pronto *1.2.*. Estas percentagens suscitam grande preocupação, uma vez que quanto mais avançada a doença periodontal, maior a irreversibilidade/cronicidade das lesões. Consequentemente, a probabilidade de perda dentária é, também ela, maior, o que se traduz em graves implicações no que concerne ao bem-estar e qualidade de vida do indivíduo.[38,45]

b) Patofisiologia

A doença periodontal engloba um conjunto de patologias que afeta, de uma maneira geral, os tecidos que envolvem e dão suporte ao dente. Os tecidos afetados incluem, principalmente, a gengiva e o osso alveolar, dependendo do estádio da doença. Assim, a doença periodontal divide-se, essencialmente, em duas patologias: a gengivite, que constitui a fase mais precoce e que se caracteriza pela inflamação do tecido gengival, e a periodontite, que representa a fase mais severa da doença e que acomete, ainda, o tecido ósseo. Contrariamente à crença popular, a suscetibilidade individual à doença periodontal não depende única e exclusivamente dos escassos cuidados pessoais de saúde oral, pois sabe-se que fatores ambientais, genéticos e epigenéticos são cruciais ao desenvolvimento de doença periodontal.[45-47]

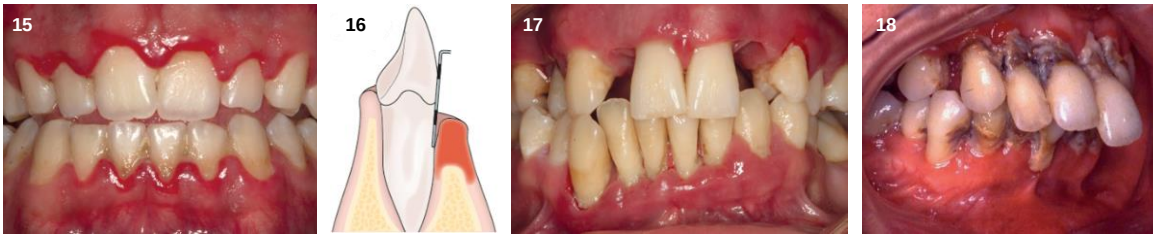
Os microrganismos constituintes da placa bacteriana acumulada são os principais responsáveis pelos processos de iniciação e progressão de doença periodontal. A ocorrência de disbiose – um desequilíbrio da flora bucal em que prevalecem as bactérias patogénicas – é o fator primordial ao desenvolvimento das lesões teciduais observadas nesta doença. Inicialmente, a ação das bactérias patogénicas presentes na extensa placa bacteriana resulta num estado inflamatório da gengiva, desencadeado pelo sistema imune do indivíduo. É nesta fase que se instalam os primeiros sintomas de gengivite (**Figura 15**), caracterizada pela vermelhidão e/ou hemorragia ocasional da gengiva, aumento da sensibilidade dentária e halitose, e, numa fase mais avançada, o aparecimento de abcessos e recessão gengival. A gengivite é perfeitamente reversível, sendo possível, na maioria dos casos, a recuperação total dos tecidos. Contudo, quando não tratada, a inflamação instalada na gengiva evolui para a cronicidade, conduzindo à reabsorção óssea e à degradação dos ligamentos que suportam o dente, originando lesões permanentes e irreversíveis. A destruição dos tecidos mais profundos e a consequente formação de *pockets* periodontais (**Figura 16**) dá por instalada a periodontite (**Figura 17**), pelo que as referidas alterações contribuem para um aumento da mobilidade dentária que, em última instância e quando negligenciada, resulta em perda dentária. As consequências patofisiológicas da doença periodontal apresentam um forte impacto no bem-estar e na qualidade de vida do indivíduo, uma vez que resultam em problemas na fala, na mastigação e, inclusivamente, na própria autoestima, pelo que o diagnóstico e tratamento precoces são essenciais.[40,46,47]

c) Tratamento

Qualquer tratamento de doença periodontal deve ser precedido de uma avaliação clínica detalhada. Apenas desta forma é possível diagnosticar a patologia, estabelecer o estadiamento e desenvol-

ver um tratamento específico e eficaz. Para o diagnóstico de periodontite, é necessário recorrer a exames radiográficos e, se necessário, microbiológicos.[46]

Em caso de gengivite menos agressiva, são implementadas estratégias ao nível do melhoramento dos hábitos de higiene oral e da eliminação de potenciais fatores de risco, aliadas a um tratamento profilático que permita manter a doença controlada. Se tal não for suficiente, ou quando a gengivite está mais avançada, recorre-se à destartarização para eliminação de tártaro e placa bacteriana, com o objetivo último de interromper a recessão gengival. Quando a patologia diagnosticada é a periodontite, também se procede à remoção da placa bacteriana do *pocket* periodontal (raspagem); adicionalmente, torna-se imprescindível a descontaminação das raízes dentárias (alisamento radicalar). Em situações mais severas e *pockets* mais profundos, poderão ser requeridos pequenos atos cirúrgicos corretivos que permitam um tratamento mais preciso e uma recuperação mais rápida. Importa referir que, na maioria dos casos de periodontite, não é possível repor os tecidos perdidos, pelo que o tratamento efetuado visa, essencialmente, suster o avanço da doença e proporcionar ao doente a manutenção da sua dentição, a longo prazo. Caso a mobilidade dentária não seja muito acentuada, o tratamento pode auxiliar na sua diminuição. Em casos extremamente avançados, o tratamento acima descrito poderá não ser viável, tendo que recorrer-se, inevitavelmente, à extração dentária (**Figura 18**). Ainda que em ambos os casos a saúde periodontal seja, habitualmente, restabelecida, a cronicidade inerente à periodontite faz com que seja impreterível uma manutenção frequente; caso contrário, poderá ocorrer reativação da doença. As visitas ao médico dentista devem ter, nestes casos, um intervalo máximo de quatro meses. Na eventualidade da doença reativar, será necessário tratamento adicional.[45-47]



Figuras 15-18: Figura 15. Gengivite: Inflamação da gengiva, com vermelhidão característica desta patologia [retirado de *Ordem dos Médicos Dentistas*[45]]; **Figura 16.** Periodontite: Formação de *pocket* periodontal, acompanhado de destruição dos tecidos de suporte do dente (gengiva e osso alveolar) [adaptado de *Kinane et al.*[47]]; **Figura 17.** Periodontite: Visível mobilidade dentária, além das alterações características descritas na Figura 16 [retirado de *Ordem dos Médicos Dentistas*[45]]; **Figura 18.** Periodontite: Estado muito avançado sem tratamento possível, que resultou em perda dentária total; o paciente recebeu, posteriormente, uma prótese dentária [retirado de *Kinane et al.*[47]].

1.3.3. Cancro oral

a) Epidemiologia

O cancro oral representa um dos dez tipos de cancro mais comuns em todo o mundo. Estima-se que, todos os anos, surgem 300 a 700 mil novos casos, 1500 dos quais apenas em Portugal (1250 em homens, 250 em mulheres). Além da sua elevada incidência, o cancro oral está associado a elevada mortalidade, com uma taxa de sobrevivência aos 5 anos de cerca de 55% que se deve, essencialmente, ao facto do cancro oral se poder mostrar assintomático nas suas fases iniciais. Todos estes fatores tornam cruciais o diagnóstico e o tratamento precoces, além de uma sensibilização da população acerca dos principais fatores de risco ao seu desenvolvimento: o consumo excessivo de álcool e tabaco, responsáveis por 90% dos casos diagnosticados. Em adição, o grupo de risco ao desenvolvi-

mento de cancro oral inclui indivíduos do sexo masculino com mais de 40 anos de idade, ainda que se tenha vindo a verificar um aumento do número de casos em adultos jovens e mulheres. Estudos recentes sugerem, ainda, que a infeção pelo Vírus do Papiloma Humano (HPV) poderá estar associada ao desenvolvimento de cancro oral em jovens não fumadores e não consumidores de álcool.[40,48]

b) Patofisiologia

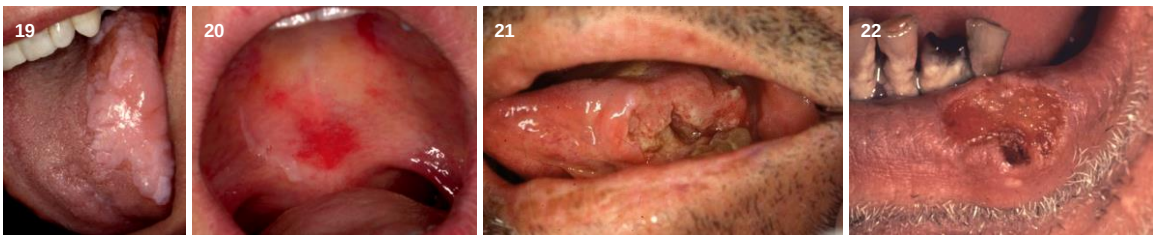
O cancro oral é, na maioria dos casos, precedido de alterações da mucosa. Estas alterações constituem lesões potencialmente malignas, também designadas por pré-cancro oral, e apresentam-se em duas formas: leucoplasia e eritroplasia. A leucoplasia (**Figura 19**) é caracterizada por uma mancha ou placa de cor branca, geralmente assintomática, e que pode surgir em qualquer localização da cavidade oral, como a mucosa abaixo da língua, língua, bochecha, lábios ou palato, subdividindo-se em leucoplasia homogénea e não-homogénea. As leucoplasias não-homogéneas incluem zonas avermelhadas, sendo as leucoplasias proliferativas verrucosas (LPV) as que se apresentam com uma taxa de malignização bastante superior às restantes leucoplasias. De qualquer modo, todas e quaisquer leucoplasias podem evoluir para carcinoma. Ainda que mais raras que as leucoplasias, as eritroplasias (**Figura 20**) são altamente indicadoras de malignidade. São lesões que se apresentam como uma mancha ou placa de cor vermelha, de textura macia, e que se localizam, preferentemente, na mucosa abaixo da língua, bordo da língua e palato mole. Apesar de se apresentarem assintomáticas ou com moderada sensação de ardor, podem demonstrar carcinomas invasivos já instalados.[48]

O cancro oral é definido pelo conjunto de tumores malignos que pode acometer toda a cavidade oral. Os carcinomas orais de células escamosas representam os mais frequentes, sendo que as zonas de maior risco de desenvolvimento são o bordo da língua, a mucosa abaixo da língua, lábio, gengiva, bochecha, palato e amígdalas. Manifestam-se, geralmente, sob a forma de uma placa de cor branca, vermelha ou ambas, uma úlcera que não cicatriza (**Figura 21**) ou um aumento de volume irregular de textura granulosa, papilar ou verrucosa. Inicialmente, as lesões são assintomáticas, tornando-se, progressivamente, dolorosas. Pode ainda verificar-se mobilidade dentária, parestesia, disfagia, rouquidão ou alteração da voz, dor de ouvidos, linfadenopatia cervical ou acentuada perda de peso. O carcinoma do vermelhão do lábio (**Figura 22**) caracteriza-se por uma lesão espessada, uma crosta ou uma ulceração com localização labial, estando frequentemente associado à exposição solar crónica. Em suma, a deteção precoce de lesões potencialmente malignas, ainda que de extrema dificuldade, pode melhorar a esperança de vida dos indivíduos afetados, por permitir um tratamento precoce que contenha o avanço da doença.[42,48,49]

c) Tratamento

As modalidades de tratamento mais frequentemente utilizadas são a cirurgia, a radioterapia e a quimioterapia. A cirurgia é, habitualmente, a estratégia mais utilizada, uma vez que, na maioria dos casos de doença avançada, é a única opção de tratamento: o tumor é removido, assim como os nódulos linfáticos que poderão ter sido afetados. Por vezes, quando o tumor excisado é de grandes dimensões, torna-se necessário utilizar técnicas de enxertos de tecidos que promovam a regeneração do local. No caso específico do carcinoma do vermelhão do lábio, recorre-se a uma técnica minuciosa que permite preservar a estrutura e a função do lábio. Por outro lado, a radioterapia está reservada ao tratamento primário de tumores de pequenas dimensões, em detrimento do procedimento cirúrgico; como

tratamento após a cirurgia quando a remoção total do tumor não foi possível ou em locais de difícil acesso; ou como tratamento paliativo no caso de cancro não tratável. Já a quimioterapia mostrou ser mais efetiva quando combinada com a cirurgia e a radioterapia. Os fármacos mais utilizados são a cis-platina, a carboplatina, o 5-fluorouracilo ou a bleomicina, seja na terapêutica adjuvante (pós-cirúrgica), neoadjuvante (pré-cirúrgica) ou paliativa. Qualquer tratamento utilizado no cancro oral requer uma abordagem multidisciplinar, uma vez que poderá estar associado a dificuldades ao nível da alimentação, da fala e da respiração, devendo o paciente receber acompanhamento psicológico durante o processo.[50]



Figuras 19-22: Figura 19. Leucoplasia: Localizada no bordo da língua [retirado de *Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral*[48]]; **Figura 20.** Eritroplasia: Localizada no palato mole [retirado de *Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral*[48]]; **Figura 21.** Cancro oral: Carcinoma localizado no bordo da língua [retirado de *Ordem dos Médicos Dentistas*[49]]; **Figura 22.** Cancro oral: Carcinoma do vermelhão do lábio [retirado de *Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral*[48]].

1.3.4. Outras doenças orais

O desenvolvimento de **infeções orais fúngicas, bacterianas ou víricas** é altamente frequente em indivíduos seropositivos para o Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH). Estes indivíduos apresentam, habitualmente, outras implicações a nível da saúde oral, como xerostomia, periodontite severa e leucoplasia. Na maioria dos casos, é a deteção das referidas lesões orais que permite o diagnóstico da infeção por VIH, uma vez que estas se manifestam ainda numa fase inicial. Caso os indivíduos afetados venham a desenvolver Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA), a monitorização das lesões permite avaliar a progressão da doença ou a eficiência do tratamento, se for o caso. Considerando que estas lesões orais são fonte de dor, desconforto e dificuldade na alimentação, o seu tratamento pode melhorar consideravelmente a qualidade de vida destes indivíduos.[40]

O **trauma craniofacial** inclui fratura do maxilar e de outros ossos faciais, assim como fratura dos dentes e sua mobilidade ou perda. Tal é particularmente frequente em crianças e jovens adultos, cujo comportamento pode ser imprevisível. Ocorre, principalmente, devido a quedas, prática de desporto de contacto, violência física ou acidentes rodoviários, sendo o seu tratamento, por norma, bastante dispendioso. Contudo, a ausência de tratamento pode ter impactos significativos, tanto a nível físico como psicossocial. Importa, por isso, alertar para a prevenção do trauma craniofacial, através, por exemplo, da promoção da utilização de proteção bucal durante a prática de desportos violentos ou de capacete aquando da deslocação em mota ou bicicleta.[38,40]

As **anomalias congénitas** mais frequentes são a fenda labial e a fenda palatina, ocorrendo um caso a cada 500 a 700 nascimentos. Apesar da hereditariedade constituir um fator de grande importância, a prática de comportamentos de risco durante a gestação, como a malnutrição, o tabagismo e o alcoolismo, é preponderante ao desenvolvimento destas anomalias no feto. A completa reabilitação da lesão é possível através da realização precoce de diversas intervenções, como é exemplo a cirurgia

plástica, sendo, assim, possível restaurar a aparência e a funcionalidade no que concerne à fala e à alimentação da criança. Dados os elevados custos que estes tratamentos acarretam, famílias mais carenciadas não lhes têm acesso, afetando profundamente a qualidade de vida destas crianças.[38,40]

1.4. Promoção da saúde oral

Vários estudos apontam que a educação para a saúde oral e as medidas preventivas de doença oral são clínica e economicamente mais benéficas do que o simples acesso a cuidados de saúde oral. Assim, e sabendo que a maioria das doenças orais é evitável ou reversível, quando numa fase inicial, importa que estas estratégias de promoção da saúde oral sejam incutidas desde cedo.[51]

A promoção da saúde oral, de um modo geral, deve assentar em dois grandes princípios: incentivo à adoção de medidas preventivas de doença oral e eliminação de comportamentos de risco. Fatores de risco comportamentais associados a doença oral são transversais a todas as faixas etárias, com especial predominância em populações mais desfavorecidas – com menor escolaridade, menos condições socioeconómicas e hábitos alimentares pouco saudáveis. Isso, aliado à deficiente ou ausente concretização de medidas de prevenção de doença oral, torna a prevalência de doença oral também superior nestes grupos. Em adição, o elevado custo dos tratamentos necessários impossibilita o acesso a cuidados orais adequados, sendo, por isso, determinante a cimentação de medidas preventivas de doença oral e a modificação dos comportamentos de risco. Estes dois parâmetros são, no entanto, cruciais no dia-a-dia de qualquer indivíduo, resultando da aplicação prática de conhecimentos não só adquiridos no âmbito da implementação de estratégias de promoção de saúde oral como daqueles transmitidos no seio familiar e cultural.[52]

1.4.1. Medidas preventivas de doença oral

a) Escovagem dos dentes

A higienização oral obtida pela escovagem dos dentes proporciona uma sensação de frescura e evita a halitose, além de manter um sorriso cuidado e aumentar a autoconfiança do indivíduo; contudo, a sua primordial finalidade centra-se na preservação da saúde oral, uma vez que previne a fixação e consequente acumulação de microrganismos nos dentes e gengiva, inibindo a formação de placa bacteriana. Sabendo que a presença de placa bacteriana é o principal fator de iniciação e progressão de doença oral, torna-se imperativo que a escovagem dos dentes seja executada de forma correta, de modo a surtir o efeito pretendido.[53]

O procedimento em questão deve ser executado da seguinte forma: primeiramente, deve inclinar-se a escova em direção à gengiva – num ângulo de 45º, aproximadamente –, e realizar-se movimentos vibratórios horizontais e circulares nas faces interna e externa dos dentes, sem exercer demasiada pressão (**Figura 23.a**); de seguida, deve escovar-se a superfície mastigatória dos dentes com movimentos de vaivém (**Figura 23.b**); os mesmos movimentos devem realizar-se para escovar os dentes centrais, posicionando a escova na vertical (**Figura 23.c**); finalmente, a língua deve ser igualmente escovada, rejeitando, posteriormente, o excesso de pasta dentífrica (**Figura 23.d**). Este procedimento deve efetuar-se pelo menos duas vezes por dia e ter a duração de cerca de dois minutos. De referir que a escova de dentes deve ser substituída a cada três meses, uma vez que o desgaste das cerdas reduz a eficiência da escovagem.[54,55]

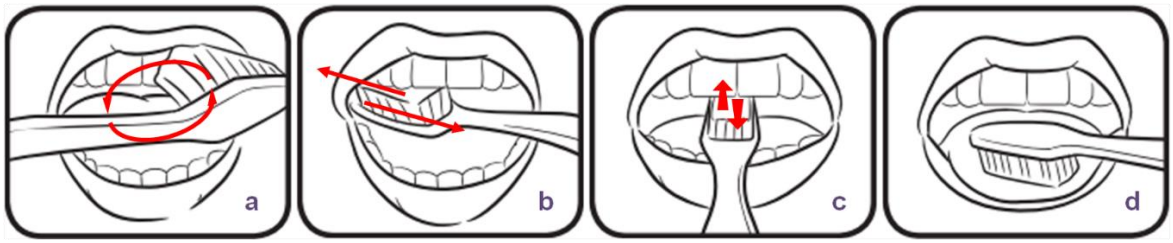


Figura 23. Representação esquemática da técnica de escovagem dos dentes [adaptado de *Mouth Healthy*™ *by ADA - American Dental Association*® [56]].

b) Suplementação com flúor

Estratégias que promovem a aplicação de flúor têm como objetivo primordial prevenir a cárie dentária e, consequentemente, as suas complicações. Por esse motivo, é globalmente recomendado que a escovagem dos dentes seja acompanhada de um dentífrico fluoretado (com 1000-1500 ppm de flúor), sendo esta uma prática já enraizada nos países ocidentais. O flúor atua em três frentes: um, inibindo a ação das bactérias presentes na placa bacteriana; dois, inibindo a desmineralização dentária por neutralização do ambiente ácido, aumentando, assim, a resistência do dente; e três, potenciando o processo de remineralização dentária. Além dos dentífricos, outros veículos são igualmente utilizados, com uma concentração de flúor geralmente superior: gotas orais, soluções para gargarejar e comprimidos, para uso pessoal; e geles, vernizes e materiais restauradores, para aplicação profissional.[52,57,58]

A aplicação de geles fluoretados é habitualmente realizada pelo médico dentista com uma frequência de duas vezes ao ano, numa concentração média de 12300 ppm de flúor. Por se tratar de uma concentração bastante elevada, há risco de sobre-exposição ao flúor, especialmente quando usado em crianças; por esse motivo, o uso em pediatria não é, usualmente, recomendado. Atualmente, recomenda-se que crianças com idade superior a seis anos gargarejem, quinzenalmente, uma solução de fluoreto de sódio a 0,2%. Qualquer outra suplementação com flúor deve ser discutida com o médico dentista, mediante avaliação da ingestão diária de flúor.[58,59]

Os dentífricos fluoretados constituem o veículo mais comummente utilizado para a deposição de flúor na superfície dentária; contudo, o seu elevado custo torna-os inacessíveis a populações desfavorecidas. Nos anos 40, introduziu-se água fluoretada em países com carência de flúor, seguindo-se a produção de sal e leite fluoretados – este último particularmente destinado às crianças. Estas representam importantes medidas globalmente implementadas para a profilaxia da cárie dentária – numa época em que esta seria altamente prevalente e severa – e que permanecem nos dias de hoje.[52,58]

c) Outros cuidados de saúde oral

A escovagem dos dentes representa apenas uma pequena parte da rotina diária de higienização oral, sendo esta atividade, geralmente, insuficiente para o controlo adequado da formação de placa bacteriana e prevenção de doença oral. Outros cuidados relevantes incluem:[53]

i. **Uso de colutório:** Estudos demonstram que a utilização de colutório contribui muito positivamente para a eliminação da placa bacteriana. Esta ação é principalmente exercida pelos seus constituintes, como são exemplo a clorohexidina e o cloreto de cetilpiridínio – antissépticos vulgarmente utilizados neste tipo de produtos. Os colutórios são igualmente eficazes no combate à halitose.[60,61]

ii. **Limpeza interdental:** Os espaços interdentais são, geralmente, de difícil acesso, permitindo a acumulação residual de placa bacteriana que não é eficazmente removida aquando da escova-

gem dos dentes. Por esse motivo, são zonas altamente propensas ao desenvolvimento de cárie dentária, requerendo uma limpeza diária por forma a manter uma boa higiene oral. A utilização de fio ou fita dentário/a representa o método mais comummente utilizado; no entanto, em situação de afastamento dos dentes ou utilização de aparelho ortodôntico, recomenda-se o uso de escova interdental, vulgo escovilhão, por promover uma limpeza mais eficiente.[53]

iii. **Visita ao médico dentista:** Da visita ao médico dentista pode esperar-se uma avaliação detalhada de toda a cavidade oral, que vai desde os dentes à gengiva, estrutura óssea e articulação temporomandibular, e mucosas da boca e garganta. Esta avaliação é de extrema importância, uma vez que permite identificar possíveis doenças orais ou problemas menores que requeiram tratamento especializado – a destartarização é um procedimento frequentemente realizados, com vista à remoção de tártaro e placa bacteriana. Em adição, e caso necessário, poder-se-á proceder à aplicação de selantes de fissuras, flúor e outros produtos que visem colmatar a sensibilidade dentária. Apesar de não estar regulamentada a frequência com que se deve visitar o médico dentista, recomenda-se que este período seja determinado considerando a idade do indivíduo e o risco de desenvolver doença periodontal. Geralmente, aconselha-se a que o intervalo entre visitas não seja superior a um ano, recomendando-se duas visitas anuais quando a idade é avançada ou existe elevado risco de desenvolvimento de doença periodontal.[62,63]

iv. **Controlo dos fatores de risco modificáveis** (abordado no ponto *1.4.2.*).

1.4.2. Fatores de risco ao desenvolvimento de doença oral

Assim como em outras doenças, os fatores de risco ao desenvolvimento de doença oral podem ser não modificáveis, como é o caso da idade, sexo e hereditariedade, ou modificáveis, estando estes relacionados com o estilo de vida e adoção de comportamentos e hábitos mais ou menos saudáveis. O cumprimento de medidas preventivas de doença oral não assegura a saúde oral se comportamentos de risco forem prática constante, pelo que se torna necessário controlá-los ou, se possível, evitá-los. Os fatores de risco de doença oral modificáveis incluem:[42]

i. **Dieta rica em açúcares:** Como referido no ponto *1.3.1.b)*, a formação de cárie dentária não ocorre na ausência de açúcares. Assim, alimentos ricos em açúcares constituem um fator essencial ao desenvolvimento de cárie dentária, estando o seu elevado consumo diretamente relacionado com o número de cáries. Refrigerantes e bebidas energéticas, produtos de confeitaria, mel e compotas são alguns exemplos de alimentos altamente açucarados e cujo consumo deve ser regrado. Nesse sentido, e por forma a assegurar um risco mínimo de desenvolvimento de cárie dentária, o consumo de açúcares não deve exceder cinco a dez por cento do consumo total de energia. Apesar da exposição ao flúor reduzir e atrasar o desenvolvimento de cárie, não é uma medida suficientemente preventiva quando a dieta permanece rica em açúcares.[64]

ii. **Consumo de tabaco:** Os efeitos nocivos do tabaco na saúde estão bem documentados. No que concerne à saúde oral, sabe-se que o tabagismo tem implicações no processo de cicatrização dos tecidos, na gravidade e extensão das doenças periodontais, e nos cancros e pré-cancros orais. Além disso, está provado que o consumo de tabaco faz diminuir a resposta imunitária do indivíduo perante as infeções orais, tornando-o mais suscetível ao desenvolvimento de candidíase oral, por exemplo. No que diz respeito às doenças periodontais, parece existir uma relação dose-efeito entre a quantidade de tabaco consumido e o nível de saúde periodontal do indivíduo. Em adição, a prática de fumar

constitui o principal fator de risco ao desenvolvimento de cancro oral, uma vez que o fumo do tabaco tem um efeito carcinogénico direto sobre as células epiteliais que constituem a mucosa oral. As suas implicações ao nível dos sentidos, como é o caso do sabor e do olfato, aliado à halitose que provoca, ao desagradável escurecimento dos dentes e ao reconhecimento do impacto do tabagismo na saúde oral e em geral podem constituir um ponto de partida no incentivo ao abandono do hábito.[65]

iii. **Consumo excessivo de álcool:** As consequências do consumo de bebidas alcoólicas ao nível da saúde oral dependem do teor de açúcar da bebida, da sua concentração em álcool e da frequência e quantidade consumidas. Indivíduos que consomem álcool ávida e frequentemente tendem a demonstrar um pH salivar baixo e negligência nos cuidados de saúde oral, pelo que se tornam mais predispostos ao desenvolvimento de cárie dentária. Além disso, a alteração da permeabilidade da mucosa oral provocada pelo álcool está relacionada com a sua carcinogenicidade, pelo que o seu consumo constitui um importante fator de risco ao desenvolvimento de cancro oral. A combinação do consumo excessivo de álcool com o tabaco agrava ainda mais o risco de desenvolvimento de cancro oral.[42,66]

iv. **Higiene oral deficitária:** Uma má higienização oral e o não cumprimento das medidas preventivas de doença oral levam à acumulação dentária de placa bacteriana, o que poderá conduzir ao desenvolvimento de doença oral. É crucial a consciencialização de que a manutenção da saúde oral tem impacto direto no bem-estar do indivíduo e sua qualidade de vida, assim como na sua saúde em geral.[42]

1.4.3. Cuidados em populações especiais

i. **Criança:** A saúde oral e respetivos cuidados devem representar uma preocupação desde o nascimento. Além da alimentação dever ser cuidada ao longo de todo o crescimento do bebé, também a sua gengiva deve ser limpa pelo menos uma vez por dia, utilizando, para o efeito, uma gaze humedecida com água ou uma dedeira. Com a erupção dos dentes, os pais devem iniciar a escovagem dos dentes da criança pelo menos duas vezes por dia, utilizando uma escova macia de tamanho adequado. A técnica que envolve este procedimento deve ser ensinada à criança quando esta comece a demonstrar alguma independência, e ser encarada como um hábito, para que seja mais facilmente integrada no seu dia-a-dia. No que diz respeito à primeira visita ao médico dentista, esta deve ocorrer quando os primeiros dentes erupcionam ou até ao primeiro ano de idade, uma vez que os primeiros dentes podem desenvolver cárie dentária. Consoante o risco de desenvolvimento de cárie dentária, a criança deve ser vista a cada três a seis meses. As recomendações quanto à suplementação com flúor na criança foram abordadas anteriormente, no ponto *1.4.1.b)*.[67,68]

ii. **Adolescente:** Esta é uma faixa etária que merece especial preocupação, por ser, geralmente, aquela em que se iniciam os comportamentos de risco. É crucial que os jovens sejam educados acerca dos impactos do consumo de tabaco, álcool e estupefacientes, não só na saúde oral como na saúde em geral. Adicionalmente, os hábitos alimentares devem ser monitorizados, uma vez que os distúrbios alimentares são mais comuns na adolescência – podendo conduzir ao sangramento da gengiva, secura da boca e danificação dos dentes. O comprometimento da saúde oral também se pode dever à aplicação de *piercings* orais, pela possibilidade de ocorrer infeção e inchaço da cavidade oral, assim como danos nos dentes ou gengiva, a longo prazo. Importa referir que a melhor estratégia para a manutenção da saúde oral nos adolescentes é reforçar a necessidade da adoção de medidas preventivas e a importância da não iniciação de comportamentos de risco de desenvolvimento de doença oral.[69]

iii. Grávida: A gravidez torna a mulher mais suscetível ao desenvolvimento de cárie dentária e doença periodontal, ou ao seu agravamento, se já presentes. O reforço da alimentação com mais hidratos de carbono e o aumento da acidez da boca devido aos enjoos matinais são situações que contribuem para o desenvolvimento de cárie dentária na mulher grávida. Além disso, as alterações hormonais características deste período aumentam a probabilidade de desenvolvimento de gengivite entre o segundo e o oitavo mês de gestação e, consequentemente, de periodontite, que se sabe estar associada a um aumento do risco de parto pré-termo e baixo peso ao nascimento. Recomenda-se que a grávida gargareje com água trinta minutos antes de iniciar a escovagem dos dentes – que se deve manter duas vezes por dia, assim como os restantes hábitos de higienização oral. As visitas ao médico dentista devem fazer-se com mais regularidade, por forma a que a saúde oral da mulher grávida esteja garantida.[70,71]

iv. Idoso: Além dos cuidados diários recomendados no adulto, o idoso deve ter em atenção questões mais frequentes em idade avançada, como a perda dentária. A perda dos dentes tem como consequências alterações estéticas, mas também fonéticas e funcionais, com grande impacto na qualidade de vida do indivíduo. Estas perdas podem ser colmatadas com a colocação de próteses dentárias, que requerem cuidado e atenção redobrados. A utilização de prótese dentária não está recomendada durante a noite, pelo que deverá ser conservada nesse período, recorrendo a produtos desinfetantes específicos para o efeito. A sua higienização deverá, também, ser realizada diariamente, recomendando-se uma lavagem após as refeições. Uma abordagem mais definitiva poderá incluir a colocação de implantes, que deverá ser discutida com o médico dentista. Outra questão que importa ter em conta no idoso é a xerostomia, muitas vezes provocada por medicamentos como anti-histamínicos, analgésicos ou diuréticos. Um fluxo insuficiente de saliva torna o indivíduo mais suscetível ao desenvolvimento de cárie dentária; assim, são necessárias estratégias que promovam a reposição da hidratação bucal, como o recurso a rebuçados sem açúcar ou substitutivos de saliva. Como referido anteriormente, no ponto *1.4.1.c),* o idoso deve visitar o médico dentista com mais frequência. Na eventualidade de alguma patologia a nível oral, e uma vez que os dentes perdem sensibilidade com a idade, o surgimento de sintomas, como a dor, pode acontecer tardiamente. O não tratamento precoce de uma cárie dentária, por exemplo, poderá ditar a necessidade de remoção do dente afetado, contribuindo para um aumento do número de dentes perdidos.[72-74]

v. Diabético: O indivíduo diabético poderá apresentar algumas manifestações ao nível da saúde oral, como é o caso de xerostomia, dificuldade em saborear os alimentos e erupção dentária precoce, na criança. Poderá, ainda, estar mais suscetível a desenvolver cárie dentária, doença periodontal e infeções orais. Por estes motivos, aconselha-se a que o indivíduo diabético cumpra criteriosamente todas as medidas preventivas de doença oral e controle regularmente os níveis de glicemia.[75]

1.4.4. Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral

Em Portugal, foi criado, em 2005, o Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral (PNPSO), que se insere no Plano Nacional de Saúde 2012-2016 (extensão a 2020) e que visa, sobretudo, "reduzir a incidência e a prevalência das doenças orais". As estratégias de intervenção assentam na melhoria dos conhecimentos e comportamentos populacionais acerca desta temática – com a incitação à prática de hábitos de vida saudáveis e consequente prevenção de cárie dentária –, assim como na promoção da equidade no acesso a cuidados de saúde oral – com a atribuição de cheques-dentista a vários uten-

tes do SNS, a partir de 2008. Em adição, e de modo a incutir a temática da saúde oral no dia-a-dia das crianças de forma flexível e integrada, foi ainda criado, em 2011, o projeto Saúde Oral Bibliotecas Escolares (SOBE). Nesse âmbito, todas as bibliotecas escolares passaram a dispor de *kits* SOBE, constituídos por materiais lúdico-didáticos que incentivam as crianças à aprendizagem da temática.[76-79]

1.5. Trabalhos desenvolvidos

Dada a problemática constatada e explanada no ponto *1.1.*, decidi elaborar uma **brochura** subordinada ao tema "Saúde Oral" (**Anexo III**), onde estão descritos alguns cuidados a ter aquando da higienização oral e explicadas as doenças orais mais frequentes, anteriormente descritas neste trabalho. Desta forma, pretendi incentivar o utente à adoção de comportamentos corretos, além de o informar acerca de conceitos que pudesse desconhecer. Distribuí as brochuras aos utentes que mostraram interesse pela temática, tendo verificado bastante satisfação por parte dos mesmos. No mesmo contexto, elaborei, ainda, um breve **questionário** (**Anexo IV**) aos utentes que se mostravam recetivos, cujo intuito se prendeu com a avaliação dos hábitos de saúde oral da população frequentadora da FCL. A análise dos resultados obtidos ao questionário aplicado encontra-se disponível no **Anexo V**.

1.6. Conclusão

O bem-estar pessoal e um bom estado de saúde em geral fazem parte de um conjunto de fatores preponderantes à obtenção de qualidade de vida. A saúde oral tem, por isso, um forte impacto na autoestima do indivíduo, na medida em que influencia ações humanas tão simples como falar, sorrir, comer ou até socializar. Deste modo, a ausência de doença oral deve ser promovida pelos vários profissionais de saúde, através do incentivo à adoção de um estilo de vida saudável, livre de comportamentos de risco que poderão afetar a dentição. É nessa perspetiva que o farmacêutico deverá atuar, por constituir o profissional de saúde mais próximo da população em geral. Na maioria dos casos, o farmacêutico representa o primeiro auxílio que os utentes procuram, revelando ter potencial para tratar problemas menores relacionados com a saúde oral. Esta é uma situação recorrente, com maior representação nas populações mais desfavorecidas ou com acesso limitado a cuidados dentários.[40,80]

Através da elaboração da brochura "Saúde Oral", foi-me possível contribuir para a educação dos utentes sobre esta temática, abordando conceitos e informação que considero de extrema importância para a manutenção da sua saúde oral. Já a realização do questionário permitiu-me perceber quais as áreas sobre as quais é mais urgente intervir e aconselhar, como a frequência de visita ao médico dentista, e que mais literacia não é, imediatamente, sinónimo de mais cuidados.

2. Contraceção

2.1. Contextualização do tema

Nos dias de hoje, a educação sexual é já objeto de inclusão obrigatória nos projetos educativos das escolas, dada a sua importância no contexto da saúde da população.[81,82] Ainda assim, e apesar de considerar ser um assunto amplamente discutido, alguns momentos de dispensa farmacêutica alertaram-me para a necessidade de esclarecimento da população acerca de métodos contracetivos, assim como de Contraceção de Emergência (CE). Relato, de seguida, dois casos que foram totalmente incitadores à realização de um trabalho relacionado com esta temática.

Caso 1

AD, mulher de 30-35 anos, apresenta-se na FCL com queixas de desconforto na região abdominal e ausência de menstruação há quase duas semanas. Quando questionada acerca da utilização de métodos contracetivos, a utente refere que tinha colocado o Dispositivo Intrauterino (DIU), mas que fora removido fazia dois meses. Refere ainda que, até ao momento, mantém relações sexuais desprotegidas. É sugerida a hipótese de gravidez, para seu grande espanto, uma vez que desconhecia a possibilidade de engravidar logo após remoção do DIU. Depois de alguns esclarecimentos, é dispensado um teste de gravidez, assim como um boião de recolha de urina para maior comodidade na realização do mesmo.

Caso 2

MO, mulher de 30-35 anos, solicita a "pílula do dia seguinte". Depois de responder a algumas questões colocadas, como "Quando ocorreu a relação sexual?" ou "Alguma vez tomou CE?", a sr.ª MO refere que o seu médico lhe desaconselha a toma de contraceção hormonal oral por ser fumadora. É sugerido à utente aconselhamento médico na procura de alternativas adequadas à sua situação e/ou o abandono do hábito, além da recomendação do uso de preservativo – alternativa prontamente rejeitada porque "o companheiro não gosta de o usar". A CE é dispensada após algumas recomendações, salientando a importância de encontrar uma solução favorável à saúde da utente.

2.2. Métodos contracetivos hormonais

2.2.1. Estroprogestativos

Os estroprogestativos são métodos contracetivos hormonais que contêm etinilestradiol e um progestagénio na sua composição. Estas hormonas sintéticas, semelhantes às naturais, permitem que os ovários se mantenham em repouso, pelo que o seu mecanismo de ação passa pela inibição da ovulação: os estrogénios inibem a secreção da Hormona Folículo-Estimulante (FSH), enquanto que os progestagénios impedem o aumento dos níveis da Hormona Luteinizante (LH). Deste modo, a mulher não tem período fértil, não podendo engravidar. Adicionalmente, a funcionalidade do endométrio é alterada e a viscosidade do muco cervical é aumentada, o que dificulta a mobilidade e, consequentemente, a penetração dos espermatozóides. O uso continuado deste método não diminui a fertilidade futura, pelo que a mulher poderá engravidar quando interromper a toma do estroprogestativo. Estes métodos apresentam elevado grau de eficácia na prevenção da gravidez (99%), desde que utilizados corretamente, não interferindo com a relação sexual. Através da combinação destas duas hormonas, é melhorado o potencial anticoncecional, permitindo que mulheres de todas as idades os possam utilizar.[83-85]

a) Estroprogestativos orais

O **Contracetivo Oral Combinado (COC)**, também chamado de estroprogestativo oral e vulgarmente conhecido como "pílula combinada", pode ser monofásico, em que todos os comprimidos apresentam a mesma dosagem; bifásico, cujos comprimidos apresentam duas dosagens diferentes; ou trifásico, cujos comprimidos apresentam três dosagens, visando simular o ciclo menstrual. Com a toma deste tipo de contracetivo oral, os ciclos menstruais tornam-se mais regulares, podendo, inclusivamente, auxiliar em casos de dismenorreia e de fluxo menstrual avultado. A posologia do COC é feita dependendo do tipo de pílula. Os COC de 21 dias são constituídos por 21 comprimidos hormonais, devendo tomar-se um comprimido diário durante esses 21 dias; posteriormente, a toma é interrompida por um período de 7 dias, em que ocorrerá uma hemorragia de privação, iniciando-se um novo ciclo ao oitavo

dia. Os COC de 28 dias são constituídos por 24 comprimidos hormonais e 4 comprimidos placebo, pelo que deverá tomar-se um comprimido diário durante 28 dias, sem período de interrupção. Ocorrerá, igualmente, uma hemorragia de privação, durante a toma dos comprimidos placebo. É importante que a toma dos comprimidos seja feita diariamente e à mesma hora, de modo a evitar esquecimentos. Da utilização de contraceção hormonal oral, poderão advir alguns efeitos adversos que, geralmente, apresentam caráter transitório, tais como cefaleias, náuseas e vómitos, *spotting*, amenorreia, mastodínia ou alteração de peso associada ao aumento do apetite. Importa referir que alguns medicamentos, como é o caso dos antibióticos, pode interferir na sua eficácia.[83,84,86,87]

b) Outros estroprogestativos

Além do COC, também o anel e o adesivo contracetivos são estroprogestativos, mas com via de administração vaginal e transdérmica, respetivamente. Estes são métodos que não requerem empenho diário por parte da mulher, mas que mantêm as vantagens dos contracetivos hormonais combinados, estando associados a um aumento da adesão e da continuidade da utilização. Também constituem opções viáveis em casos de contraindicação da via oral.[88]

O **anel contracetivo** é transparente, flexível e de textura suave, com cerca de 5 cm de diâmetro. As hormonas estão impregnadas no anel, difundindo-se para a corrente sanguínea numa dose constante, através da parede vaginal. Por esse motivo, apresenta efeitos adversos mais ligeiros comparativamente ao COC, que incluem apenas cefaleia ou *spotting*. O anel é inserido na vagina uma vez por mês – como se de um tampão se tratasse –, permanecendo colocado durante 21 dias (3 semanas). No início da quarta semana, o anel é retirado para um período de interrupção de 7 dias, durante o qual surge a hemorragia de privação. Após o período de interrupção, introduz-se um novo anel. Ainda que não seja necessário retirá-lo durante a relação sexual, este pode ser removido por um período de 3 horas sem que a sua eficácia seja diminuída. Caso o anel tenha sido expulso durante a relação sexual, este deve ser lavado com água e recolocado. A sua utilização é compatível com o uso de preservativo, espermicidas ou lubrificantes.[89-91]

O **adesivo contracetivo** tem uma coloração bege, é quadrado e confortável. As hormonas estão impregnadas no adesivo, difundindo-se para a corrente sanguínea através da pele, que deve estar seca, limpa e sem pelos aquando da sua aplicação. Preferencialmente, o adesivo deve ser aplicado em locais como os braços, costas, abdómen ou nádegas, e nunca sobre o peito, devendo o local ser alternado em cada aplicação. A aplicação do adesivo é feita semanalmente e nunca deve ser retirado durante esse período, devendo ser substituído se se verificar que está parcialmente descolado. Após uma semana de utilização, o adesivo deve ser substituído. Um ciclo completo de utilização inclui três adesivos semanais e um período de interrupção de 7 dias, durante o qual surge a hemorragia de privação. Alguns efeitos adversos possíveis incluem reação alérgica ou irritação no local de aplicação, além dos referidos para o COC. De referir que a eficácia deste método pode estar diminuída em mulheres com peso igual ou superior a 90 kg.[92-94]

Em ambos os métodos, a eficácia não é afetada em situação de vómitos ou diarreia, o que lhes confere uma grande vantagem. No entanto, alguns medicamentos poderão interferir na sua eficácia, pelo que ainda não está bem estabelecido se os antibióticos diminuem a segurança contracetiva. Nestes casos, aconselha-se a utilizar um método contracetivo adicional durante o tratamento e 7 dias após o seu término.[91,93]

2.2.2. Progestativos

Os progestativos são métodos contracetivos hormonais que contêm apenas progestagénio na sua composição. A ausência de estrogénios permite que estes métodos sejam considerados em casos para os quais há contraindicação da utilização de estrogénios, como para mulheres em fase de amamentação (a partir das 6 semanas pós-parto) ou em situação de perimenopausa, e, ainda, para mulheres fumadoras com idade superior a 35 anos, que sofram de enxaqueca sem aura, obesidade, diabetes, hipertensão arterial ou risco de tromboembolismo. À semelhança dos métodos estroprogestativos, os métodos progestativos apresentam elevada eficácia, não interferem com a relação sexual e o seu uso continuado não compromete a fertilidade futura. No entanto, apesar de aliviarem a dismenorreia, os progestativos estão associados a irregularidades no ciclo menstrual com alterações do padrão hemorrágico, podendo ocorrer hemorragias ligeiras entre menstruações (*spotting*) ou total ausência de menstruação (amenorreia).[84,88,95]

a) Progestativos orais

O **Contracetivo Oral com Progestagénio (COP)**, também chamado de progestativo oral e vulgarmente conhecido como "pílula sem estrogénios", é constituído por 28 comprimidos, pelo que a toma deve ser diária e continuada, sem período de interrupção. Como referido para o COC, poderão advir alguns efeitos adversos da utilização de contraceção hormonal oral que, geralmente, apresentam caráter transitório. Para o COP, são exemplo as cefaleias, náuseas e vómitos, amenorreia ou alteração de peso associada ao aumento do apetite. Ainda que alguns medicamentos interfiram na sua eficácia, tal não acontece com os antibióticos, ao contrário do COC.[84,96]

b) Outros progestativos

Outros métodos contracetivos progestativos constituem uma alternativa segura para mulheres com contraindicação ou intolerância aos estrogénios, sendo eles o progestativo injetável, com via de administração intramuscular, e o implante subcutâneo e o Sistema Intrauterino (SIU), que constituem métodos reversíveis de longa duração. Estes métodos são também uma opção a considerar quando a mulher não pretende um método contracetivo de utilização diária, estando, inclusivamente, indicados em determinadas outras situações.[88]

O **progestativo injetável** trata-se de um método contracetivo hormonal muito seguro e eficaz, em que uma injeção é administrada por via intramuscular de 12 em 12 semanas. Este método é especialmente indicado quando há interações medicamentosas entre os contracetivos orais e medicamentos utilizados no tratamento da tuberculose e epilepsia, por exemplo; quando a mulher sofre de algum tipo de deficiência mental que não lhe permita a utilização de um método contracetivo de uso regular; ou na eventualidade de existir alguma situação patológica que venha a beneficiar da utilização deste contracetivo, como é o caso da anemia de células falciformes, endometriose e epilepsia. Em adição, a amenorreia provocada pode ser benéfica em situações de anemia crónica, uma vez que a eritropoiese é estimulada e os níveis de hemoglobina são aumentados. Contudo, o progestativo injetável pode causar cefaleia, acne, queda de cabelo, mastodínia, diminuição da libido e aumento de peso por aumento do apetite (cerca de 1 a 2 kg ao ano). Outro efeito adverso e mais grave que os anteriores é a possibilidade de diminuição da densidade óssea, ainda que seja possível a recuperação da massa óssea perdida

quando o método é suspendido. Ainda que não haja compromisso definitivo da fertilidade, o seu restabelecimento pode ser atrasado em alguns meses após a suspensão do método.[97,98]

O **implante subcutâneo** caracteriza-se por um pequeno bastonete semirrígido com cerca de 4 cm de comprimento que é inserido sob a pele da face interna do antebraço, num procedimento simples realizado em consulta médica sob anestesia local (assim como a sua remoção). O implante liberta, gradual e continuamente, progestagénio para a corrente sanguínea, mantendo a sua elevada eficácia por um período de 3 anos. Após este período, o implante pode ser substituído por outro, se assim for desejável; caso seja removido, a fertilidade da mulher é imediatamente restabelecida. Contrariamente ao progestativo injetável, o implante subcutâneo não apresenta implicações ao nível da densidade óssea; no entanto, é recomendada a sua remoção caso ocorra acidente vascular tromboembólico, doença cardíaca isquémica, hipertensão, cefaleia com alteração da visão, icterícia ou doença hepática. Após a inserção do implante, a mulher deve ser observada num prazo de 3 meses, passando, posteriormente, a ser avaliada em 6 meses a 1 ano.[99-101]

O **SIU** caracteriza-se por um pequeno dispositivo, constituído por finas hastes em forma de "T", com vista a ser inserido na cavidade uterina através de um procedimento simples. O SIU contém um reservatório de progestagénio que promove uma libertação contínua da hormona para o útero, constituindo um dos métodos contracetivos mais eficazes e que não interfere com a relação sexual. Por constituir um método de longa duração reversível, o dispositivo permanece colocado no útero por um período de 3 a 5 anos, podendo a mulher substituí-lo por um novo quando o prazo terminar ou removê-lo definitivamente, restabelecendo imediatamente a sua fertilidade. Tal como os restantes métodos contracetivos progestativos, a dismenorreia e as perdas de sangue tendem a ser menores, ainda que se possa verificar algum *spotting* nos primeiros 6 meses de utilização. Ao fim de 1 ano, a maioria das mulheres deixa mesmo de menstruar, podendo ser uma opção a considerar exatamente por esse motivo. Alguns efeitos adversos reportados incluem cefaleia, acne, mastodínia, aumento de peso e algum corrimento vaginal sem significado patológico. Após a colocação do SIU, a mulher deve ser observada num prazo de 4 a 6 semanas, passando, posteriormente, a ser avaliada em 6 meses a 1 ano.[102-104]

2.3. Métodos contracetivos não hormonais

2.3.1. Dispositivo Intrauterino

O **DIU** é em tudo semelhante ao SIU, à exceção da sua composição e, evidentemente, mecanismo de ação e efeitos fisiológicos. O DIU é constituído por um fio ou cilindros de cobre, libertando iões de cobre no útero que atuam em duas frentes: através da indução de uma reação inflamatória que impossibilita a mobilidade e, consequentemente, a sobrevivência dos espermatozóides; e tornando a parede uterina pouco propícia à ocorrência de nidação, atuando como uma barreira mecânica. De notar que o DIU, por ser um método contracetivo não hormonal, não impede a ovulação, pelo que os ovários da mulher e os seus ciclos menstruais se mantêm no funcionamento normal. Por esse motivo, e ao contrário do SIU, o DIU não produz efeitos ao nível do alívio da dismenorreia, assim como não conduz a amenorreia. Pelo contrário, o DIU pode causar cãibras e tornar o fluxo menstrual mais abundante e prolongado, o que pode conduzir a situações de anemia se as reservas de ferro da mulher estiverem diminuídas. Além de permanecer um dos métodos contracetivos mais eficazes, o DIU constitui um método contracetivo reversível de duração superior ao SIU, uma vez que pode permanecer colocado por um período entre 5 a 10 anos, com restabelecimento da fertilidade após a sua remoção. Constitui, tam-

bém, uma opção perfeitamente viável quando a contraceção hormonal está contraindicada, incluindo quando há contraindicação ou intolerância ao uso de estrogénios. Importa referir que a toma continuada de anti-inflamatórios diminui o seu efeito contracetivo, devendo, por isso, recorrer-se a um método contracetivo suplementar.[103-105]

2.3.2. Métodos barreira

a) Preservativos

Os preservativos masculino e feminino atuam como uma barreia física durante o ato sexual, prevenindo a gravidez. Contudo, em caso de rotura, o efeito contracetivo é perdido, devendo ser considerada a utilização de CE. De notar que o preservativo é o único método contracetivo que previne Infeções Sexualmente Transmissíveis (IST) – como o VIH, vírus da hepatite B, clamídia ou gonorreia –, pelo que deve ser sempre utilizado, sozinho ou em combinação com outro método, quando não há conhecimento específico do risco de infeção por transmissão sexual. As infeções pelo HPV, sífilis ou herpes genital não são tão eficazmente prevenidas com o uso do preservativo, uma vez que também se transmitem por contacto cutâneo. Caso haja falha do método, deve recorrer-se imediatamente ao médico se houver risco de transmissão de IST.[106,107]

O **preservativo masculino** constitui um método contracetivo que é utilizado pelo homem. É uma proteção flexível e pré-lubrificada, concebida para ser colocada sobre a glande do pénis ereto previamente ao contacto sexual, impedindo que os espermatozóides atinjam o oócito e que ocorra fecundação, o que originaria uma gravidez. O preservativo masculino está disponível em dois materiais distintos: em látex, mais comummente utilizado, ou em poliuretano ultrafino, geralmente utilizado em situações de reação alérgica ao látex ou sempre que a mulher faça terapêutica vaginal com cremes ou óvulos incompatíveis com os preservativos em látex. Ambos são altamente seguros e eficazes na prevenção de gravidez, desde que utilizados corretamente. O preservativo masculino deve permanecer colocado durante todo o ato sexual, sendo, então, cautelosamente removido logo após ejaculação, com o pénis ainda ereto. O preservativo masculino poderá, por isso, auxiliar em situações de ejaculação precoce. Este método contracetivo é de utilização única e não deve ser utilizado em simultâneo com o preservativo feminino, por existir maior risco de rutura. Em adição, é um método compatível com a utilização de lubrificantes, ainda que, com os preservativos de látex, só possam ser utilizados lubrificantes à base de água, já que os lubrificantes à base de óleos os podem danificar.[106-108]

O **preservativo feminino** é um método contracetivo dificilmente encontrado em Portugal. É constituído por um tubo à base de nitrilo com um anel em cada uma das extremidades, retendo o esperma na extremidade fechada e evitando, assim, que os espermatozóides entrem em contacto com o colo do útero, impossibilitando a gravidez. O preservativo feminino é introduzido profundamente na vagina estreitando o anel interior, enquanto que o anel exterior cobre os pequenos lábios. Pode ser colocado até 8 horas antes da relação sexual, não sendo necessária a sua remoção imediatamente após ejaculação. É também um método de utilização única, mais resistente que o preservativo masculino e de mais fácil utilização em casos de disfunção erétil.[106,109]

b) Diafragma

O **diafragma** é também um método contracetivo pouco utilizado em Portugal, que se caracteriza como um dispositivo de borracha flexível destinado à introdução vaginal, por forma a cobrir o colo do

útero e impossibilitar o contacto com os espermatozóides, prevenindo a gravidez. O diafragma pode ser introduzido até 24 horas antes do contacto sexual, não interferindo com o mesmo, podendo ser reutilizado se convenientemente lavado. No entanto, é um método de difícil utilização e de menor eficácia, pelo que o seu uso deve estar sempre associado a um espermicida. Apesar de constituir um método contracetivo barreira, não previne IST.[110,111]

2.3.3. Espermicidas

Os **espermicidas** podem apresentar-se sob a forma de creme, gel, espuma, esponja, membrana, cone ou comprimido vaginal, com vista a serem introduzidos profundamente na vagina pelo menos 10 minutos antes da ejaculação. São contracetivos químicos que não apresentam efeito sistémico, mas que diminuem a capacidade de fecundação dos espermatozóides, inativando-os. A sua eficácia é relativamente baixa, sendo usualmente aconselhados como coadjuvantes de outros métodos contracetivos. Os cremes e os cones podem auxiliar na lubrificação vaginal, ainda que constitua um método que possa interferir com a relação sexual. Além disso, há a possibilidade de ocorrer reação alérgica ou irritativa, assim como um maior risco de desenvolvimento de infeções urinárias. Nas 6 horas que sucedem o ato sexual, não devem ser efetuados duches vaginais, por forma a não diminuir o efeito contracetivo.[112,113]

2.4. Métodos cirúrgicos definitivos

Os métodos cirúrgicos definitivos são métodos de contraceção permanentes e, muito potencialmente, irreversíveis, aos quais tanto a mulher como o homem se podem submeter. A esterilização voluntária deve ser uma decisão tomada com total segurança e conhecimento de que o indivíduo não gerará mais descendência, de modo a evitar que este se venha a arrepender. Os métodos cirúrgicos definitivos não têm efeitos colaterais conhecidos a longo prazo, pelo que não interferem no normal funcionamento dos órgãos sexuais ou no desempenho sexual. Por conseguinte, são métodos que apesar de prevenirem a gravidez, não previnem IST.[114,115]

A **laqueação tubária bilateral**, ou laqueação de trompas, consiste num conjunto de procedimentos que leva à interrupção das trompas, seja através do seu corte ou bloqueio por colocação de anéis ou *clips*. Desta forma, a fecundação do oócito pelos espermatozóides é impossibilitada, pelo que não ocorre gravidez. Ainda assim, a mulher continua a menstruar. Este procedimento, apesar de bastante simples, pode raramente apresentar algumas complicações imediatas, como infeção ou hemorragia e lesão de órgãos internos. Muito raramente, mulheres submetidas a laqueação de trompas podem fazer, futuramente, gravidez ectópica.[114,115]

A **vasectomia** é um procedimento realizado no homem e que consiste na interrupção do canal deferente, estrutura essa que conduz os espermatozóides do epidídimo à uretra para posterior expulsão através do esperma. Deste modo, continua a ocorrer ejaculação após a intervenção, ainda que o ejaculado não contenha espermatozóides. Comparativamente à laqueação de trompas, é um método mais simples, mais seguro e ligeiramente mais eficaz, embora não imediatamente, por serem necessárias 20 ejaculações ou um período de 3 meses para que a intervenção seja considerada exitosa. Desta forma, aconselha-se a utilização de um método contracetivo suplementar durante este período. Na primeira semana de pós-operatório, é comum ocorrer dor e edema do escroto, com a rara possibilidade de complicações imediatas como infeção, hemorragia ou hematoma do escroto.[114,115]

2.5. Métodos naturais de abstinência periódica

A utilização de métodos naturais é altamente falível, uma vez que implica um pleno conhecimento das modificações fisiológicas que ocorrem na mulher ao longo de todo o ciclo menstrual e o empenho conjunto do casal. São, por isso, altamente desaconselhados em mulheres cujo ciclo menstrual é irregular, como na fase da adolescência ou no período de amamentação. Estes métodos baseiam-se no princípio de reconhecimento do período potencialmente fértil da mulher, durante o qual há abstenção de relação sexual vaginal para que não ocorra gravidez. Pelo contrário, a utilização destes métodos pode também ser útil quando há desejo de engravidar.[116]

Existem quatro métodos que permitem calcular o período fértil: o **método do calendário**, que prevê a duração provável do período fértil com base na duração dos últimos seis ciclos menstruais; o **método da temperatura basal**, que tem como premissa o aumento da temperatura basal após a ovulação, que geralmente oscila 0,3 a 0,8ºC; o **método do muco cervical**, que resulta da observação do muco cervical e suas características, aumentando em volume e elasticidade no dia em que se inicia o período ovulatório; e o **método sintotérmico**, que resulta da relação dos métodos da temperatura basal e do muco cervical, associando outros sinais como a tensão mamária ou a dor ovulatória.[116,117]

2.6. Contraceção de Emergência

A CE constitui o único método que permite evitar a gravidez após a relação sexual desprotegida ou aquela em que houve falha do método contracetivo habitual, seja por esquecimento ou redução da sua eficácia. Aquando destas situações, deve ser igualmente considerada a possibilidade de transmissão de IST, além da eventual gravidez indesejada. A CE não é abortiva ou teratogénica.[118,119]

A forma mais comum de CE é a **Contraceção Oral de Emergência (COE)**, vulgarmente conhecida como “pílula do dia seguinte”. Caracteriza-se por um comprimido de toma única, encontrando-se, atualmente, duas substâncias disponíveis em Portugal: levonorgestrel, que pode ser utilizado até 72 horas (3 dias) após a relação sexual de risco; e acetato de ulipristal, que pode ser utilizado até um máximo de 120 horas (5 dias) posteriormente à relação sexual de risco. Ambas atuam retardando a ovulação, além de que impedem a fertilização do oócito pelo espermatozóide e a nidação, pelo que não são efetivas se a mulher já estiver grávida. Importa referir que a eficácia da COE é tanto maior quanto mais precocemente for iniciado o tratamento, e que esta não protege relações sexuais subsequentes, uma vez que o retorno à fertilidade é imediato; é, por isso, recomendada a associação a um método contracetivo de barreira até à menstruação seguinte. A utilização de COE é segura para todas as mulheres, incluindo aquelas cuja contraceção hormonal continuada está desaconselhada, uma vez que a dose de progestativo é única e de curta duração. No entanto, desaconselha-se mais do que uma utilização no mesmo ciclo menstrual, não devendo a COE ser encarada como um método contracetivo de uso regular – mas de recurso –, pelo que deve ser incentivado o uso de outros métodos contracetivos futuros. Após a sua utilização, a menstruação/hemorragia ocorre, habitualmente, no período esperado; contudo, em alguns casos, poderá antecipar-se ou atrasar-se. Quando há atraso inferior a uma semana, não há motivo para preocupação; caso contrário, deverá ser realizado um teste de gravidez, uma vez que a COE pode ter falhado. Os efeitos adversos possíveis, ainda que pouco frequentes, são náusea e vómitos, sendo que a toma deve ser repetida se o vómito ocorrer nas 2 a 3 horas posteriores à mesma. Pode ainda surgir tensão mamária, cefaleia ou tonturas, mas dor abdominal intensa 3 a 5 semanas após a toma da COE deve ser reportada ao médico. O método contracetivo de uso regular pode ser

continuado após a utilização de COE, ainda que a retoma do mesmo só deva acontecer 5 dias depois da toma, no caso do acetato de ulipristal. De referir que antiepiléticos, antirretrovirais, antituberculosos e hipericão poderão interferir na eficácia da COE.[118-122]

Segundo a Direção-Geral de Saúde (DGS), o **DIU** pode também ser utilizado como CE, ainda que o facto de se tratar de um procedimento mais invasivo limite a sua utilização, sendo apenas aconselhado se se pretender o início simultâneo de um método contracetivo de longa duração. Enquanto CE, apresenta um grau de eficácia superior à COE, podendo mesmo ser utilizado após as 120 horas.[88,119,120]

2.7. Trabalho desenvolvido

No âmbito da temática abordada, realizei um **panfleto** intitulado "Métodos Contracetivos e ainda: Contraceção de Emergência" (**Anexo VI**), com vista a ser distribuído aos utentes da FCL que dele pudessem beneficiar. Redigi o panfleto utilizando linguagem que considero adequada a utentes de várias faixas etárias e com variados níveis de literacia, abordando cada método contracetivo individualmente para mais fácil identificação e compreensão dos conteúdos. Tendo em conta o espaço limitado pelo panfleto, e tentando não assoberbar o utente com demasiada informação, enumerei apenas aqueles que considero pontos-chave no que diz respeito aos mais importantes métodos contracetivos, assim como à CE.

2.8. Conclusão

Qualquer que seja o método contracetivo utilizado, principalmente no caso da contraceção hormonal, este deve ser sempre adequado às necessidades da mulher, sejam elas fisiológicas ou pessoais. A mulher pode, segundo este princípio, alterar as escolhas contracetivas ao longo da sua vida, pelo que a variedade de métodos contracetivos disponível no mercado permite que a continuidade do método e a adesão à terapêutica sejam sempre garantidas. Apesar disso, situações como as descritas no ponto *2.6.* podem ditar a necessidade de se recorrer a CE, pelo que é função do farmacêutico prestar os devidos esclarecimentos acerca da mesma e aconselhar o utente acerca de métodos contracetivos regulares, por forma a garantir que a CE não constitua um método de utilização frequente.[88,119,121]

A realização deste trabalho permitiu não só informar e esclarecer, passivamente, potenciais dúvidas dos utentes acerca da panóplia de métodos contracetivos existente, como contribuir pessoalmente para a minha formação profissional, de modo a que pudesse aconselhar e esclarecer com clareza os utentes que me abordassem em situação de dispensa farmacêutica.

3. Medicamentos e Produtos de Uso Veterinário

3.1. Contextualização do tema

Apesar da esmagadora maioria dos utentes da FCL pretender adquirir Medicamentos e Produtos de Uso Humano (MPUH) aquando da visita à farmácia, pude constatar que, ocasionalmente, chegavam pedidos de MPUV. Tal dever-se-á ao facto de, atualmente, a farmácia representar uma unidade prestadora de cuidados de saúde também para os animais, onde a procura de medicamentos e produtos indicados na higiene, bem-estar e cuidado animal tem vindo a aumentar. Deste modo, e reconhecendo a existência de uma lacuna no meu conhecimento acerca desta temática, pensei que seria pertinente elaborar um trabalho subordinado a este tema.

3.2. Introdução ao tema

Há milénios que diversas espécies, especialmente a canina e felina, têm vindo a ser domesticadas pelo Homem, seja com uma finalidade prática – como fonte de alimento, com propósitos de treino de caça, militar ou segurança, assim como para auxílio de pessoas incapacitadas –, seja para benefício psicossocial, nomeadamente no que diz respeito a animais de companhia.[123]

A interação do Homem com animais de companhia apresenta um papel preponderante em vários aspetos da vida humana, quer a nível do desenvolvimento psicossocial, quer em termos de maior qualidade de vida associada à companhia que proporcionam. No entanto, a relação dos animais domésticos com o ambiente resulta na transmissão direta ou indireta de agentes patogénicos, especialmente preocupantes para o Homem se forem causa de zoonoses. Nesse sentido, o contacto humano com os resíduos do animal, a sua saliva, pele ou pelo e ocorrência de arranhões, mordeduras ou picadas de pulgas ou carraças podem constituir uma fonte de transmissão. Os parasitas são os principais responsáveis pelas doenças zoonóticas transmitidas por animais domésticos, pelo que mais de sessenta espécies de parasitas são por estes transmitidas. A contaminação ambiental por formas parasitárias em espaços públicos ocorre, principalmente, devido à defecação dos animais sem posterior remoção das fezes, o que implica sérios riscos para a saúde animal e pública. Deste modo, a desparasitação é de extrema importância, devendo os animais ser frequentemente desparasitados.[123-126]

3.3. Parasitas

O parasita trata-se de um organismo fisiologicamente dependente de um hospedeiro, geralmente de outra espécie, do qual se alimenta e consegue proteção e condições ideais à sua reprodução. O parasita pode, deste modo, alterar a saúde do hospedeiro em benefício próprio, permanecendo associado durante todo o seu ciclo de vida ou apenas em parte deste. Quanto à sua localização no organismo do hospedeiro, o parasita pode ser classificado como endoparasita (parasita interno) ou ectoparasita (parasita externo).[124,127]

3.3.1. Endoparasitas

Os endoparasitas, causadores de parasitoses internas, subdividem-se em dois grandes grupos: os protozoários (microscópicos) e os helmintas (macroscópicos). Os protozoários são seres unicelulares eucariotas, dotados de capacidades de sobrevivência na natureza, destacando-se a *Giardia spp.* e a *Leishmania spp.*, enquanto agentes zoonóticos (**Anexo VII, Tabela 3**). Já os helmintas, constituem um grupo heterogéneo de vermes metazoários, que incluem os céstodes, os tremátodes e os nemátodes. Os céstodes, vulgarmente conhecidos por ténias, infetam, geralmente, mais do que um hospedeiro, necessitando de um ou vários hospedeiros intermediários e de um hospedeiro definitivo, como caninos, felinos ou humanos até atingir a forma adulta, que coloniza, habitualmente, o intestino dos infetados. Os céstodes causadores de infeções zoonóticas mais relevantes em caninos e felinos são o *Echinococcus spp.*, o *Dipylidium caninum* e a *Taenia spp..* Os tremátodes apresentam uma morfologia achatada, podendo afetar o Homem ao nível dos tratos gastrointestinal (GI) e urinário, pulmões ou fígado. No que diz respeito às infeções parasitárias zoonóticas transmitidas por animais de companhia, esta classe não apresenta grande relevância em Portugal. Os nemátodes, vulgarmente conhecidos por lombrigas, são vermes cilíndricos que podem habitar o trato GI, os sistemas linfático ou sanguíneo e tecidos subcutâneos, quando na sua forma adulta; já a forma larvar pode infetar vários outros tecidos. Os

nemátodes GI mais relevantes no contexto Homem-animal de companhia podem subdividir-se em ascarídeos (*Toxocara spp.*), ancilostomídeos (*Ancylostoma caninum, A. braziliense* e *Uncinaria stenocephala*) e tricurídeos (*Trichuris vulpis*); os não-GI incluem espécies como *Dirofilaria immitis, D. repens* e *Thelazia callipaeda* (**Anexo VII, Tabela 4**).[127-131]

a) Medicamentos veterinários e parasitoses internas

O contacto dos animais com fezes contaminadas é a principal forma de infestação, no que aos parasitas internos diz respeito. A desparasitação interna dos animais domésticos é, por isso, essencial, devendo iniciar-se cerca das seis semanas de vida, salvo necessidade de desparasitação mais precoce. Deve repetir-se o procedimento em intervalos de duas a quatro semanas até aos seis meses de idade, sempre com aconselhamento médico-veterinário. Mais tarde, aconselha-se a que a desparasitação interna se repita a cada três a quatro meses, uma vez que casos de reinfeção são muito frequentes. Ao proteger a saúde do seu animal doméstico, o Homem protege-se, também, a si próprio, uma vez que pode contrair várias zoonoses através do mesmo.[132,133]

Na **Tabela 5** estão representados os MV destinados à desparasitação interna dos animais de companhia disponíveis na FCL, incluindo informações acerca do seu mecanismo de ação, espécie-alvo e espetro de ação.

Tabela 5. Medicamentos veterinários utilizados em parasitoses internas.

Nome comercial	Substância ativa	Mecanismo de ação	Espécie-alvo	Espetro de ação		
				P	C	N
1. Tenil® Vet (*Atral-Cipan*)	Praziquantel	Modifica a permeabilidade membranar ao cálcio, provocando despolarização da membrana e morte do parasita[134]	Caninos Felinos	x	√	x
2. Strongid (*Pfizer*)	Pirantel	Agonista da acetilcolina; bloqueia a despolarização neuromuscular, provocando a morte do parasita[135]	Felinos	x	x	√
3. Drontal® (*Bayer*)	Praziquantel Pirantel	*Ver 1. Tenil® Vet + 2. Strongid*[136]	Felinos	x	√	√
4. Drontal® (*Bayer*)	Praziquantel Pirantel Febantel	*Ver 1. Tenil® Vet + 2. Strongid;* Febantel: Ação giardicida por esgotamento das reservas energéticas do parasita, através da inibição da polimerização da tubulina em microtúbulos[137]	Caninos	√	√	√
5. Milbemax® (*Novartis*)	Praziquantel Milbemicina	*Ver 1. Tenil® Vet;* Milbemicina: Atua em nemátodes GI e não-GI, provoca a hiperpolarização da membrana neuromuscular e morte do parasita (aumenta a ligação do glutamato e o fluxo de iões cloro)[138]	Caninos Felinos	x	√	√
6. Flubenol® (*Ecuphar*)	Flubendazol	Interage com o sistema de microtúbulos, provocando autólise e expulsão do parasita[139]	Caninos Felinos	x	√	√
7. Caniquantel® Plus (*Ecuphar*)	Praziquantel Fenbendazol	*Ver 1. Tenil® Vet;* Fenbendazol: Interage com o sistema de microtúbulos, provocando autólise e expulsão do parasita[140]	Caninos Felinos	√	√	√

P – Protozoários; C – Céstodes; N – Nemátodes.

3.3.1. Ectoparasitas

Os ectoparasitas, causadores de parasitoses externas, incluem pulgas, piolhos mastigadores, ácaros e carraças, que fixam e permanecem na pele, assim como flebótomos, mosquitos e moscas, que constituem os mais importantes vetores dos mais variados agentes patogénicos. Muitos ectoparasitas participam em ciclos de vida de endoparasitas e de outros organismos, como bactérias ou fungos. Por esse motivo, a sua eliminação trava a disseminação de diversos agentes patogénicos, alguns deles com potencial zoonótico.[128]

As pulgas são insetos hematófagos que constituem hospedeiros intermediários de *Dipylidium caninum* e vetores de bactérias como a *Bartonella spp.*, além de que podem provocar Dermatite Alérgica à Picada da Pulga (DAPP); os piolhos mastigadores, além de causarem danos diretos na pele do seu hospedeiro e anemia, por se alimentarem do seu sangue, podem constituir, também, hospedeiros intermediários de *Dipylidium caninum*; os ácaros podem causar queda do pelo do animal, sarna sarcóptica no cão e sarna notoédrica no gato (ambas zoonóticas) e afetar o canal auricular dos animais; as carraças provocam reação alérgica e são vetores de vários agentes patogénicos, causando doenças como a babesiose canina e a febre da carraça (zoonótica, pela transmissão de bactérias *Rickettsia spp.*); os flebótomos são pequenos insetos que constituem os vetores de *Leishmania spp.*; e os mosquitos e as moscas constituem hospedeiros de endoparasitas causadores de infeções zoonóticas, como a *Dirofilaria immitis* e *D. repens* (mosquito), e a *Thelazia callipaeda* (mosca).[133,141,142]

a) Medicamentos veterinários e parasitoses externas

Dadas as consequências para o próprio animal e o risco de infestação do seu dono, aliado à possibilidade de transmissão de agentes patogénicos zoonóticos, a desparasitação externa apresenta caráter essencial à saúde animal e humana, tanto em questão de tratamento como de prevenção. Por esse motivo, a desparasitação externa do animal deve iniciar-se entre as primeiras seis e oito semanas de vida, prolongando-se durante todo o ano. Atualmente, existem, no mercado, diversas formas farmacêuticas às quais se pode recorrer, como coleiras, que apresentam uma ação prolongada, soluções para unção punctiforme, com elevada eficácia demonstrada, soluções para pulverização cutânea, que apresentam um efeito mais imediato, e ainda comprimidos e comprimidos mastigáveis. No que concerne à desparasitação externa, é ainda de extrema importância manter o animal num ambiente livre de parasitas, tendo especial atenção aos espaços que este mais frequenta.[143]

Na **Tabela 6** estão representados os MV destinados à desparasitação externa dos animais de companhia disponíveis na FCL, incluindo informações acerca do seu mecanismo de ação, espécie-alvo e espetro de ação.

Tabela 6. Medicamentos veterinários utilizados em parasitoses externas.

Nome comercial	Substância ativa	Mecanismo de ação	Espécie-alvo	Espetro de ação					
				P	PM	C	F	MQ	M
1. Advantage® (*Bayer*)	Imidaclopride	Inibe a transmissão colinérgica, o que resulta em paralisia e morte do parasita (afinidade para os recetores nicotinérgicos da acetilcolina), atuando ainda nos estados larvares[144]	Felinos	√	X	X	X	X	X

Nome comercial	Substância ativa	Mecanismo de ação	Espécie-alvo	Espetro de ação					
				P	PM	C	F	MQ	M
2. Capstar® (*Elanco*)	Nitempiram	Inibe a transmissão colinérgica, o que resulta em paralisia e morte (afinidade para os recetores nicotinérgicos da acetilcolina)[145]	Caninos Felinos	√	X	X	X	X	X
3. NexGard® (*Merial*)	Afoxolaner	Induz hiperexcitação prolongada por bloqueio do fluxo de iões cloro (recetores GABA), provocando a morte do parasita[146]	Caninos	√	X	√	X	X	X
4. Bravecto® (*MSD*)	Fluralaner	Induz hiperexcitação prolongada por bloqueio do fluxo de iões cloro (recetores GABA e glutamato), provocando a morte do parasita[147]	Caninos	√	X	√	X	X	X
5. Frontline® Spray (*Boehringer Ingelheim*)	Fipronil	Induz hiperexcitação prolongada por bloqueio do fluxo de iões cloro (recetores GABA), provocando a morte do parasita (por contacto)[148]	Caninos Felinos	√	√	√	X	X	X
6. Frontline® Combo (*Boehringer Ingelheim*)	Fipronil (S)-metopreno	*Ver 5. Frontline® Spray;* (S)-metopreno: É um Regulador do Crescimento dos Insetos (RCI), pelo que inibe o desenvolvimento dos estágios imaturos dos insetos, provocando a morte de larvas e pupas de pulga[149]	Caninos Felinos	√	√	√	X	X	X
7. Frontline® Tri-Act (*Merial*)	Fipronil Permetrina	*Ver 5. Frontline® Spray;* Permetrina: Piretróide tipo I com atividade repelente; induz hiperexcitação e morte do parasita por afetar os canais de sódio dependentes de voltagem[150]	Caninos	√	X	√	√	√	√
8. Advantix® (*Bayer*)	Imidaclopride Permetrina	*Ver 1. Advantage®* + *7. Frontline® Tri-Act.* A associação das duas substâncias aumenta a eficácia da permetrina[151]	Caninos	√	√	√	√	√	√
9. Scalibor® (*MSD*)	Deltametrina	Piretróide tipo II com atividade repelente e por contacto; induz hiperexcitação e morte do parasita por afetar os canais de sódio dependentes de voltagem[152]	Caninos	√	X	√	√	√	X
10. Bolfo® Casa (*Bayer*)	Ciflutrina Piriproxifeno	**Desparasitante ambiental:** Ciflutrina: Piretróide tipo II para eliminação de pulgas adultas; Piriproxifeno: RCI que interrompe o desenvolvimento das larvas e pupas de pulgas[153]	Caninos Felinos	√	X	X	X	X	X

P – Pulgas; PM – Piolhos Mastigadores; C – Carraças; F – Flebótomos; MQ – Mosquitos; M – Moscas.

Além dos MV representados nas **Tabelas 5** e **6**, a FCL dispõe, em *stock,* de um MV que promove uma proteção antiparasitária completa, por atuar em endo e ectoparasitas, mais concretamente em nemátodes GI e não-GI, e em pulgas, piolhos mastigadores e ácaros – estando mesmo indicado no tratamento da sarna. O MV em causa é o Advocate® (*Bayer*) e está disponível para caninos e felinos, cujas substâncias ativas são a moxidectina – que, através da abertura dos canais de cloro pós-sináticos (GABA e glutamato), induz um estado de relaxamento irreversível que conduz à paralisia e morte do nemátode – e o imidaclopride – que inibe a transmissão colinérgica, resultando em paralisia e morte do ectoparasita, por possuir afinidade para os recetores nicotinérgicos da acetilcolina, atuando ainda nos estados larvares. Um outro MV não constante do *stock* da FCL e que confere, igualmente, proteção antiparasitária completa, é o NexGard® Spectra (*Merial*), atuando em nemátodes GI e não-GI, e em pulgas e carraças. As suas substâncias ativas são a milbemicina – que provoca a hiperpolarização da membrana neuromuscular e morte do nemátode, por aumento da ligação do glutamato e o fluxo de iões cloro – e o afoxolaner – que induz hiperexcitação prolongada por bloqueio do fluxo de iões cloro (recetores GABA), provocando a morte do ectoparasita. Após este estudo, foi considerada a inclusão deste último MV no *stock* da FCL, dado que se constatou um elevado número de vendas no último ano.[154,155]

3.4. Trabalho desenvolvido

A ideia para este trabalho surgiu da necessidade de cimentação de conhecimentos no que concerne aos MPUV, pelo que achei que seria apropriado preparar um **documento** (**Anexo VIII**) que compilasse os MPUV constantes do *stock* da FCL, dando especial enfoque aos antiparasitários, por representarem cerca de 60% das vendas destes[a]. Para tal, recorri aos Resumos das Características do Medicamento Veterinário (RCMV) dos MV abordados e às informações disponibilizadas pelos fabricantes dos produtos mencionados, por forma a documentar as informações que considero mais relevantes no que a estes diz respeito, como a forma farmacêutica, indicação, posologia, modo de administração e recomendações relevantes. Quanto aos antiparasitários externos, incluí, ainda, diagramas de decisão farmacêutica por mim elaborados que pudessem auxiliar no momento de aconselhamento farmacêutico. Por pensar que seria igualmente benéfico para a equipa, decidi realizar uma pequena **ação de formação** na FCL, na qual apresentei o referido documento aos colegas. A apresentação realizada foi do agrado de todos, que referiram ter esclarecido algumas dúvidas existentes. Adicionalmente, e após sugestão da equipa, alguns dos diapositivos apresentados foram impressos em papel e expostos na farmácia. A título pessoal, a elaboração do documento e a exposição oral tiveram impacto principalmente no que diz respeito ao aconselhamento ao utente, uma vez que passei a sentir mais segurança, destreza e disponibilidade para responder às questões dos mesmos, como exemplificado de seguida.

Caso 3

JS, mulher de 20-25 anos, coloca a seguinte situação: Tem um gatinho como animal de estimação, que está infestado por pulgas. O médico veterinário já teria aconselhado um antiparasitário externo contra pulgas quando o animal era mais pequeno, mas que está disponível em apenas duas apresentações: para gatinhos com peso inferior a 4 kg e para gatinhos com peso entre 4 e 8 kg, com 4 pipetas cada embalagem. Uma vez que o animal pesa 3,5 kg e que um tratamento equivale a uma pipeta, a sr.ª JS não estaria disposta a adquirir uma embalagem de 4 pipetas sabendo que o animal iria crescer e que, muito

[a] Percentagem calculada com recurso à listagem do histórico de vendas de MPUV da FCL de janeiro de 2017 a janeiro de 2018.

Caso 3 (continuação)

possivelmente, iria ultrapassar os 4 kg de peso, passando o tratamento a ser ineficaz. Após análise do problema, foram oferecidas duas soluções possíveis: um, a sr.ª JS adquiria uma embalagem daquele medicamento para gatinhos com peso inferior a 4 kg e administrava uma pipeta, e, caso o animal passasse a pesar mais de 4 kg, poderia vir a administrar duas pipetas com segurança; ou dois, a sr.ª JS adquiria um outro MV que está apto para gatinhos com peso entre 1 e 10 kg, que não só trata a infestação por pulgas como previne infestações por carraças e piolhos mastigadores, que lhe fica mais económico e que traz mais margem de lucro à farmácia. Depois de todas os esclarecimentos prestados, a sr.ª JS optou pela segunda solução apresentada: o MV sugerido em alternativa.

3.5. Conclusão

Apenas a desparasitação frequente e de amplo espetro do animal de companhia o pode proteger de parasitas indesejados, assim como proteger a saúde do Homem. Todavia, muitas pessoas não têm a perceção da importância de tal prática, e que também a sua saúde poderá estar dependente da do seu animal. Porque nem todos os utentes têm a possibilidade de visitar, frequentemente, um médico veterinário, é também responsabilidade do farmacêutico alertar para esta problemática, providenciando conhecimento acerca da temática e esclarecendo as dúvidas que surgirem. Reconheço, infelizmente, que o farmacêutico comunitário, principalmente em início de atividade, nem sempre está apto à resolução de questões mais complexas, que exijam formação de que este não dispõe. Através do trabalho que desenvolvi, procurei instruir-me acerca desta temática, assim como partilhar o conhecimento adquirido com os colegas. Considero que a iniciativa foi bem-sucedida e que contribuí para o melhoramento das competências de toda a equipa.

Considerações finais

O estágio profissionalizante em farmácia comunitária foi, indubitavelmente, uma experiência extremamente desafiante e recompensadora, que me permitiu alargar horizontes no que à profissão farmacêutica diz respeito. A aprendizagem diária de novas competências permitiu-me compreender a verdadeira responsabilidade que o farmacêutico comunitário acarreta, principalmente no que concerne ao contributo para a saúde e bem-estar da comunidade. Em adição, o contacto direto com o utente torna a profissão farmacêutica efetivamente gratificante, pela confiança e simpatia recebidas em retorno. É com orgulho na área profissional que escolhi que concluo esta etapa, certa de que este foi apenas o primeiro passo na formação de uma profissional de saúde de excelência que, um dia, ambiciono ser.

Referências bibliográficas

1. INFARMED: Decreto-Lei n.º 53/2007, de 8 de março, que regula o horário de funcionamento das farmácias de oficina, alterado pelo Decreto-Lei n.º 172/2012, de 1 de agosto. Acessível em: http://www.infarmed.pt. [acedido em 05 de outubro de 2017].
2. INFARMED: Portaria n.º 277/2012, de 12 de setembro, que 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; alterada pela Portaria n.º 14/2013, de 11 de janeiro. Acessível em: http://www.infarmed.pt. [acedido em 05 de outubro de 2017].
3. Ordem dos Farmacêuticos: Boas Práticas de Farmácia Comunitária 2015 (BPF:2015): Norma Geral sobre as Infraestruturas e Equipamentos. Acessível em: https://www.ordemfarmaceuticos.pt. [acedido em 08 de outubro de 2017].
4. Diário da República Eletrónico: Decreto-Lei n.º 307/2007, D.R. n.º 168/2007, Série I de 2007-08-31, que estabelece o regime jurídico das farmácias de oficina, alterado pelo Decreto-Lei n.º 75/2016, D.R. n.º 214/2016, Série I de 2016-11-08. Acessível em: https://dre.pt. [acedido em 08 de outubro de 2017].
5. INFARMED: Decreto-Lei n.º 95/2004, de 22 de abril, que regula a prescrição e a preparação de medicamentos manipulados. Acessível em: http://www.infarmed.pt. [acedido em 08 de outubro de 2017].
6. INFARMED: Portaria n.º 594/2004, de 2 de junho, que aprova as boas práticas a observar na preparação de medicamentos manipulados em farmácia de oficina e hospitalar. Acessível em: http://www.infarmed.pt. [acedido em 08 de outubro de 2017].
7. INFARMED: Deliberação n.º 1985/2015, de 17 de setembro, que aprova a lista de substâncias cuja utilização na preparação e prescrição de medicamentos manipulados não é permitida e condições dessa proibição. Acessível em: http://www.infarmed.pt. [acedido em 08 de outubro de 2017].
8. INFARMED: Circular Informativa n.º 019/CD/100.20.200. Assunto: Projeto Via Verde do Medicamento. Acessível em: http://www.infarmed.pt. [acedido em 10 de outubro de 2017].
9. INFARMED: Decreto-Lei n.º 176/2006, de 30 de Agosto, que estabelece o regime jurídico dos medicamentos de uso humano [Estatuto do Medicamento], alterado pelo Decreto-Lei n.º 20/2013, de 14 de fevereiro. Acessível em: http://www.infarmed.pt. [acedido em 11 de outubro de 2017].
10. INFARMED: Normas relativas à dispensa de medicamentos e produtos de saúde. Acessível em: http://www.infarmed.pt. [acedido em 11 de outubro de 2017].
11. INFARMED: Despacho n.º 2935-B/2016, de 24 de fevereiro, que estabelece disposições com vista a impulsionar a generalização da receita eletrónica desmaterializada (Receita Sem Papel), no Serviço Nacional de Saúde, criando metas concretas para a sua efetivação. Acessível em: http://www.infarmed.pt. [acedido em 14 de outubro de 2017].
12. Diário da República Eletrónico: Portaria n.º 224/2015, D.R. n.º 144/2015, Série I de 2015-07-27, que 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. Acessível em: https://dre.pt. [acedido em 14 de outubro de 2017].
13. INFARMED: Saiba mais sobre Psicotrópicos e Estupefacientes. Acessível em: http://www.infarmed.pt. [acedido em 16 de outubro de 2017].
14. INFARMED: Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de janeiro, que revê a legislação de combate à droga e aprova o regime jurídico do tráfico e consumo de estupefacientes e psicotrópicos, alterado pela Lei n.º 7/2017, de 2 de março. Acessível em: http://www.infarmed.pt. [acedido em 16 de outubro de 2017].
15. INFARMED: Decreto Regulamentar n.º 61/94, de 12 de outubro, que regulamenta o Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de janeiro. Acessível em: http://www.infarmed.pt. [acedido em 16 de outubro de 2017].

16. INFARMED: Portaria n.º 195-D/2015, de 30 de junho, que estabelece os grupos e subgrupos farmacoterapêuticos de medicamentos que podem ser objeto de comparticipação e os respetivos escalões de comparticipação. Acessível em: http://www.infarmed.pt. [acedido em 20 de outubro de 2017].
17. Diário da República Eletrónico: Decreto-Lei n.º 48-A/2010, D.R. n.º 93/2010, 1º Suplemento, Série I de 2010-05-13, que aprova o regime geral das comparticipações do Estado no preço dos medicamentos. Acessível em: https://dre.pt. [acedido em 20 de outubro de 2017].
18. INFARMED: Despacho n.º 18694/2010, 18 de novembro, que estabelece as condições de comparticipação de medicamentos manipulados e aprova a respetiva lista. Acessível em: http://www.infarmed.pt. [acedido em 20 de outubro de 2017].
19. Diário da República Eletrónico: Portaria n.º 35/2016, D.R. n.º 42/2016, Série I de 2016-03-01, que estabelece o regime de comparticipação do Estado no preço máximo dos reagentes (tiras-teste) para determinação de glicemia, cetonemia e cetonúria e das agulhas, seringas, lancetas e de outros dispositivos médicos para a finalidade de automonitorização de pessoas com diabetes, a beneficiários do Serviço Nacional de Saúde e revoga a Portaria n.º 222/2014, de 4 de novembro. Acessível em: https://dre.pt. [acedido em 20 de outubro de 2017].
20. Diário da República Eletrónico: Portaria n.º 246/2015, D.R. n.º 158/2015, Série I de 2015-08-14, que estabelece o regime de comparticipação do Estado no preço das câmaras expansoras, destinadas a beneficiários do Serviço Nacional de Saúde (SNS). Acessível em: https://dre.pt. [acedido em 20 de outubro de 2017].
21. Diário da República Eletrónico: Decreto-Lei n.º 134/2005, D.R. n.º 156/2005, Série I-A de 2005-08-16, que estabelece o regime da venda de medicamentos não sujeitos a receita médica fora das farmácias, alterado pelo Decreto-Lei n.º 238/2007, D.R. n.º 116/2007, Série I de 2007-06-19. Acessível em: https://dre.pt. [acedido em 22 de outubro de 2017].
22. INFARMED: Deliberação n.º 24/CD/2014, que aprova o regulamento dos medicamentos não sujeitos a receita médica de dispensa exclusiva em farmácia. Acessível em: http://www.infarmed.pt. [acedido em 22 de outubro de 2017].
23. Direção-Geral de Alimentação e Veterinária: Decreto-Lei n.º 148/2008, de 29 de julho, que estabelece o regime jurídico a que obedece a autorização de introdução no mercado (AIM) e as suas alterações e renovações, o fabrico, a importação, a exportação, a distribuição, a comercialização, a rotulagem e informação, a publicidade, a farmacovigilância, a detenção ou posse e a utilização de medicamentos veterinários, incluindo, designadamente, as pré-misturas medicamentosas, os medicamentos veterinários imunológicos, homeopáticos e à base de plantas e os gases medicinais; alterado pelo Decreto-Lei n.º 314/2009, de 28 de outubro. Acessível em: https://www.dgv.min-agricultura.pt. [acedido em 25 de outubro de 2017].
24. Direção-Geral de Alimentação e Veterinária: Decreto Regulamentar n.º 31/2012, de 13 de março, que aprova a orgânica da Direção-Geral de Alimentação e Veterinária. Acessível em: https://www.dgv.min-agricultura.pt. [acedido em 25 de outubro de 2017].
25. INFARMED: Dispositivos médicos na farmácia. Acessível em: http://www.infarmed.pt. [acedido em 25 de outubro de 2017].
26. INFARMED: Decreto-Lei n.º 145/2009, de 17 de junho, que 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. Acessível em: http://www.infarmed.pt. [acedido em 25 de outubro de 2017].
27. INFARMED: Decreto-Lei n.º 189/2000, de 12 de agosto, que transpõe para o ordenamento jurídico interno a Diretiva n.º 98/79/CE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 27 de outubro, que visa harmonizar as disposições nacionais dos Estados membros relativas à conceção, ao fabrico e à colocação no mercado dos dispositivos médicos para diagnóstico in vitro. Acessível em: http://www.infarmed.pt. [acedido em 25 de outubro de 2017].
28. Diário da República Eletrónico: Decreto-Lei n.º 136/2003, D.R. n.º 147/2003, Série I-A de 2003-06-28, que transpõe para a ordem jurídica nacional a Diretiva n.º 2002/46/CE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 10 de junho, relativa à aproximação das legislações dos Estados membros respeitantes aos suplementos alimentares; alterado pelo Decreto-Lei n.º 118/2015, D.R. n.º 120/2015, Série I de 2015-06-23. Acessível em: https://dre.pt. [acedido em 26 de outubro de 2017].

29. INFARMED: Boletim de Farmacovigilância [Volume 21, Número 3, março de 2017]: "Suplementos alimentares: O que são e como notificar reações adversas". Acessível em: http://www.infarmed.pt. [acedido em 26 de outubro de 2017].
30. Diário da República Eletrónico: Decreto-Lei n.º 74/2010, D.R. n.º 118/2010, Série I de 2010-06-21, que estabelece o regime geral dos géneros alimentícios destinados a alimentação especial, transpondo a Diretiva n.º 2009/39/CE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 6 de maio. Acessível em: https://dre.pt. [acedido em 26 de outubro de 2017].
31. Direção-Geral de Alimentação e Veterinária: Categorias de alimentos destinados a grupos específicos. Acessível em: https://www.dgv.min-agricultura.pt. [acedido em 26 de outubro de 2017].
32. INFARMED: Decreto-Lei n.º 189/2008, de 24 de setembro, que estabelece o regime jurídico dos produtos cosméticos e de higiene corporal, transpondo para a ordem jurídica nacional as Diretivas n.os 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 n.º 76/768/CEE, do Conselho, relativa aos produtos cosméticos, a fim de adaptar os seus anexos II, III e VI ao progresso técnico; alterado pelo Decreto-Lei n.º 113/2010, de 21 de outubro. Acessível em: http://www.infarmed.pt. [acedido em 29 de outubro de 2017].
33. Cosmetics Europe: Consumer Insights 2017. Acessível em: https://www.cosmeticseurope.eu/. [acedido em 29 de outubro de 2017].
34. VALORMED: Processo. Acessível em: http://www.valormed.pt. [acedido em 31 de outubro de 2017].
35. Ordem dos Médicos Dentistas: "Não há saúde geral sem saúde oral", lembra bastonário da OMD. Acessível em: https://www.omd.pt. [acedido em 18 de setembro de 2017].
36. Glick, M., Williams, D. M., Kleinman, D. V., Vujicic, M., Watt, R. G., & Weyant, R. J. (2016). A new definition for oral health developed by the FDI World Dental Federation opens the door to a universal definition of oral health. *International Dental Journal, 66*(6), 322-324.
37. Ordem dos Médicos Dentistas: FDI Visão 2020 - Uma reflexão sobre o futuro da saúde oral (FDI World Dental Federation). Acessível em: https://www.omd.pt. [acedido em 18 de setembro de 2017].
38. World Health Organization: Oral health - Information sheet. Acessível em: https://www.who.int. [acedido em 20 de setembro de 2017].
39. World Health Organization - Regional Office for Europe: Oral health. Acessível em: http://www.euro.who.int. [acedido em 20 de setembro de 2017].
40. FDI World Dental Federation: The Challenge of Oral Disease - A call for global action. The Oral Health Atlas, 2nd ed. Acessível em: https://www.fdiworlddental.org. [acedido em 15 de setembro de 2017].
41. Pitts, N. B., Zero, D. T., Marsh, P. D., Ekstrand, K., Weintraub, J. A., Ramos-Gomez, F.*, et al.* (2017). Dental caries. *Nature Reviews Disease Primers, 3*, 17030.
42. Ordem dos Médicos Dentistas: Como viver com uma boca saudável ao longo da vida: Guia para uma boa saúde oral (FDI World Dental Federation). Acessível em: https://www.omd.pt. [acedido em 15 de setembro de 2017].
43. Ordem dos Médicos Dentistas: Cárie e dentisteria. Acessível em: https://www.omd.pt. [acedido em 15 de setembro de 2017].
44. Clifaro - Clínica de Medicina Dentária: Prótese Fixa. Acessível em: http://www.clifaro.pt. [acedido em 15 de setembro de 2017].
45. Ordem dos Médicos Dentistas: Folheto "Periodontologia". Acessível em: https://www.omd.pt. [acedido em 16 de setembro de 2017].
46. Instituto de Implantologia®: Doenças Periodontais. Acessível em: http://www.institutodeimplantologia.pt. [acedido em 16 de setembro de 2017].
47. Kinane, D. F., Stathopoulou, P. G., & Papapanou, P. N. (2017). Periodontal diseases. *Nature Reviews Disease Primers, 3*, 17038.
48. Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral: Intervenção Precoce no Cancro Oral: Guia para Profissionais de Saúde (Direção-Geral da Saúde). Acessível em: https://www.saudeoral.min-saude.pt. [acedido em 17 de setembro de 2017].

49. Ordem dos Médicos Dentistas: Cancro oral. Acessível em: https://www.omd.pt. [acedido em 17 de setembro de 2017].
50. Foulkes, M. (2013). Oral cancer: risk factors, treatment and nursing care. *Nurs Stand, 28*(8), 49-57.
51. Carvalho, J. C., Rebelo, M. A. B., & Vettore, M. V. (2013). The relationship between oral health education and quality of life in adolescents. *International Journal of Paediatric Dentistry, 23*(4), 286-296.
52. Petersen, P. E., & Ogawa, H. (2016). Prevention of dental caries through the use of fluoride - the WHO approach. *Community Dent Health, 33*(2), 66-68.
53. van der Weijden, F., & Slot, D. E. (2011). Oral hygiene in the prevention of periodontal diseases: the evidence. *Periodontol 2000, 55*(1), 104-123.
54. Mouth Healthy™ by ADA - American Dental Association®: Brushing Your Teeth. Acessível em: https://www.mouthhealthy.org. [acedido em 30 de setembro de 2017].
55. Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral: Folheto "Como fazer a escovagem dos dentes". Acessível em: https://www.saudeoral.min-saude.pt. [acedido em 30 de setembro de 2017].
56. Mouth Healthy™ by ADA - American Dental Association®: Flyer "How to Brush". Acessível em: https://www.mouthhealthy.org. [acedido em 30 de setembro de 2017].
57. FDI World Dental Federation: FDI Policy Statement: Promoting dental health through fluoride toothpaste. Acessível em: https://www.fdiworlddental.org. [acedido em 02 de outubro de 2017].
58. Marinho, V. C., Worthington, H. V., Walsh, T., & Chong, L. Y. (2015). Fluoride gels for preventing dental caries in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev*(6), Cd002280.
59. Farmácias Portuguesas: Fluoretação. Acessível em: https://www.farmaciasportuguesas.pt. [acedido em 02 de outubro de 2017].
60. Haraszthy, V. I., & Sreenivasan, P. K. (2017). Microbiological and clinical effects of an oral hygiene regimen. *Contemporary Clinical Trials Communications, 8*, 85-89.
61. Sreenivasan, P. K., Haraszthy, V. I., & Zambon, J. J. (2013). Antimicrobial efficacy of 0.05% cetylpyridinium chloride mouthrinses. *Letters in Applied Microbiology, 56*(1), 14-20.
62. Instituto de Implantologia®: Tratamento Periodontal Preventivo - Higiene Oral. Acessível em: http://www.institutodeimplantologia.pt. [acedido em 02 de outubro de 2017].
63. CADTH - Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health: Periodic Dental Examinations for Oral Health: A Review of Clinical Effectiveness, Cost Effectiveness, and Guidelines. Acessível em: http://www.cadth.ca/. [acedido em 02 de outubro de 2017].
64. World Health Organization: WHO Technical Information Note: Sugars and dental caries (WHO/NMH/NHD/17.12). Acessível em: http://apps.who.int/iris. [acedido em 06 de outubro de 2017].
65. Ordem dos Médicos Dentistas: Tabaco ou Saúde Oral: Guia para profissionais de saúde oral (World Health Organization e FDI World Dental Federation). Acessível em: https://www.omd.pt. [acedido em 07 de outubro de 2017].
66. Priyanka, K., Sudhir, K. M., Reddy, V. C. S., Kumar, R. K., & Srinivasulu, G. (2017). Impact of Alcohol Dependency on Oral Health - A Cross-sectional Comparative Study. *J Clin Diagn Res, 11*(6), 43-46.
67. Ordem dos Médicos Dentistas: Saúde oral na grávida e bebé. Acessível em: https://www.omd.pt. [acedido em 27 de setembro de 2017].
68. Ordem dos Médicos Dentistas: Saúde oral em crianças. Acessível em: https://www.omd.pt. [acedido em 27 de setembro de 2017].
69. Mouth Healthy™ by ADA - American Dental Association®: Teens - Concerns. Acessível em: https://www.mouthhealthy.org. [acedido em 07 de outubro de 2017].
70. Mouth Healthy™ by ADA - American Dental Association®: Pregnant? 9 Questions You May Have About Your Dental Health. Acessível em: https://www.mouthhealthy.org. [acedido em 07 de outubro de 2017].
71. Mouth Healthy™ by ADA - American Dental Association®: Is It Safe To Go To the Dentist During Pregnancy? Acessível em: https://www.mouthhealthy.org. [acedido em 07 de outubro de 2017].
72. Mouth Healthy™ by ADA - American Dental Association®: Adults Over 60 - Healthy Habits. Acessível em: https://www.mouthhealthy.org. [acedido em 09 de outubro de 2017].
73. Mouth Healthy™ by ADA - American Dental Association®: Dry Mouth. Acessível em: https://www.mouthhealthy.org. [acedido em 09 de outubro de 2017].

74. Ordem dos Médicos Dentistas: Saúde oral nos séniores. Acessível em: https://www.omd.pt. [acedido em 09 de outubro de 2017].
75. Mouth Healthy™ by ADA - American Dental Association®: Diabetes and Your Smile. Acessível em: https://www.mouthhealthy.org. [acedido em 09 de outubro de 2017].
76. Direção-Geral da Saúde: Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral. Acessível em: https://www.dgs.pt. [acedido em 25 de setembro de 2017].
77. Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral: 1. Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral. Acessível em: https://www.saudeoral.min-saude.pt. [acedido em 25 de setembro de 2017].
78. Saúde Oral Bibliotecas Escolares: Missão e Objetivos. Acessível em: http://www.sobe.pt. [acedido em 25 de setembro de 2017].
79. Diário da República Eletrónico: Despacho n.º 8591-B/2016, D.R. n.º 125/2016, 1º Suplemento, Série II de 2016-07-01, que determina que a Direção-Geral da Saúde deve promover a revisão do Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral até ao dia 29 de julho de 2016, bem como a implementação de consultas de saúde oral, nos cuidados de saúde primários, de forma faseada, através de experiências-piloto. Acessível em: https://dre.pt. [acedido em 25 de setembro de 2017].
80. Cohen, L. A. (2013). Enhancing pharmacists' role as oral health advisors. *J Am Pharm Assoc (2003), 53*(3), 316-321.
81. Diário da República Eletrónico: Lei n.º 60/2009, D.R. n.º 151, Série I de 2009-08-06, que estabelece o regime de aplicação da educação sexual em meio escolar. Acessível em: https://dre.pt. [acedido em 02 de janeiro de 2018].
82. Portal da Juventude: Portaria n.º 196-A/2010, de 9 de abril, que procede à regulamentação da Lei n.º 60/2009, de 6 de agosto. Acessível em: https://juventude.gov.pt. [acedido em 02 de janeiro de 2018].
83. Associação para o Planeamento da Família (APF): Métodos Contracetivos: Pílula - Contraceção hormonal oral. Acessível em: http://www.apf.pt. [acedido em 03 de janeiro de 2018].
84. Programa Nacional de Saúde Reprodutiva: Textos Individuais sobre Métodos Contracetivos: Contraceção Hormonal Oral. Acessível em: http://www.saudereprodutiva.dgs.pt. [acedido em 03 de janeiro de 2018].
85. Christin-Maitre, S. (2013). History of oral contraceptive drugs and their use worldwide. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab, 27*(1), 3-12.
86. Programa Nacional de Saúde Reprodutiva: Folheto de Apoio "Pílula estroprogestativa". Acessível em: http://www.saudereprodutiva.dgs.pt. [acedido em 03 de janeiro de 2018].
87. Contraceção.pt: Pílula Combinada - Como funciona? Acessível em: https://www.contracecao.pt. [acedido em 03 de janeiro de 2018].
88. Direção-Geral da Saúde: Orientação n.º 010/2015 de 29/10/2015. Assunto: Disponibilidade de métodos contracetivos. Acessível em: https://www.dgs.pt. [acedido em 03 de janeiro de 2018].
89. Associação para o Planeamento da Família (APF): Métodos Contracetivos: Anel vaginal. Acessível em: http://www.apf.pt. [acedido em 04 de janeiro de 2018].
90. Programa Nacional de Saúde Reprodutiva: Textos Individuais sobre Métodos Contracetivos: Anel Vaginal. Acessível em: http://www.saudereprodutiva.dgs.pt. [acedido em 04 de janeiro de 2018].
91. Programa Nacional de Saúde Reprodutiva: Folheto de Apoio "Anel contracetivo". Acessível em: http://www.saudereprodutiva.dgs.pt. [acedido em 04 de janeiro de 2018].
92. Associação para o Planeamento da Família (APF): Métodos Contracetivos: Adesivo. Acessível em: http://www.apf.pt. [acedido em 04 de janeiro de 2018].
93. Programa Nacional de Saúde Reprodutiva: Folheto de Apoio "Adesivo contracetivo". Acessível em: http://www.saudereprodutiva.dgs.pt. [acedido em 04 de janeiro de 2018].
94. Programa Nacional de Saúde Reprodutiva: Textos Individuais sobre Métodos Contracetivos: Adesivo. Acessível em: http://www.saudereprodutiva.dgs.pt. [acedido em 04 de janeiro de 2018].
95. Contraceção.pt: Pílula Sem Estrogénios - Benefícios. Acessível em: https://www.contracecao.pt. [acedido em 03 de janeiro de 2018].

96. Programa Nacional de Saúde Reprodutiva: Folheto de Apoio "Pílula progestativa". Acessível em: http://www.saudereprodutiva.dgs.pt. [acedido em 03 de janeiro de 2018].
97. Associação para o Planeamento da Família (APF): Métodos Contracetivos: Contraceção hormonal injetável. Acessível em: http://www.apf.pt. [acedido em 04 de janeiro de 2018].
98. Programa Nacional de Saúde Reprodutiva: Textos Individuais sobre Métodos Contracetivos: Injetável. Acessível em: http://www.saudereprodutiva.dgs.pt. [acedido em 04 de janeiro de 2018].
99. Contraceção de Longa Duração (Bayer): Informações Detalhadas - O Implante. Acessível em: http://www.contracecaolongaduracao.pt. [acedido em 04 de janeiro de 2018].
100. Programa Nacional de Saúde Reprodutiva: Folheto de Apoio "Implante contracetivo". Acessível em: http://www.saudereprodutiva.dgs.pt. [acedido em 04 de janeiro de 2018].
101. Programa Nacional de Saúde Reprodutiva: Textos Individuais sobre Métodos Contracetivos: Implante. Acessível em: http://www.saudereprodutiva.dgs.pt. [acedido em 04 de janeiro de 2018].
102. Contraceção de Longa Duração (Bayer): Informações Detalhadas - O SIU. Acessível em: http://www.contracecaolongaduracao.pt. [acedido em 06 de janeiro de 2018].
103. Programa Nacional de Saúde Reprodutiva: Folheto de Apoio "Dispositivo Intra Uterino (DIU)". Acessível em: http://www.saudereprodutiva.dgs.pt. [acedido em 06 de janeiro de 2018].
104. Programa Nacional de Saúde Reprodutiva: Textos Individuais sobre Métodos Contracetivos: Dispositivo Intra-Uterino (DIU). Acessível em: http://www.saudereprodutiva.dgs.pt. [acedido em 06 de janeiro de 2018].
105. Contraceção de Longa Duração (Bayer): Informações Detalhadas - O DIU. Acessível em: http://www.contracecaolongaduracao.pt. [acedido em 06 de janeiro de 2018].
106. Associação para o Planeamento da Família (APF): Métodos Contracetivos: Preservativos. Acessível em: http://www.apf.pt. [acedido em 06 de janeiro de 2018].
107. Programa Nacional de Saúde Reprodutiva: Folheto de Apoio "Preservativo masculino". Acessível em: http://www.saudereprodutiva.dgs.pt. [acedido em 06 de janeiro de 2018].
108. Programa Nacional de Saúde Reprodutiva: Textos Individuais sobre Métodos Contracetivos: Preservativo Masculino. Acessível em: http://www.saudereprodutiva.dgs.pt. [acedido em 06 de janeiro de 2018].
109. Programa Nacional de Saúde Reprodutiva: Textos Individuais sobre Métodos Contracetivos: Preservativo Feminino. Acessível em: http://www.saudereprodutiva.dgs.pt. [acedido em 06 de janeiro de 2018].
110. Associação para o Planeamento da Família (APF): Métodos Contracetivos: Diafragma. Acessível em: http://www.apf.pt. [acedido em 07 de janeiro de 2018].
111. Programa Nacional de Saúde Reprodutiva: Textos Individuais sobre Métodos Contracetivos: Diafragma. Acessível em: http://www.saudereprodutiva.dgs.pt. [acedido em 07 de janeiro de 2018].
112. Associação para o Planeamento da Família (APF): Métodos Contracetivos: Espermicida. Acessível em: http://www.apf.pt. [acedido em 07 de janeiro de 2018].
113. Programa Nacional de Saúde Reprodutiva: Textos Individuais sobre Métodos Contracetivos: Espermicida. Acessível em: http://www.saudereprodutiva.dgs.pt. [acedido em 07 de janeiro de 2018].
114. Associação para o Planeamento da Família (APF): Métodos Contracetivos: Métodos cirúrgicos definitivos. Acessível em: http://www.apf.pt. [acedido em 09 de janeiro de 2018].
115. Programa Nacional de Saúde Reprodutiva: Textos Individuais sobre Métodos Contracetivos: Contraceção Cirúrgica. Acessível em: http://www.saudereprodutiva.dgs.pt. [acedido em 09 de janeiro de 2018].
116. Programa Nacional de Saúde Reprodutiva: Textos Individuais sobre Métodos Contracetivos: Métodos de conhecimento do período fértil ou de auto-observação. Acessível em: http://www.saudereprodutiva.dgs.pt. [acedido em 09 de janeiro de 2018].
117. Associação para o Planeamento da Família (APF): Métodos Contracetivos: Abstinência periódica/autocontrolo da fertilidade. Acessível em: http://www.apf.pt. [acedido em 09 de janeiro de 2018].

118. Programa Nacional de Saúde Reprodutiva: Textos Individuais sobre Métodos Contracetivos: Contraceção de Emergência. Acessível em: http://www.saudereprodutiva.dgs.pt. [acedido em 09 de janeiro de 2018].
119. Ordem dos Farmacêuticos: Boas Práticas de Farmácia Comunitária 2015 (BPF:2015): Norma específica sobre a intervenção farmacêutica na Contraceção de Emergência. Acessível em: https://www.ordemfarmaceuticos.pt. [acedido em 09 de janeiro de 2018].
120. Programa Nacional de Saúde Reprodutiva: Folheto de Apoio "Contraceção de Emergência (CE)". Acessível em: http://www.saudereprodutiva.dgs.pt. [acedido em 09 de janeiro de 2018].
121. Associação Nacional das Farmácias (ANF): Fluxograma de Indicação Farmacêutica: Contraceção Oral de Emergência (2018). Acessível em: *Newsletter* da ANFOnline (https://www.anfonline.pt). [acedido em 05 de fevereiro de 2018].
122. Associação para o Planeamento da Família (APF): Métodos Contracetivos: Contraceção de emergência. Acessível em: http://www.apf.pt. [acedido em 09 de janeiro de 2018].
123. Day, M. J., Breitschwerdt, E., Cleaveland, S., Karkare, U., Khanna, C., Kirpensteijn, J.*, et al.* (2012). Surveillance of Zoonotic Infectious Disease Transmitted by Small Companion Animals. *Emerging Infectious Disease journal, 18*(12).
124. Farmácias Portuguesas: Animais sem parasitas são amigos saudáveis. Acessível em: https://www.farmaciasportuguesas.pt. [acedido em 29 de janeiro de 2018].
125. Baneth, G., Thamsborg, S. M., Otranto, D., Guillot, J., Blaga, R., Deplazes, P.*, et al.* (2016). Major Parasitic Zoonoses Associated with Dogs and Cats in Europe. *Journal of Comparative Pathology, 155*(1, Supplement 1), S54-S74.
126. Macpherson, C. N. L. (2005). Human behaviour and the epidemiology of parasitic zoonoses. *International Journal for Parasitology, 35*(11), 1319-1331.
127. Livredeparasitas.com (Bayer): "Bê-à-Bá do Cão". Acessível em: http://www.livredeparasitas.com. [acedido em 29 de janeiro de 2018].
128. Centers for Disease Control and Prevention (CDC): Parasites: About Parasites. Acessível em: https://www.cdc.gov. [acedido em 29 de janeiro de 2018].
129. Livredeparasitas.com (Bayer): Tipos de parasitas internos. Acessível em: http://www.livredeparasitas.com. [acedido em 29 de janeiro de 2018].
130. Manual MSD (Versão para Profissionais de Saúde): Introdução a trematódeos (vermes). Acessível em: https://www.msdmanuals.com. [acedido em 02 de fevereiro de 2018].
131. Manual MSD (Versão para Profissionais de Saúde): Introdução a nematódeos (vermes filiformes). Acessível em: https://www.msdmanuals.com. [acedido em 05 de fevereiro de 2018].
132. Ordem dos Médicos Veterinários: Cuidar dos animais de companhia (2.ª Edição). Acessível em: https://www.omv.pt. [acedido em 29 de janeiro de 2018].
133. Farmácias Portuguesas: Animais de companhia - Sem sombras de parasitas. Acessível em: https://www.farmaciasportuguesas.pt. [acedido em 10 de fevereiro de 2018].
134. MedVet (DGAV): Resumo das Características do Medicamento Veterinário Tenil® Vet. Acessível em: http://medvet.dgav.pt/. [acedido em 10 de fevereiro de 2018].
135. MedVet (DGAV): Resumo das Características do Medicamento Veterinário Strongid Gatos. Acessível em: http://medvet.dgav.pt/. [acedido em 10 de fevereiro de 2018].
136. MedVet (DGAV): Resumo das Características do Medicamento Veterinário Drontal® Gatos. Acessível em: http://medvet.dgav.pt/. [acedido em 10 de fevereiro de 2018].
137. MedVet (DGAV): Resumo das Características do Medicamento Veterinário Drontal® Plus. Acessível em: http://medvet.dgav.pt/. [acedido em 10 de fevereiro de 2018].
138. MedVet (DGAV): Resumo das Características do Medicamento Veterinário Milbemax®. Acessível em: http://medvet.dgav.pt/. [acedido em 10 de fevereiro de 2018].
139. MedVet (DGAV): Resumo das Características do Medicamento Veterinário Flubenol®. Acessível em: http://medvet.dgav.pt/. [acedido em 10 de fevereiro de 2018].
140. MedVet (DGAV): Resumo das Características do Medicamento Veterinário Caniquantel® Plus. Acessível em: http://medvet.dgav.pt/. [acedido em 10 de fevereiro de 2018].
141. European Scientific Counsel Companion Animal Parasites (ESCCAP): Ectoparasites - Insects. Acessível em: https://www.esccap.org. [acedido em 10 de fevereiro de 2018].
142. European Scientific Counsel Companion Animal Parasites (ESCCAP): Ectoparasites - Acari. Acessível em: https://www.esccap.org. [acedido em 10 de fevereiro de 2018].

143. Farmácias Portuguesas: Animais de companhia - Pulgas à distância. Acessível em: https://www.farmaciasportuguesas.pt. [acedido em 11 de fevereiro de 2018].
144. MedVet (DGAV): Resumo das Características do Medicamento Veterinário Advantage®. Acessível em: http://medvet.dgav.pt/. [acedido em 11 de fevereiro de 2018].
145. MedVet (DGAV): Resumo das Características do Medicamento Veterinário Capstar®. Acessível em: http://medvet.dgav.pt/. [acedido em 11 de fevereiro de 2018].
146. MedVet (DGAV): Resumo das Características do Medicamento Veterinário NexGard®. Acessível em: http://medvet.dgav.pt/. [acedido em 11 de fevereiro de 2018].
147. MedVet (DGAV): Resumo das Características do Medicamento Veterinário Bravecto®. Acessível em: http://medvet.dgav.pt/. [acedido em 11 de fevereiro de 2018].
148. MedVet (DGAV): Resumo das Características do Medicamento Veterinário Frontline® Spray. Acessível em: http://medvet.dgav.pt/. [acedido em 11 de fevereiro de 2018].
149. MedVet (DGAV): Resumo das Características do Medicamento Veterinário Frontline® Combo. Acessível em: http://medvet.dgav.pt/. [acedido em 11 de fevereiro de 2018].
150. MedVet (DGAV): Resumo das Características do Medicamento Veterinário Frontline® Tri-Act. Acessível em: http://medvet.dgav.pt/. [acedido em 11 de fevereiro de 2018].
151. MedVet (DGAV): Resumo das Características do Medicamento Veterinário Advantix®. Acessível em: http://medvet.dgav.pt/. [acedido em 11 de fevereiro de 2018].
152. MedVet (DGAV): Resumo das Características do Medicamento Veterinário Scalibor®. Acessível em: http://medvet.dgav.pt/. [acedido em 11 de fevereiro de 2018].
153. MedVet (DGAV): Resumo das Características do Medicamento Veterinário Bolfo® Casa. Acessível em: http://medvet.dgav.pt/. [acedido em 11 de fevereiro de 2018].
154. MedVet (DGAV): Resumo das Características do Medicamento Veterinário Advocate®. Acessível em: http://medvet.dgav.pt/. [acedido em 12 de fevereiro de 2018].
155. MedVet (DGAV): Resumo das Características do Medicamento Veterinário NexGard® Spectra. Acessível em: http://medvet.dgav.pt/. [acedido em 12 de fevereiro de 2018].
156. Ordem dos Médicos Dentistas: Barómetro da Saúde Oral (3.ª edição, Portugal 2017). Acessível em: https://www.omd.pt. [acedido em 26 de setembro de 2017].
157. Centers for Disease Control and Prevention (CDC): Parasites - Giardia: Sources of Infection & Risk Factors. Acessível em: https://www.cdc.gov. [acedido em 29 de janeiro de 2018].
158. Centers for Disease Control and Prevention (CDC): Parasites - Leishmaniasis: Disease. Acessível em: https://www.cdc.gov. [acedido em 29 de janeiro de 2018].
159. Centers for Disease Control and Prevention (CDC): Parasites - Echinococcosis: Disease. Acessível em: https://www.cdc.gov. [acedido em 02 de fevereiro de 2018].
160. Centers for Disease Control and Prevention (CDC): Parasites - Echinococcosis: Biology. Acessível em: https://www.cdc.gov. [acedido em 02 de fevereiro de 2018].
161. Centers for Disease Control and Prevention (CDC): Parasites - Dipylidium Infection (also known as Dog and Cat Flea Tapeworm). Acessível em: https://www.cdc.gov. [acedido em 02 de fevereiro de 2018].
162. Centers for Disease Control and Prevention (CDC): Parasites - Dipylidium Infection (also known as Dog and Cat Flea Tapeworm): Biology. Acessível em: https://www.cdc.gov. [acedido em 02 de fevereiro de 2018].
163. Centers for Disease Control and Prevention (CDC): DPDx - Laboratory Identification of Parasites of Public Health Concern: Coenurosis. Acessível em: https://www.cdc.gov. [acedido em 02 de fevereiro de 2018].
164. Manual MSD (Versão para Profissionais de Saúde): Cenurose (infeção por *Taenia multiceps* ou *T. serialis*). Acessível em: https://www.msdmanuals.com. [acedido em 02 de fevereiro de 2018].
165. Centers for Disease Control and Prevention (CDC): DPDx - Laboratory Identification of Parasites of Public Health Concern: Schistosomiasis Infection. Acessível em: https://www.cdc.gov. [acedido em 02 de fevereiro de 2018].
166. Centers for Disease Control and Prevention (CDC): DPDx - Laboratory Identification of Parasites of Public Health Concern: Toxocariasis. Acessível em: https://www.cdc.gov. [acedido em 05 de fevereiro de 2018].
167. Saúde Animal (Bayer): Toxocariose canina e felina / Biologia. Acessível em: http://www.bayervet.com.pt. [acedido em 05 de fevereiro de 2018].

168. Centers for Disease Control and Prevention (CDC): DPDx - Laboratory Identification of Parasites of Public Health Concern: Hookworm. Acessível em: https://www.cdc.gov. [acedido em 05 de fevereiro de 2018].
169. Saúde Animal (Bayer): Ancilostomíase / Descrição. Acessível em: http://www.bayervet.com.pt. [acedido em 05 de fevereiro de 2018].
170. Centers for Disease Control and Prevention (CDC): DPDx - Laboratory Identification of Parasites of Public Health Concern: Trichuriasis. Acessível em: https://www.cdc.gov. [acedido em 07 de fevereiro de 2018].
171. Centers for Disease Control and Prevention (CDC): Parasites - Trichuriasis (also known as Whipworm Infection): Disease. Acessível em: https://www.cdc.gov. [acedido em 07 de fevereiro de 2018].
172. Traversa, D. (2011). Are we paying too much attention to cardio-pulmonary nematodes and neglecting old-fashioned worms like Trichuris vulpis? *Parasites & Vectors, 4*(1), 32.
173. Centers for Disease Control and Prevention (CDC): DPDx - Laboratory Identification of Parasites of Public Health Concern: Dirofilariasis. Acessível em: https://www.cdc.gov. [acedido em 09 de fevereiro de 2018].
174. Centers for Disease Control and Prevention (CDC): DPDx - Laboratory Identification of Parasites of Public Health Concern: Thelaziasis. Acessível em: https://www.cdc.gov. [acedido em 09 de fevereiro de 2018].

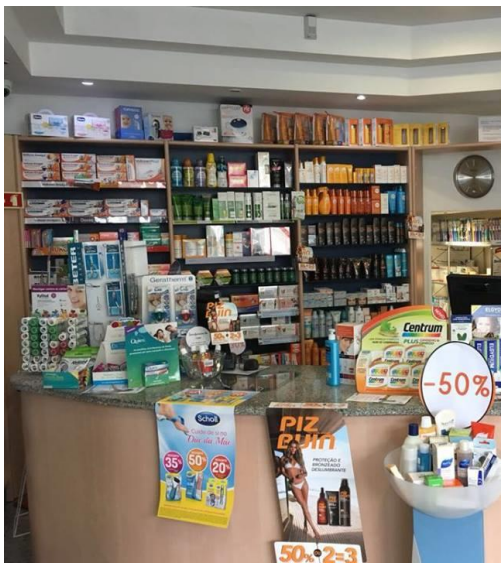
Anexos

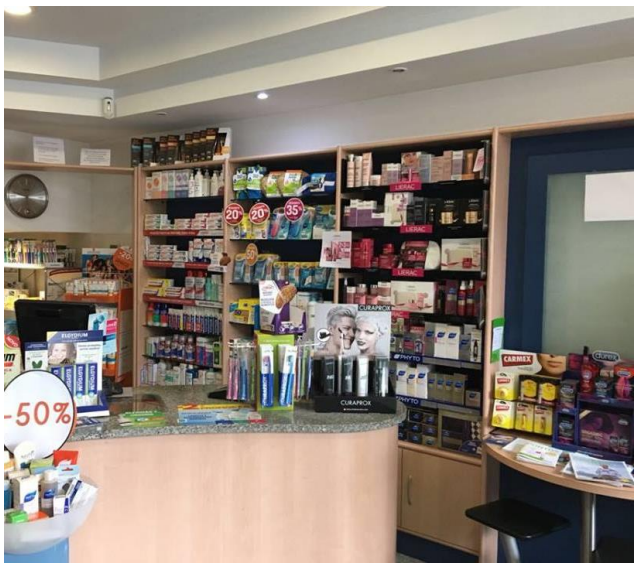
Anexo I – Espaço físico da Farmácia Costa Lima





Figuras 1 e 2 [Anexo I]. Espaço exterior da FCL.





Figuras 3 e 4 [Anexo I]. Espaço interior da FCL. Zona de atendimento ao público: Postos n.º 1 e n.º 2.



Figura 5 [Anexo I]. Espaço interior da FCL. Zona de atendimento ao público: Posto n.º 3.



Figura 6 [Anexo I]. Espaço interior da FCL. Zona de armazenamento: Gavetas dispensatórias.





Figuras 7 e 8 [Anexo I]. Espaço interior da FCL. Zona de armazenamento: Estantes.

Anexo II – Conteúdos criados no âmbito de *marketing* farmacêutico





*Promoção limitada ao *stock* existente


Campanha Imperdível!
FARMÁCIA
COSTA LIMA
ELANCYL
SLIM DESIGN
GOMMAGE MOUSSANT TONI
TONING FOAMING SCRUB
CRÈME FERMETÉ CORPS
FIRMING BODY CREAM
SÉRUM FERMETÉ BUSTE
BUST FIRMING SERUM
25% desconto
ELANCYL
LABORATOIRE


25 de Setembro
Dia Internacional
do Farmacêutico!
FARMÁCIA
COSTA LIMA


Dia Mundial
do Doente
FARMÁCIA
COSTA LIMA


DIA MUNDIAL DA
LIBERDADE!
FARMÁCIA
COSTA LIMA


FARMÁCIA
COSTA LIMA
Este fim-de-semana
aproveite para
RELAXAR...

SAÚDE ORAL

Informações úteis para um dia-a-dia mais sorridente!



O que é Saúde Oral?

A saúde oral é essencial à **saúde e bem-estar em geral,** influenciando a **qualidade de vida** do indivíduo.



Por **saúde oral,** entende-se a ausência de:



Dor bucal e facial



Cancro oral



Deterioração e perda de dentes

e ainda outras doenças ou distúrbios que limitem a capacidade de

trincar, mastigar, sorrir ou falar.

> *"Não há saúde geral sem saúde oral."*
>
> Doutor Orlando Monteiro da Silva,
> Bastonário da Ordem dos Médicos Dentistas

Como cuidar da sua Saúde Oral?



- Escovar os dentes pelo menos 2 vezes por dia;
- Utilizar um dentífrico com flúor;
- Utilizar o fio dentário diariamente;
- Trocar a escova de dentes de 3 em 3 meses.

Como escovar os dentes de forma eficaz e correta?



1. Inclinar a escova em direção à gengiva e fazer movimentos vibratórios horizontais e circulares nas faces interna e externa dos dentes, sem exercer muita pressão;
2. Escovar a superfície mastigatória dos dentes com movimentos de vaivém;
3. Realizar os mesmos movimentos para escovar os dentes centrais, posicionando a escova na vertical;
4. Por fim, escovar a língua e rejeitar o excesso de pasta dentífrica.



A **saúde da sua boca** não está assegurada se não evitar comportamentos de risco como:



Quais as doenças orais mais frequentes?



Cárie dentária

Na presença de açúcares, as bactérias da placa bacteriana produzem ácidos que provocam a cárie dentária. Se não tratadas, as lesões podem conduzir a infeção e perda dentária.

Fatores que podem denunciar uma cárie dentária:

- Sensação de desconforto ou dor
- Sensibilidade a bebidas ou alimentos quentes, frios ou doces
- Dificuldade em mastigar alguns alimentos
- Presença de mau hálito

Em Portugal, um estudo populacional concluiu que apenas **3%** dos adultos **nunca teve uma cárie dentária!**



Doença periodontal

A doença periodontal engloba duas patologias:

1. Gengivite
2. Periodontite

Doença periodontal

1 Gengivite

A gengivite, que constitui uma fase inicial, caracteriza-se pela inflamação das gengivas, que se apresentam vermelhas, inchadas e com facilidade em sangrar.



Em casos mais graves, é possível verificar o afastamento da gengiva do dente e, ainda, a presença de pus e mau hálito constante!

2 Periodontite

A gengivite pode, então, progredir para a periodontite, que constitui uma fase mais severa em que pode ocorrer destruição dos tecidos e osso que suporta os dentes, originando problemas na mastigação e na fala e perda dentária.



Ao contrário da gengivite, as lesões causadas pela periodontite são irreversíveis e permanentes!

Estudos revelam que, a nível mundial,

15 a 20%

dos adultos entre os 35 e os 44 anos de idade

sofrem de doença periodontal!





A sua localização mais comum é na mucosa abaixo da língua, bordo lateral da língua e palato mole.

Estima-se que

8 em cada 10

doentes diagnosticados com cancro oral consumam ou tenham consumido

TABACO

Cancro oral

O cancro oral é definido pelo conjunto de tumores malignos que afetam qualquer localização da cavidade oral, dos lábios à garganta, incluindo as amígdalas e a faringe.

Sintomas mais frequentes

- Inchaço e presença de manchas ásperas ou feridas nos lábios, gengivas ou outras regiões da boca;
- Aparecimento de manchas brancas ou vermelhas com textura macia;
- Hemorragia ou dormência inexplicáveis em qualquer região da boca;
- Sensibilidade no rosto, boca ou pescoço;
- Dor persistente no rosto, boca ou pescoço que não desaparece no espaço de duas semanas;
- Dificuldade em mastigar, engolir ou movimentar o maxilar inferior ou a língua;
- Rouquidão ou alteração da voz;
- Dor de ouvidos;
- Acentuada perda de peso.

... e ainda:

- **Doença infeciosa oral** mais frequente em indivíduos HIV+
- **Trauma** muito comum em crianças
- **Lesão hereditária** como fenda labial ou palatina

Recomendações a...

... Crianças

- As crianças devem ser, desde cedo, sensibilizadas para a importância da higiene oral diária e para uma alimentação saudável, com baixos índices de açúcar;
- A primeira visita ao médico dentista deve ocorrer até ao primeiro ano de idade, uma vez que os primeiros dentes podem desenvolver cárie dentária;
- A aplicação de selantes deve ser discutida com o dentista.

... Adolescentes

- A aplicação de *piercings* orais pode comprometer a saúde oral, pela possibilidade de ocorrer infeção e inchaço da cavidade oral, assim como danos nos dentes ou gengivas, a longo prazo;
- O consumo de álcool e tabaco inicia-se, frequentemente, na adolescência, pelo que é crucial educar os jovens nesse sentido;
- Os distúrbios alimentares são mais comuns em adolescentes, sendo que podem conduzir ao sangramento das gengivas, secura da boca e danificação dos dentes.

... Idosos

- Na eventualidade de utilizar prótese dentária, esta também deve ser lavada diariamente!
- Alguns medicamentos, como anti-histamínicos, analgésicos ou diuréticos podem provocar a secura da boca, o que pode conduzir a deterioração dos dentes. Rebuçados sem açúcar são uma excelente ajuda na reposição da hidratação bucal.



Caso tenha alguma dúvida, a equipa Costa Lima terá todo o gosto em esclarecê-la!

Este trabalho foi realizado com base em informação recolhida das seguintes plataformas:

[1] Mouth Healthy™ by ADA - American Dental Association® (*mouthhealthy.org*)
[2] Ordem dos Médicos Dentistas (*oma.pt*)
[3] Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral (*saudeoral.min-saude.pt*)
[4] Revista "Saúde Oral" versão digital (*saudeoral.pt*)
[5] World Health Organization (*who.int*)
[6] World Health Organization - Regional Office for Europe (*euro.who.int*)

FARMÁCIA COSTA LIMA

Avenida da Boavista, 855
4100-128 Massarelos
Porto

226 066 403

U.PORTO
FACULDADE DE FARMÁCIA UNIVERSIDADE DO PORTO

Trabalho realizado por Catarina Confraria, no âmbito do Estágio Curricular Profissionalizante conducente ao grau de Mestre em Ciências Farmacêuticas pela Faculdade de Farmácia da Universidade do Porto.

Anexo IV – Questionário "Saúde Oral"

FARMÁCIA COSTA LIMA

U.PORTO
FACULDADE DE FARMÁCIA
UNIVERSIDADE DO PORTO

Questionário "Saúde Oral"

No âmbito da unidade curricular de Estágio do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas, venho solicitar a sua colaboração no preenchimento deste questionário, subordinado ao tema "Saúde Oral". A sua participação neste estudo é anónima. Agradeço a disponibilidade!

Idade:

☐ < 10 anos ☐ 11 – 20 anos ☐ 21 – 30 anos ☐ 31 – 40 anos
☐ 41 – 50 anos ☐ 51 – 60 anos ☐ 61 – 70 anos ☐ > 71 anos

Sexo:

☐ Masculino ☐ Feminino

Escolaridade:

☐ 9º ano ou inferior ☐ 12º ano ☐ Licenciatura
☐ Mestrado ☐ Doutoramento

Qual destas afirmações se adequa mais a si?

☐ Não lavo os meus dentes todos os dias.
☐ Lavo os meus dentes uma a duas vezes por dia.
☐ Lavo os meus dentes três ou mais vezes por dia.

À exceção da escova e pasta de dentes, utiliza mais algum produto de higiene oral, como fio/fita dentário/a ou algum colutório?

☐ Sim ☐ Não

Como escolhe os produtos de higiene oral que utiliza? (pode selecionar várias opções)

☐ Preço ☐ Marca
☐ Publicidade ☐ Recomendação de um amigo/familiar
☐ Recomendação/prescrição de um profissional de saúde ☐ Outro. Qual? _____

Das doenças orais apresentadas, selecione as que conhece:

☐ Cárie dentária ☐ Gengivite
☐ Periodontite ☐ Cancro oral

Tem ou teve alguma destas doenças?

☐ Sim ☐ Não

Com que frequência visita o dentista?

☐ Não visito ☐ Menos de uma vez por ano
☐ Uma a duas vezes por ano ☐ Mais de duas vezes por ano

Anexo V – Resultados obtidos ao questionário "Saúde Oral"

Caracterização da amostra:

As primeiras três perguntas do questionário, relativas à idade, sexo e escolaridade dos inquiridos, destinam-se à caracterização da amostra. O número total de inquiridos foi de 20 pessoas, das quais 60% (n=12) estão incluídas nos grupos etários entre os 41 e os 70 anos de idade (**Gráfico 1**). Este é um valor expectável, dado que a maioria dos utentes da FCL se enquadra nesta faixa etária. Na globalidade, a amostra é pouco representativa, dado o baixo número de inquiridos; no entanto, penso que seja possível estabelecer algumas relações. Aquando da distribuição dos questionários, procurei abordar de igual modo indivíduos dos sexos masculino e feminino, o que se verificou nos resultados: 45% (n=9) dos inquiridos é do sexo masculino, enquanto 55% (n=11) é do sexo feminino (**Gráfico 2**). Já no que diz respeito à escolaridade, 45% (n=9) afirma ser licenciado, 20% (n=4) afirma possuir o 9.º ano ou inferior, assim como acontece com o 12.º ano, e 15% (n=3) afirma possuir mestrado (**Gráfico 3**).

Resultados obtidos no que diz respeito às questões subordinadas ao tema "Saúde Oral":

Procedendo à análise dos resultados propriamente ditos, 95% (n=19) dos inquiridos afirma escovar os dentes diariamente, dos quais 65% (n=13) afirma escovar os dentes uma a duas vezes por dia e 30% (n=6) três ou mais vezes por dia (**Gráfico 4**). Este resultado mostra-se concordante com os resultados encontrados num estudo conduzido em Portugal pela Ordem dos Médicos Dentistas, intitulado "Barómetro da Saúde Oral", que revela que 97,8% dos portugueses apresenta o mesmo hábito diário.[156] Partindo do princípio que os indivíduos mais letrados são aqueles que apresentam mais cuidados no que à saúde oral diz respeito, tentei encontrar relação entre a escolaridade dos inquiridos e a frequência de escovagem dos dentes (**Gráfico 5**). Da análise deste gráfico, é possível inferir que, curiosamente, o único indivíduo que refere não escovar os dentes todos os dias possui o grau académico de mestre, o que vai contra a assunção previamente estabelecida.

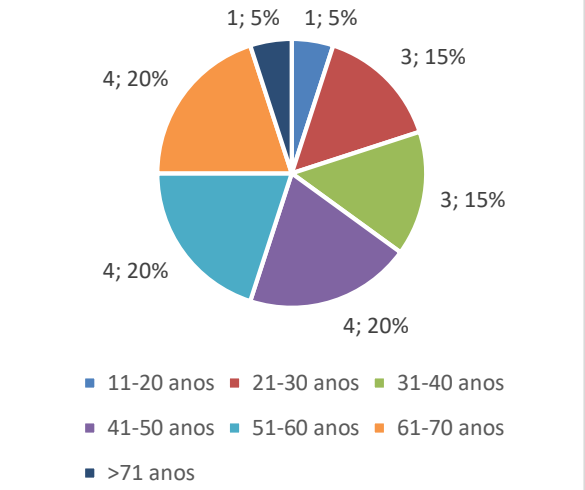
Relativamente à utilização de mais produtos de higiene oral, além da pasta dentífrica (como colutório ou fio dentário), 60% (n=12) dos inquiridos respondeu afirmativamente (**Gráfico 6**), o que pressupõe que pelo menos metade dos utentes da FCL revela cuidados acrescidos no que diz respeito à sua higienização oral. Apesar do inquérito elaborado não diferenciar as opções de colutório e fio dentário, o "Barómetro da Saúde Oral" concluiu que 54,3% e 30,1% da população portuguesa utiliza, frequentemente, colutório e fio dentário, respetivamente.[156]

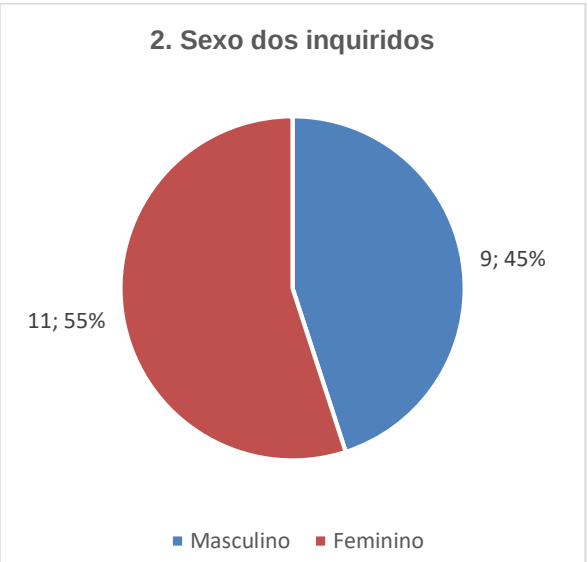
A sexta questão abordada no questionário teve como intuito avaliar quais os critérios mais relevantes no momento de selecionar os produtos de higiene oral. Da análise dos resultados obtidos, é possível verificar que os mais representativos são a "Recomendação/prescrição de um profissional de saúde" e a "Marca", com 50% (n=10) dos inquiridos a selecionar as referidas opções. O "Preço" também revela ser um fator a considerar, por ter sido uma opção assinalada por 40% (n=8) dos inquiridos (**Gráfico 7**). Estes resultados demonstram que os consumidores confiam não só nas marcas comerciais como também nos profissionais de saúde que as recomendam/prescrevem, categoria na qual o farmacêutico está inserido.

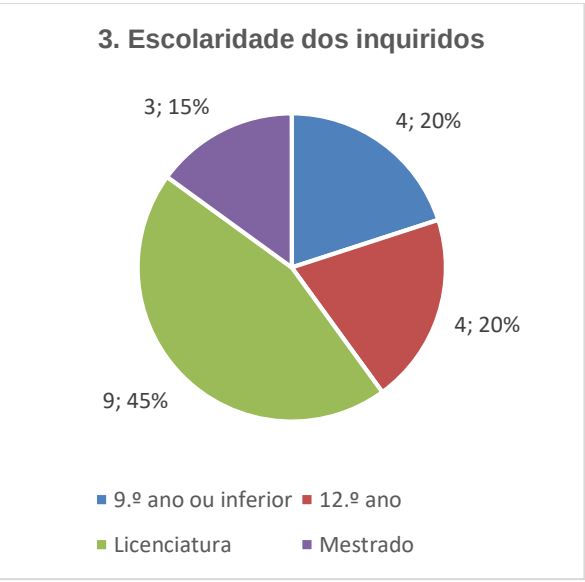
Por forma a avaliar os conhecimentos dos inquiridos no que diz respeito às doenças orais mais comuns, questionei relativamente à cárie dentária, à gengivite, à periodontite e ao cancro oral. Como seria expectável, dada a sua prevalência quase universal, 100% (n=20) dos inquiridos revela conhecer a cárie dentária. No que diz respeito à doença periodontal, 85% (n=17) respondeu conhecer a gengivite, mas apenas 25% (n=5) refere conhecer a periodontite, sua complicação. De referir que todos os inquiridos que referem conhecer a forma mais severa de doença periodontal – periodontite –, também referem conhecer a sua forma mais ligeira – gengivite. Relativamente ao cancro oral, quase metade dos inquiridos refere conhecê-la, com 45% (n=9) a assinalar a referida opção (**Gráfico 8**). Ainda assim, penso que estas percentagens poderiam ser mais satisfatórias, tornando necessária a consciencialização da população para as referidas patologias. De seguida, quando questionados se têm ou tiveram alguma das doenças orais em questão, 75% (n=15) respondeu afirmativamente (**Gráfico 9**). Apesar de não ter distinguido no questionário quais as patologias em questão, atribuo esta elevada percentagem à cárie dentária e à gengivite, por se terem revelado as doenças orais mais conhecidas dos inquiridos e por ter verificado, durante o estágio e aquando de dispensa farmacêutica, que seriam as patologias mais compatíveis com as queixas apresentadas, no que à saúde oral diz respeito.

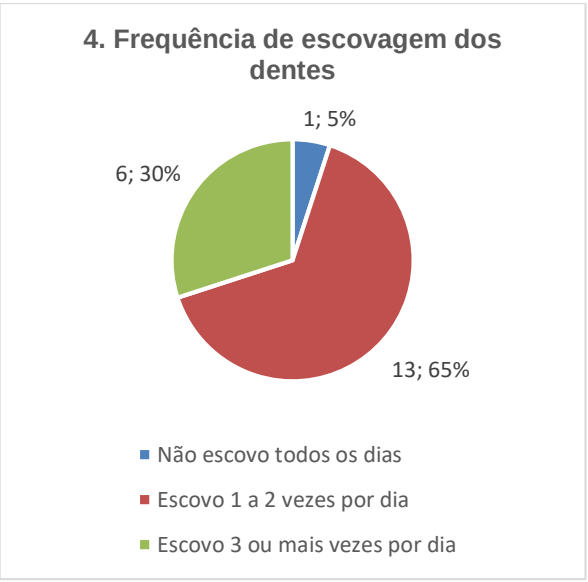
A frequência de visita ao médico dentista foi a última das questões abordadas. Mais de metade dos inquiridos (55%, n=11) afirma visitar o médico dentista uma a duas vezes por ano, valor este que é aproximado daquele encontrado no estudo "Barómetro da Saúde Oral" (47%).[156] Nesse mesmo estudo, determinou-se que 13,8% dos portugueses visita o médico dentista menos de uma vez por ano[156], ao passo que 30% (n=6) dos utentes inquiridos da FCL deu a mesma resposta no questionário por mim aplicado (**Gráfico 10**). Esta é uma percentagem bastante elevada, e seria interessante perceber quais os motivos que levam os utentes a não procurar um médico dentista mais frequentemente; de notar que nenhum dos inquiridos assinalou a opção "Não visito". Através deste inquérito, procurei, ainda, determinar se os utentes de idades mais avançadas procuram o médico dentista mais frequentemente, o que se sabe ser de extrema importância, como referido neste trabalho. Assim, avaliei a influência da idade na frequência de visita ao médico dentista (**Gráfico 11**), pelo que pude inferir os seguintes resultados: do grupo etário 61-70 anos (n=4), 25% (n=1) visita o médico dentista menos de uma vez por ano, o que é totalmente desaconselhável; apenas 25% (n=1) vista o médico dentista mais de duas vezes por ano, enquanto que os restantes inquiridos (50%, n=2) visitam uma a duas vezes por ano; e o único utente inserido na faixa etária >70 anos visita o médico dentista uma a duas vezes por ano. O reduzido número de inquiridos não permite retirar conclusões generalizadas; no entanto, verifica-se que um dos cinco utentes mencionados refere visitar o médico dentista menos de uma vez por ano. Deste modo, é-me possível concluir que nós, enquanto farmacêuticos, devemos reforçar junto das populações mais idosas a importância da visita mais frequente ao médico dentista, uma vez que se sabe que a idade avançada está associada à perda de sensibilidade dentária, além de que muitas doenças orais mostram correlação com diversas doenças crónicas.

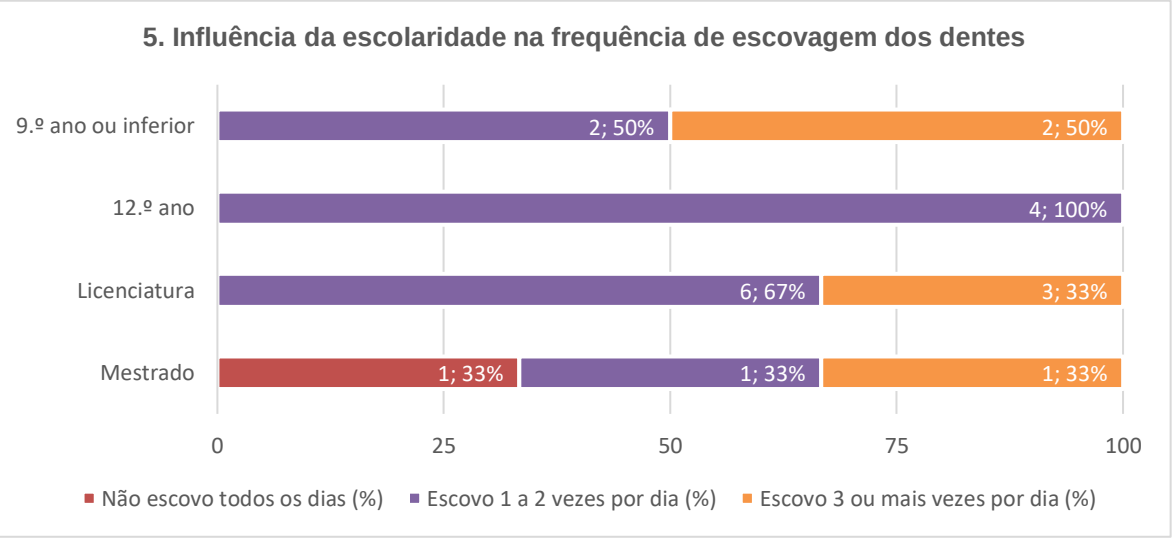
Gráficos obtidos através da análise dos dados:

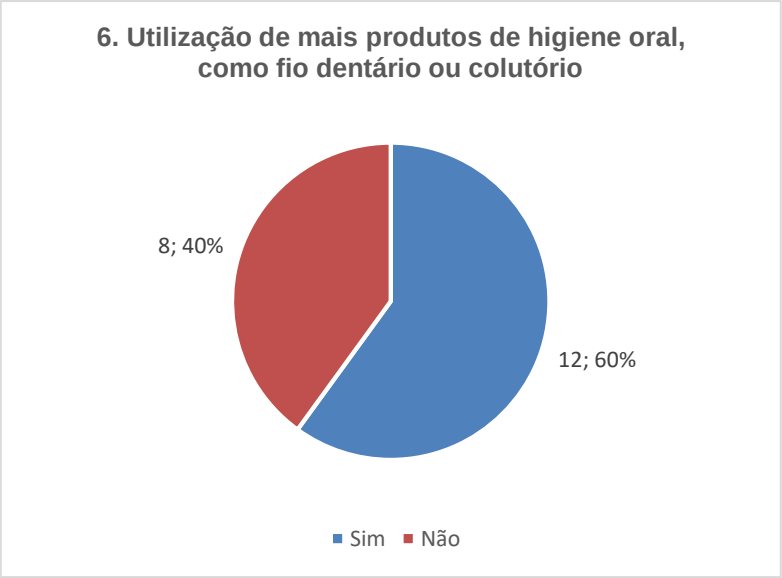


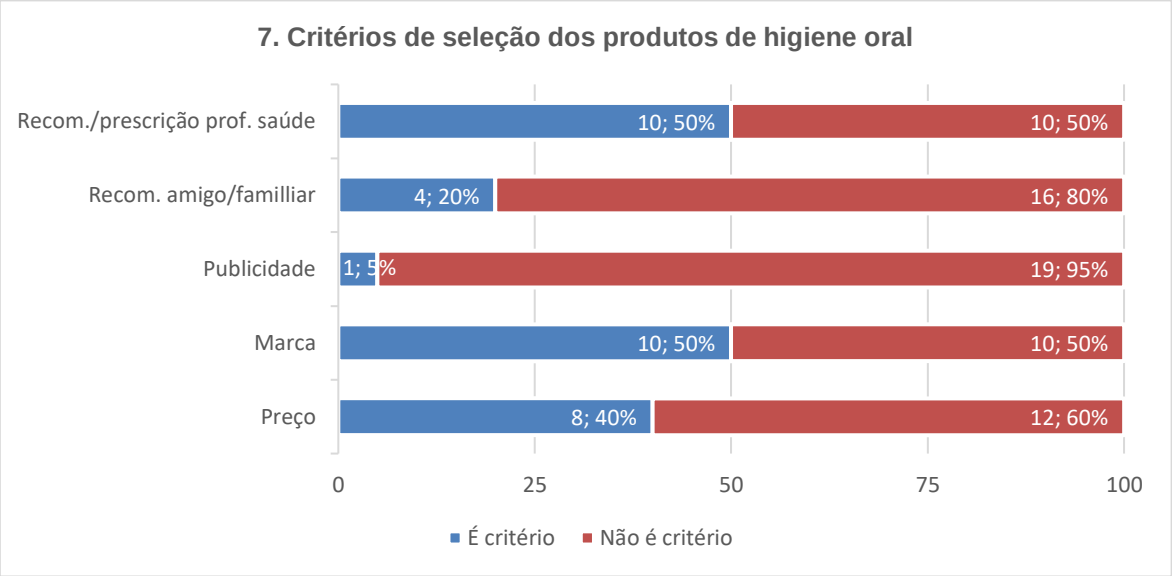


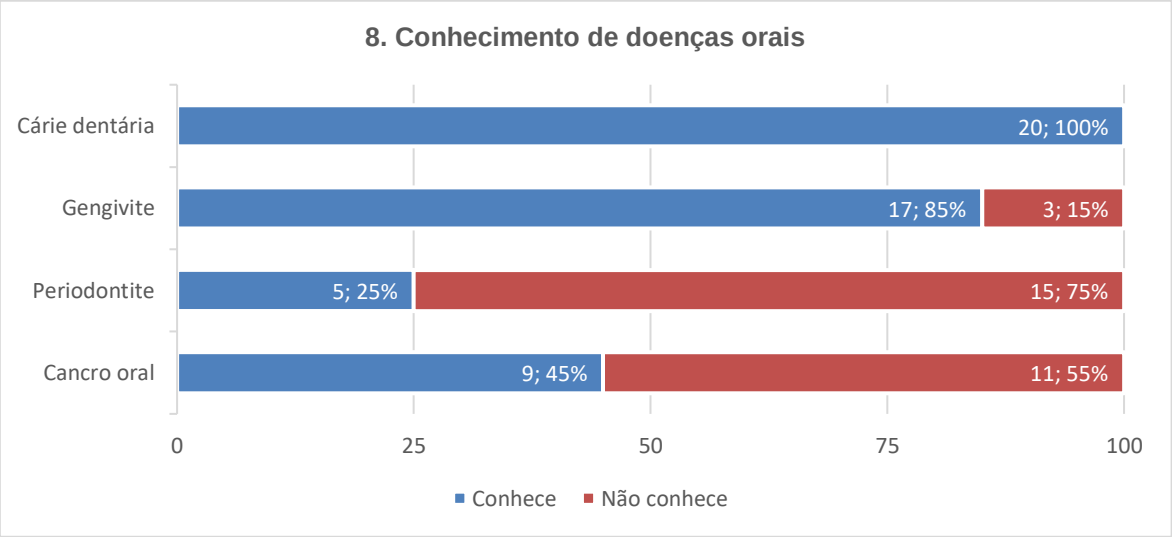


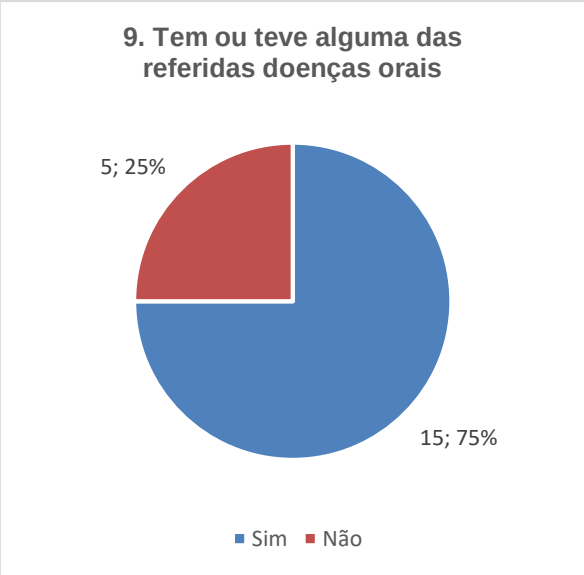


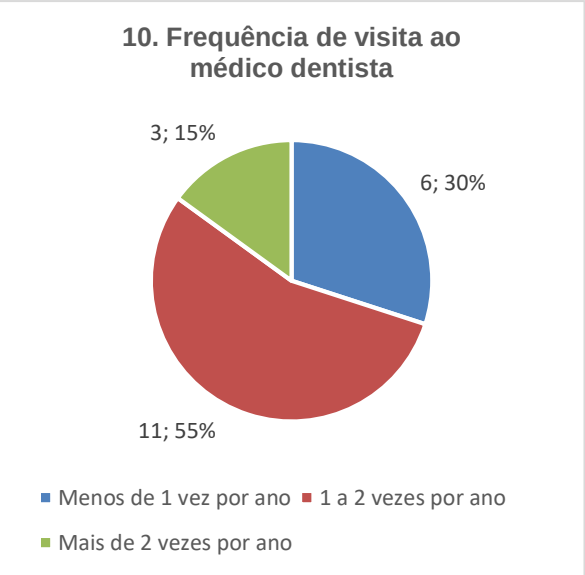


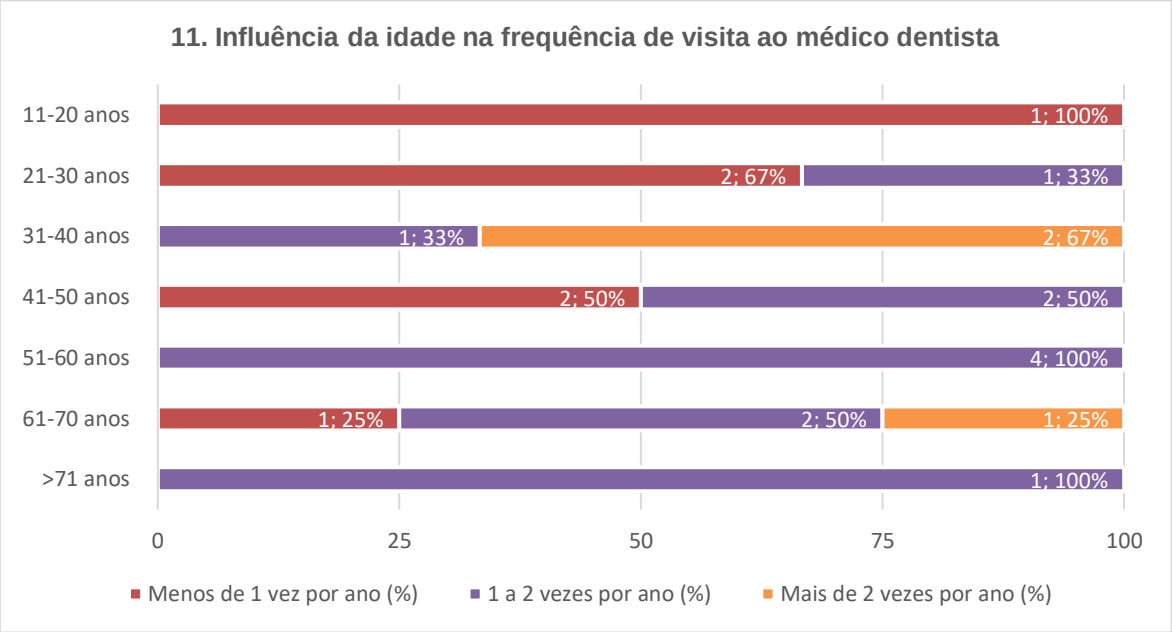

6. Utilização de mais produtos de higiene oral, como fio dentário ou colutório
8; 40%
12; 60%
Sim
Não


7. Critérios de seleção dos produtos de higiene oral
Recom./prescrição prof. saúde
10; 50%
10; 50%
Recom. amigo/familliar
4; 20%
16; 80%
Publicidade
1; 5%
19; 95%
Marca
10; 50%
10; 50%
Preço
8; 40%
12; 60%
0
25
50
75
100
É critério
Não é critério


8. Conhecimento de doenças orais
Cárie dentária
20; 100%
Gengivite
17; 85%
3; 15%
Periodontite
5; 25%
15; 75%
Cancro oral
9; 45%
11; 55%
0
25
50
75
100
Conhece
Não conhece


9. Tem ou teve alguma das referidas doenças orais
5; 25%
15; 75%
Sim
Não


10. Frequência de visita ao médico dentista
3; 15%
6; 30%
11; 55%
Menos de 1 vez por ano
1 a 2 vezes por ano
Mais de 2 vezes por ano


11. Influência da idade na frequência de visita ao médico dentista
11-20 anos
21-30 anos
31-40 anos
41-50 anos
51-60 anos
61-70 anos
>71 anos
1; 100%
2; 67%
1; 33%
1; 33%
2; 67%
2; 50%
2; 50%
4; 100%
1; 25%
2; 50%
1; 25%
1; 100%
0
25
50
75
100
Menos de 1 vez por ano (%)
1 a 2 vezes por ano (%)
Mais de 2 vezes por ano (%)

Anexo VI – Folheto "Métodos Contracetivos e ainda: Contraceção de Emergência"



PÍLULA CONTRACETIVA

- Método contracetivo de utilização *diária*;
- Eficácia comprovada de *99%*, desde que tomada corretamente;
- Atua *inibindo a ovulação* - a mulher não tem período fértil e não engravida.

: pílula combinada

- Combinação de hormonas sintéticas semelhantes às naturais (*estrogénio* e *progesterona*).

★ Pílula de 21 dias

- A pílula é tomada *todos os dias à mesma hora*;
- *Interrupção* da toma nos *7 dias* seguintes - neste período, acontece uma *hemorragia de privação* ("menstruação");
- A toma é novamente iniciada ao 8º dia.

★ Pílula de 28 dias

- Constituída por 24 cps. *hormonais* e 4 cps. *placebo*;
- Os 24 cps. hormonais são tomados *todos os dias à mesma hora*, durante 24 dias, seguidos de 4 dias de toma dos 4 cps. placebo, *também à mesma hora*;
- A *hemorragia de privação* ("menstruação") ocorre durante a toma dos comprimidos placebo;
- A toma é novamente iniciada quando terminados os comprimidos placebo.

: pílula sem estrogénios

- Adequada a *mulheres fumadoras* com idade superior a 35 anos, com *enxaqueca sem aura, obesidade* ou *hipertensão*;
- Pode ser utilizada na *amamentação*;

- É constituída por 28 cps. *todos iguais*, com progestativo (sem estrogénio), sendo *tomada continuamente* durante os 28 dias do ciclo, *sempre à mesma hora*;
- Poderá ocorrer *alteração do padrão hemorrágico*, com hemorragia ligeira entre as menstruações ou ausência de menstruação.

Importante!

- *Medicamentos* que interajam com a eficácia da pílula e vice-versa;
- *Esquecimentos!* Se inferior a *12h*, a eficácia está garantida. Depois das 12h de esquecimento, deve continuar a toma da pílula e utilizar um *segundo método contracetivo* nos 7 dias seguintes.

ANEL VAGINAL

- Anel de textura suave, transparente, flexível, com cerca de 5 cm de diâmetro e que se *insere na vagina uma vez por mês*;
- Eficácia de *99%* na prevenção da gravidez, se utilizado corretamente;
- Contém duas hormonas - *estrogénio* e *progestagénio* (atua *inibindo a ovulação*, tal como a pílula contracetiva);
- Quando colocado, permanece na vagina durante *21 dias*, sendo depois *retirado para uma semana de pausa*;
- Durante o período de interrupção, surge a *hemorragia de privação* ("menstruação");
- A eficácia não é comprometida em caso de *vómitos, diarreia* ou toma de *antibióticos*.

ADESIVO

- Adesivo hormonal fino de utilização *semanal* que se coloca *sobre a pele* seca, limpa e sem pêlo;
- Eficácia de *99%*, se utilizado corretamente;
- Através da pele, liberta um *fluxo contínuo* de hormonas (*estrogénio* e *progestagénio*), atuando por inibição da ovulação;
- O adesivo permanece colado na pele durante *uma semana*, ao fim da qual deve ser substituído;
- Um ciclo completo é formado por *3 adesivos semanais* + *uma semana de interrupção*, durante a qual surge a *hemorragia de privação* ("menstruação");
- A eficácia não é afetada em caso de *vómitos* ou *diarreia*.

IMPLANTE

- Bastonete de 4 cm, que é inserido no *braço sob a pele*, com contraceção assegurada *até 3 anos*;
- Método *reversível* com eficácia de *99%*;
- Pode ser utilizado durante a *amamentação*;
- Contém *apenas progestagénio*, que é libertado continuamente na corrente sanguínea;
- Atua a dois níveis: *inibindo a ovulação* e tornando *mais espesso o muco cervical*, dificultando a mobilidade dos espermatozóides;
- Não requer precauções em caso de *vómitos* ou *diarreia*.

DIU / SIU

- Pequeno dispositivo constituído por *finas hastes*, que é introduzido na *cavidade uterina* e que confere proteção *entre 3 e 10 anos*, dependendo do tipo;
- Método *reversível* com eficácia de *99%*;
- Atua *impedindo que os espermatozóides fecundem o ovulo*, através de uma resposta inflamatória, e criando uma *barreira mecânica à implantação do ovo no útero*, caso tenha ocorrido fecundação.

: dispositivo intra-uterino (DIU)

- Tem *cobre* na sua constituição: é um método *não hormonal*;
- As *perdas de sangue e as dores menstruais* podem *aumentar* ligeiramente;
- Tomar *anti-inflamatórios de forma continuada* diminui o efeito contracetivo (utilizar 2º método)!

: sistema intra-uterino (SIU)

- Método hormonal, com *libertação de progestativo* que altera localmente o endométrio e *impede a fixação do ovo*;
- Contrariamente ao DIU, as *perdas de sangue e as dores menstruais* tendem a *diminuir*, podendo mesmo desaparecer.

- A colocação/remoção do DIU/SIU deve ser feita unicamente por *profissionais de saúde especializados*, além de que deve ser regularmente vigiado;
- A mulher *pode engravidar logo após a remoção*;
- A eficácia não é afetada em caso de *vómitos* ou *diarreia*.

MÉTODO INJETÁVEL

- Injeção de *progestativo* muito segura, com administração *via intramuscular* de *12 em 12 semanas*;
- Método considerado em situações clínicas como *doenças hemolíticas* e na *epilepsia*, e em caso de *intolerância* e/ou limitação ao uso dos *estrogénios*;
- Atenção! Interfere no *metabolismo ósseo*, pode condicionar o aparecimento de *estado depressivo* e pode induzir *atraso na retoma da fertilidade*;
- Não está indicado em casos de *diabetes, lúpus, doença tromboembólica* ou *coronária* e *amamentação* antes das 3 semanas pós-parto.

Anexo VII – Infeções parasitárias zoonóticas transmitidas por animais de companhia

Tabela 3 [Anexo VII]. Endoparasitas: Protozoários.

Protozoários
Giardia spp. É o protozoário mais relevante em caninos e felinos, ainda que possa infetar, também, o Homem. É um parasita que afeta o trato GI dos seus hospedeiros, sendo o quisto a sua forma infeciosa. Quando libertados nas fezes, os quistos podem contaminar fómites, o solo, alimentos e água, reinfetando o hospedeiro quando são, por este, ingeridos. A ingestão de água contaminada constitui o principal modo de transmissão de *Giardia spp.*, cuja infeção, giardiose, pode permanecer assintomática ou provocar sintomas GI, como diarreia, dores abdominais, perda de peso e malabsorção, tanto no animal doméstico como no Homem. A prevenção de giardiose humana passa pela desparasitação frequente dos seus animais e pelo cuidado acrescido aquando do tratamento das fezes dos mesmos.[125,128,129,157]
Leishmania spp. Constitui um protozoário que importa mencionar, uma vez que o cão representa o principal reservatório à infeção canina e humana. O flebótomo constitui um hospedeiro intermediário essencial à transmissão deste parasita, que, durante uma refeição hematofágica, infeta o hospedeiro. Grande parte dos caninos permanece infetado cronicamente sem desenvolvimento de doença; no entanto, e ainda que a leishmaniose humana permaneça maioritariamente assintomática, pode, ainda, manifestar-se de três formas: a leishmaniose visceral, que compromete órgãos vitais e é fatal se não tratada, afetando, principalmente, crianças e indivíduos imunocomprometidos; e as leishmanioses cutânea e mucocutânea, que afetam a pele ou as junções mucocutâneas e que, apesar de autolimitadas, provocam lesões desfigurantes. Importa referir que os MV existentes no mercado apresentam uma ação repelente de flebótomos, atuando apenas como prevenção da leishmaniose canina.[125,158]

Tabela 4 [Anexo VII]. Endoparasitas: Helmintas.

Helmintas	
Céstodes	***Echinococcus spp.*** Este género inclui várias espécies de céstodes zoonóticos, sendo a mais relevante o *E. granulosus*, responsável pela hidatidose quística. A forma adulta está, sem significado clínico, presente no intestino do cão, libertando, posteriormente, ovos embrionados para o exterior através das fezes. Estes ovos podem ser ingeridos acidentalmente pelo Homem, desenvolvendo-se o quisto hidático que se aloja em vários órgãos, especialmente no fígado e nos pulmões. Numa fase inicial, a hidatidose quística pode permanecer assintomática; no entanto, os quistos vão maturando durante anos, passando a produzir sintomas de acordo com o local onde se encontram alojados. A rutura dos quistos pode causar reações anafiláticas severas e a morte do indivíduo. Outra espécie relevante, mas mais rara e que afeta, também, o gato, é o *E. multilocularis*, responsável pela hidatidose alveolar. Neste caso, no Homem, não há maturação das formas larvares em quistos, mas ocorre a formação de vesículas que destroem os tecidos circundantes e que, por conseguinte, causam falência dos órgãos afetados, resultando na morte do indivíduo se não tratado. Apesar de ambas se aparentarem inócuas para os animais domésticos, as consequências a nível da saúde pública tornam necessária a sua desparasitação interna.[125,159,160]

Helmintas	
	Dipylidium caninum Espécie muito comum no cão, em que o hospedeiro intermediário é a pulga, onde são formadas larvas cisticercoides que podem ser transmitidas pela sua ingestão, tanto aos caninos e felinos como ao Homem, de forma acidental. As larvas cisticercoides dão origem ao parasita na sua forma adulta no intestino do hospedeiro, pelo que o Homem infetado expele, através das fezes e à semelhança dos animais domésticos, os proglotes grávidos, que libertam cápsulas ovígeras que vão ser, posteriormente, ingeridas pelas pulgas, reiniciando-se o ciclo. A dipilidiose é facilmente tratada, mostrando-se, geralmente, assintomática ou com eventuais ataques epiletiformes e sintomas GI, como diarreia, e prurido anal.[161,162] ***Taenia spp.*** Das várias espécies conhecidas, apenas a *T. multiceps* e a *T. serialis* apresentam potencial zoonótico no que se refere aos animais de companhia (neste caso, caninos). A cenurose é uma infeção parasitária causada pelas espécies anteriormente referidas, que têm o cão como hospedeiro definitivo. O cão expele, através das fezes, ovos e proglotes grávidos, podendo o Homem ingeri-los através de fómites ou água contaminados e constituir um hospedeiro intermediário acidental. A fase larvar destas espécies, denominada cenuro, aloja-se, no Homem, em órgãos vitais – no caso de *T. multiceps*, é mais comum nos olhos e no SNC, enquanto que a *T. serialis* afeta os tecidos subcutâneos. A sintomatologia depende do órgão afetado, podendo levar anos a manifestar-se, ainda que a infeção, no cão, se apresente, geralmente, assintomática.[163,164]
Trematodes	Esta classe é pouco representativa no que aos animais de companhia diz respeito, ainda que caninos e felinos possam constituir um reservatório de duas espécies de ***Schistosoma spp.***. Todavia, estes parasitas necessitam de um reservatório e espécies aquáticas para que o seu ciclo de vida ocorra, além de que a schistosomose não está presente no hemisfério norte. Por estes motivos, a classe dos tremátodes não é extensivamente abordada neste trabalho.[130,165]
Nematodes	Ascarídeos: ***Toxocara spp.*** Os ascarídeos infetam, frequentemente, caninos e felinos; é o caso de *T. canis*, no cão, e *T. cati*, no gato. O animal doméstico é infetado pela ingestão de ovos embrionados: no animal jovem, ocorre migração da forma larvar até ao desenvolvimento da forma adulta do parasita, no intestino; já no animal adulto, ocorre enquistamento larvar nos tecidos. Contudo, as fêmeas grávidas transmitem os quistos à descendência através da placenta e, posteriormente, através da amamentação, desenvolvendo-se a fase adulta do parasita no intestino do animal recém-nascido. Desta forma, há libertação dos ovos através das suas fezes, que contaminam o ambiente. O Homem pode constituir um hospedeiro acidental através da ingestão de ovos embrionados ou hospedeiros paraténicos contaminados, como é exemplo o coelho. Após ingestão, os ovos eclodem e as larvas migram para órgãos como o fígado, coração, pulmões, SNC e músculos, causando o síndroma de *Larva Migrans* visceral, cujos sintomas são altamente variáveis entre assintomatologia e febre, tosse, hepatoesplenomegalia, anorexia e manifestações cardíacas, neurológicas ou cutâneas. Quando o órgão afetado é o olho, ocorre o síndroma de *Larva Migrans* ocular, podendo causar estrabismo ou mesmo cegueira.[125,166,167] Ancilostomídeos: ***Ancylostoma caninum***, ***A. braziliense*** e ***Uncinaria stenocephala*** Os três ancilostomídeos referidos causam infeções zoonóticas que afetam os animais de companhia, como o síndroma de *Larva Migrans* cutâneo (ou dermatite serpiginosa). Caninos e felinos constituem hospedeiros definitivos, libertando ovos através das fezes e contaminando o ambiente.

Helmintas	
	Os ovos eclodem no reservatório telúrico, formando larvas que se tornam infeciosas e que, quando em contacto com o hospedeiro, penetram a pele. Nos animais domésticos, as larvas podem penetrar vários tecidos até atingir o intestino, onde se desenvolve a forma adulta. O Homem pode constituir um hospedeiro definitivo acidental, quando em contacto com as larvas, que penetram e migram pelo tecido subcutâneo. Muito raramente, o *A. caninum* pode migrar até ao intestino.[168,169]
	Tricurídeos: ***Trichuris spp.*** Os tricurídeos são parasitas com morfologia de "chicote". O género *Trichuris spp.* inclui a espécie *T. trichiura*, que apresenta uma distribuição ubiquitária e cujo hospedeiro é única e exclusivamente o Homem. Contudo, a espécie *T. vulpis*, pouco estudada, tem como hospedeiro preferencial a espécie canina, não se tendo, ainda, demonstrado potencial zoonótico. À semelhança do que acontece na tricurose humana, o parasita adulto fixa-se na mucosa intestinal, mais concretamente na região do cego e do cólon ascendente. Em ambos os casos, a infeção pode apresentar-se assintomática; todavia, quando a carga parasitária é elevada, podem surgir sintomas GI, com diarreia que pode conter muco ou sangue, além de anemia e problemas de atraso no crescimento. Na tricurose humana, é comum a ocorrência de prolapso retal.[170-172]
	Não-GI: ***Dirofilaria immitis***, ***D. repens*** e ***Thelazia callipaeda*** A dirofilariose, provocada pelas espécies *D. immitis* e *D. repens*, apresenta diferentes potenciais patogénicos, tanto para o Homem como para os animais de companhia. A infeção causada por *D. immitis* é vulgarmente conhecida como a "doença do verme do coração", uma vez que o hospedeiro definitivo (caninos e felinos), é infetado com larvas durante uma refeição hematofágica levada a cabo pelo mosquito contaminado. As larvas atingem a fase adulta e colonizam as artérias pulmonares e o ventrículo direito do coração do hospedeiro, produzindo, aí, microfilárias que serão, posteriormente, encontradas no sangue periférico. O mosquito que realize refeição hematofágica num hospedeiro definitivo de *D. immitis* é contaminado com as microfilárias circulantes, reiniciando-se o ciclo parasitário. Quando o Homem constitui um hospedeiro definitivo acidental, as larvas alojam-se nas artérias pulmonares, provocando dor torácica, tosse, febre e hemoptise. Já no que diz respeito à *D. repens*, a infestação do hospedeiro definitivo (caninos) ocorre da mesma forma que na *D. immitis*; contudo, as larvas infetam o tecido subcutâneo, onde atingem a forma adulta, ocorrendo, igualmente, formação de microfilárias. O Homem é acidentalmente infetado de igual modo, com afetação dos tecidos subcutâneos e a possível formação de nódulos granulomatosos.[125,173] A infeção causada por *T. callipaeda* apresenta elevado risco de saúde pública dado o seu potencial zoonótico. Este parasita, na sua forma adulta, habita a conjuntiva ocular do hospedeiro definitivo (caninos e felinos), onde são libertadas larvas num estágio inicial de desenvolvimento. As referidas larvas são ingeridas por moscas (hospedeiro intermediário), onde se desenvolvem até se tornarem infeciosas. Quando a mosca procura alimentar-se das secreções lacrimais do hospedeiro definitivo, as larvas infeciosas são libertadas, invadindo a conjuntiva ocular, e onde atingem a forma adulta. O Homem pode constituir um hospedeiro definitivo acidental, quando uma mosca contaminada se alimenta das suas secreções lacrimais. Esta infeção pode causar inflamação, edema, conjuntivite e culminar em cegueira.[125,174] A espécie *Angiostrongylus vasorum* constitui um importante nemátode não-GI em caninos. No entanto, por não apresentar potencial zoonótico, não foi extensivamente detalhada neste trabalho.

Anexo VIII – Apresentação PowerPoint "Medicamentos e Produtos de Uso Veterinário"

FARMÁCIA COSTA LIMA



Medicamentos e Produtos de Uso Veterinário



Caninos



Felinos



Caninos e Felinos

- Parasitoses internas
- Parasitoses externas
- Parasitoses internas + externas
- Outras indicações

PARASITOSES INTERNAS



Parasitoses Internas de Felinos: Que medicamento?

Strongid Pasta Oral



- Pirantel;
- Tratamento e prevenção de inf. por nemátodes ("lombrigas");
- Utilizado a partir das 2 semanas de idade;
- Apto para gestantes e lactantes;
- 1 divisão de seringa / kg (1 seringa inteira para 6 kg).

também para caninos

Tenil Vet Comp.



- Praziquantel;
- Tratamento de inf. por céstodes ("ténias");
- Utilizado a partir das 6 semanas de idade;
- Apto para gestantes e lactantes;
- 1 comp. / 10 kg.

também para caninos

Flubenol Pasta Oral



Drontal Gato Comp.



- Tratamento de inf. por nemátodes e céstodes ("lombrigas" e "ténias")

- Também para prevenção;
- Flubendazol;
- Utilização a partir das 6 semanas de idade;
- Apto para gestantes e lactantes;
- 1 mL de pasta / 2 kg.

- Praziquantel + Pirantel;
- Utilização a partir das 3 semanas de idade;
- Não apto para gestantes e lactantes;
- 1 comp. / 4 kg.



Caniquantel Plus Comp.

também para caninos

- Fenbendazol + Praziquantel;
- Tratamento de inf. por céstodes e nemátodes ("ténias" e "lombrigas") e *Giardia spp.*;
- Utilização a partir das 3 semanas de idade;
- Não apto para gestantes e lactantes;
- 1 comp. / 10 kg.



Parasitoses Internas de Caninos: Que medicamento?



Tenil Vet Comp

também para felinos

- Praziquantel;
- Tratamento de inf. por céstodes ("ténias");
- Utilizado a partir das 6 semanas de idade;
- Apto para gestantes e lactantes;
- 1 comp. / 10 kg.

---

também para felinos

Flubenol Pasta Oral



Milbemax Comp. Mast



- Tratamento e prevenção de inf. por nemátodes e céstodes ("lombrigas" e "ténias")

- Flubendazol;
- Utilização a partir das 6 semanas de idade;
- Apto para gestantes e lactantes;
- 1 mL de pasta / 2 kg.

- Também prevenção da dirofilariose;
- Milbemicina + Praziquantel;
- Utilização a partir dos 5 kg de peso;
- Apto para gestantes e lactantes;
- 1 comp a cada 25 kg.

Drontal Plus



Caniquantel Plus Comp.



também para felinos

- Tratamento de inf. por céstodes e nemátodes ("ténias" e "lombrigas") e *Giardia spp.*;

- Febantel + Pirantel + Praziquantel;
- Utilizado a partir dos 2 kg de peso;
- Apto no útimo terço de gestação;
- 1 comp. / 10 e 35 kg.

- Fenbendazol + Praziquantel;
- Utilização a partir das 3 semanas de idade;
- Não apto para gestantes e lactantes;
- 1 comp. / 10 kg.

▶ Parasitoses internas



Felinos

Em stock



Strongid

Pirantel

Apresentação em stock: Strongid Gatos Pasta Oral Seringa 40 mg/g

Forma Farmacêutica: Pasta Oral

Indicação:
Tratamento de infeções parasitárias por **nemátodes** (ascarídeos e ancilostomídeos).

Posologia: A dose a administrar equivale a uma divisão da seringa (0,5 g) por kg de peso. O conteúdo de uma seringa (3 g) é, normalmente, suficiente para o tratamento de um gato adulto (com peso médio de 6 kg).

Gatas reprodutoras: após cada cio e repetir 2 semanas depois + tratar às 2, 4, 6, 8 e 10 semanas depois do parto
Gatinhos: 2ª semana de vida + todas as semanas até à idade de 10 semanas
Gatos até 1 ano de idade: 1 em 1 ou 2 em 2 meses, dependendo do risco de infeção
Gatos e gatas não utilizados para reprodução, até aos 3 anos de idade: 2 a 4 vezes por ano, dependendo do risco de infeção
Gatos com mais de 3 anos: 1 a 2 vezes por ano

Administração: A pasta pode ser estendida numa das **patas dianteiras**.

Apto para gestantes e lactantes

▶ Parasitoses internas



Caninos e Felinos

Em stock



Tenil® Vet

Praziquantel

Apresentação em stock: Tenil Vet Comp. 50 mg x4

Forma Farmacêutica:	Indicação:
Comprimido	Tratamento de infeções parasitárias por **céstodes.**

Posologia: A dose recomendada é de 1 comprimido por 10 kg de peso corporal.

Administração: O medicamento veterinário deve ser administrado **com ou após a alimentação**.

Recomendações ao utente: O animal deve permanecer em **contenção** nas 24 horas posteriores à administração do medicamento. As **fezes** do animal devem ser **queimadas e enterradas**.

Apto para gestantes e lactantes

▶ Parasitoses internas



Caninos e Felinos

Em stock



Flubenol®

Flubendazol

Apresentações em stock: Flubenol KH Pasta Oral Seringa 4,4%

Forma Farmacêutica:	Indicação:
Pasta Oral	Tratamento de infeções parasitárias mistas por **nemátodes** (ascarídeos, ancilostomídeos e tricurídeos) e **céstodes.**

Posologia: A dose recomendada é de 1 mL de pasta por cada 2 kg de peso corporal. A administração deve ser feita uma ou duas vezes ao dia, conforme o parasita.

Cachorros: ao oitavo dia + 6ª semana de idade	Gatinhos: na 6ª semana de idade
Cães jovens: de 2 em 2 ou 3 em 3 meses	Gatos jovens: de 2 em 2 ou 3 em 3 meses
Cadelas: durante o oestrus (e 10 dias antes e depois do parto)	Gatos adultos: 3 a 4 vezes por ano
Cães adultos: 3 a 4 vezes por ano	Todos: antes da vacinação
Todos: antes da vacinação	

Administração: No gato, a pasta pode ser estendida numa das **patas dianteiras**.

Apto para gestantes e lactantes

▶ Parasitoses internas



Caninos e Felinos

Em stock



Sem stock

MILBEMAX

Milbemicina + Praziquantel

Apresentação em stock: Milbemax **Comp. Mastigável 12,5+125 mg** x2

Apresentação que saiu desde Jan 2017: Milbemax **Comp. Revestido 16+40 mg** x2

Forma Farmacêutica:
Comprimido (mastigável para cães, revestido para gatos)

Indicação:
Tratamento de infeções mistas por **nemátodes** e **céstodes**;
Prevenção de **dirofilariose**.

Posologia Milbemax Comp. Mastigáveis (Cães):

Peso	Número de comprimidos
5 – 25 Kg	1 comprimido
> 25 – 50 Kg	2 comprimidos
> 50 – 75 Kg	3 comprimidos

Posologia Milbemax Comp. Revestidos (Gatos):

Peso	Comprimidos
2 – 4 Kg	½ comprimido
> 4 – 8 Kg	1 comprimido
> 8 – 12 Kg	1½ comprimidos

Administração: O medicamento veterinário deve ser administrado **com ou após a alimentação**.

Apto para gestantes e lactantes

▶ Parasitoses internas



Felinos

Em stock



Drontal®

Pirantel + Praziquantel

Apresentação em stock: Drontal Comp. Gato **4 kg** x2

Forma Farmacêutica:
Comprimido

Indicação:
Tratamento de infeções parasitárias mistas por **nemátodes** (ascarídeos e ancilostomídeos) e **céstodes.**

Posologia: A dose recomendada é de uma única administração de 1 comprimido por 4 kg de peso vivo.

Administração: O medicamento veterinário deve ser administrado **com ou após a alimentação**.

Não administrar durante a gestação!

▶ Parasitoses internas



Caninos



Drontal®

Febantel + Pirantel + Praziquantel

Apresentações em stock: Drontal **Plus Flavour** Comp. Cão x2; **Plus XL 35 kg** x2

Forma Farmacêutica:
Comprimido

Indicação:
Tratamento de infeções parasitárias mistas por **nemátodes** (ascarídeos, ancilostomídeos e tricurídeos), **céstodes** e **protozoários** *(Giardia spp.)*.

Posologia Drontal Plus Flavour:

Peso corporal (kg)	Número de comprimidos
2-5	½
>5-10	1
>10-15	1 ½
>15-20	2

Posologia Drontal Plus XL:

Peso corporal (kg)	Número de comprimidos
7-17,5	½
>17,5-35	1
>35-52,5	1 ½
>52,5-70	2

Administração: O medicamento veterinário deve ser administrado **com ou após a alimentação**.

Não administrar no 1º e 2º terço da gestação!

Seguro no último terço da gestação e lactação

▶ Parasitoses internas



Caninos e Felinos



Caniquantel® Plus

Fenbendazol + Praziquantel

Apresentação em stock: Caniquantel Plus Comp. 50/500 mg x6

Forma Farmacêutica:
Comprimido

Indicação:
Tratamento de infeções parasitárias mistas por **nemátodes** (ascarídeos, ancilostomídeos e tricurídeos), **céstodes** e **protozoários** *(Giardia spp.)*.

Posologia: A dose recomendada é de 1 comprimido por 10 kg de peso corporal. A dosagem para gatos adultos corresponde, normalmente, a 1/2 comprimido por animal. É recomendado o tratamento com a administração repetida no dia seguinte. Para tratamento de *Giardia spp.*, administrar durante três dias consecutivos.

Administração: O medicamento veterinário deve ser administrado **com ou após a alimentação**.

Não administrar durante a gestação!

▶ Parasitoses internas



Caninos

Apresentação que saiu desde Jan 2017: Zipyran Plus Comp. x10

Tentar redirecionar a venda para

Drontal Plus Flavour Comp. Cão x2

Em stock



Sem stock

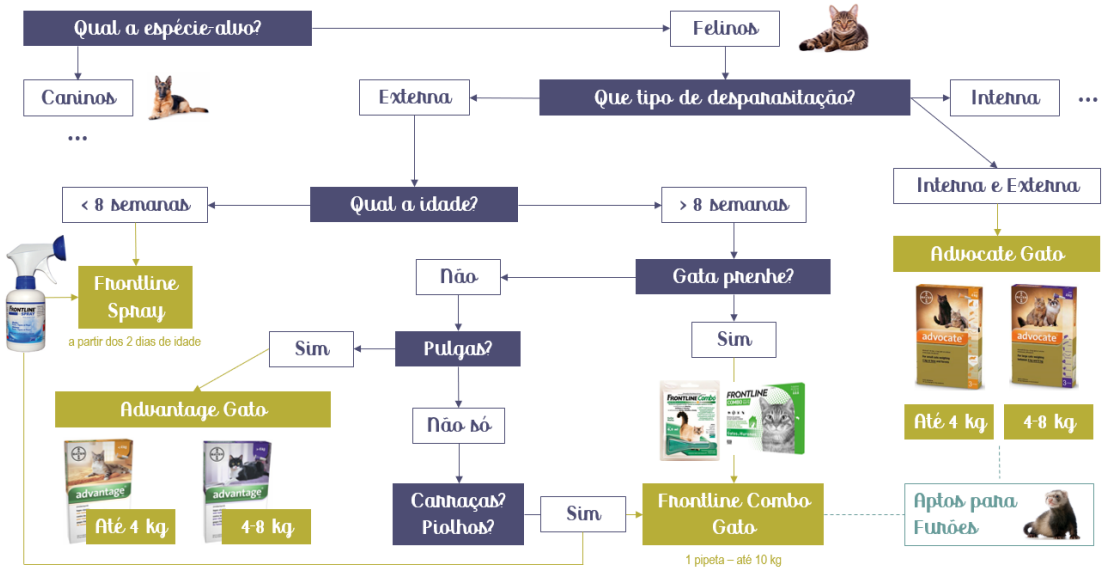


ZIPYRAN

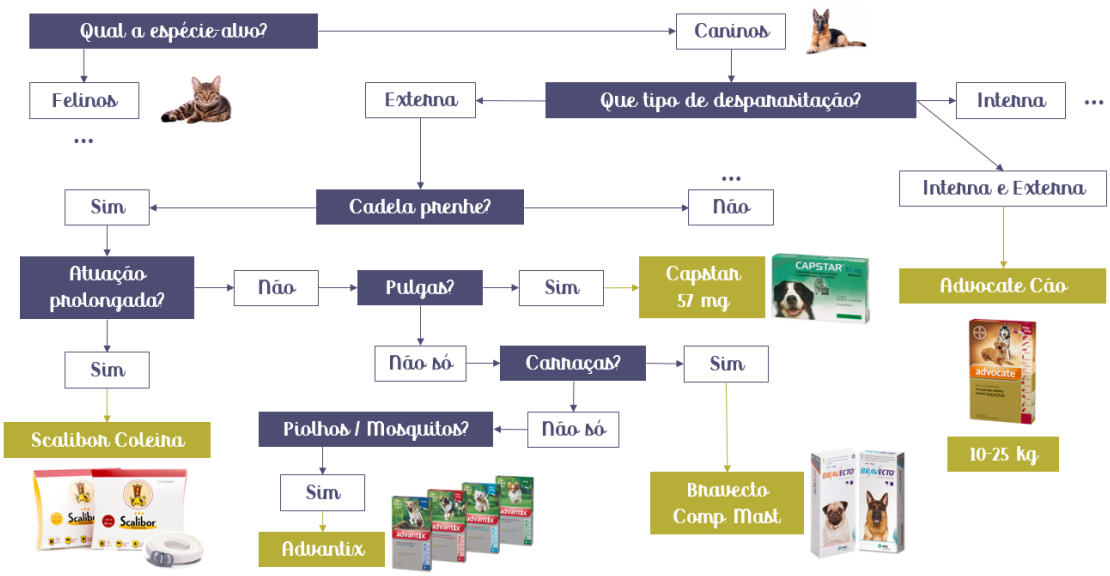
Vantagens:
Mesmas substâncias ativas na mesma proporção → Mesma indicação;
Produto que trabalhamos e temos disponível.

Desvantagens:
Apenas 2 comprimidos em vez de 10;
Preço por comprimido mais elevado.

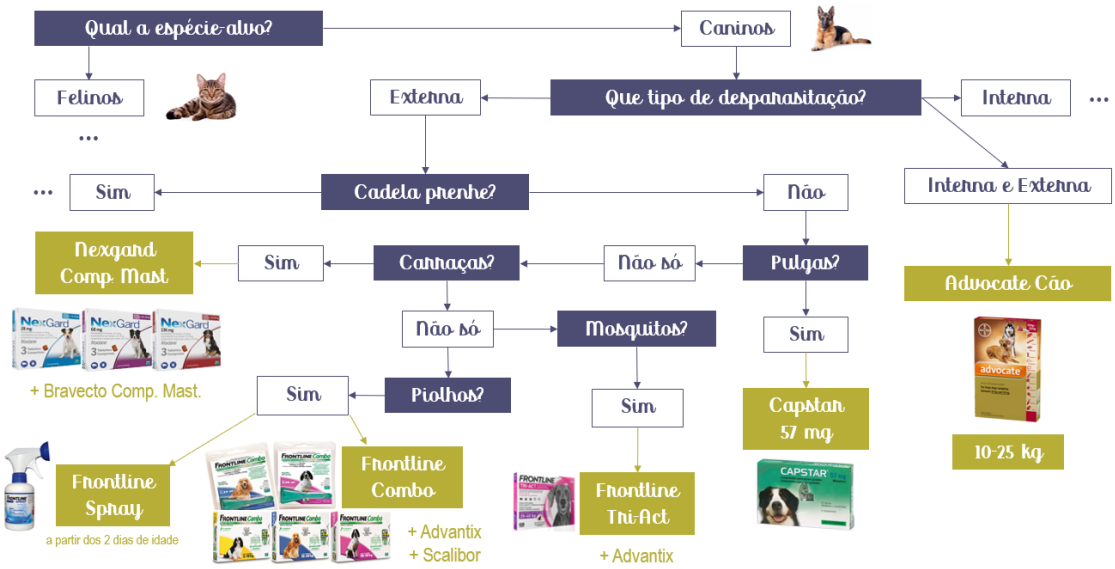
Parasitoses: Que medicamento aconselhar?



Parasitoses: Que medicamento aconselhar?



Parasitoses: Que medicamento aconselhar?



PARASITOSES EXTERNAS

▶ Parasitoses externas



Felinos

Em stock



advantage®

Imidaclopride

Apresentações em stock: Advantage Gato Solução Unção **Até 4kg** x4; **4-8 kg** x4

Forma Farmacêutica:
Solução para unção punctiforme

Indicação:
Prevenção e tratamento de infestações por **pulgas** durante 3 a 4 semanas.

[Pode ser utilizado como parte de uma estratégia de tratamento da dermatite alérgica à picada de pulga (DAPP).]

Posologia:

Gato (kg pv)	Medicamento veterinário	Número de Pipetas	Imidaclopride (mg/kg pv)
< 4 kg	Advantage® 40 para Gatos	1 x 0,4 ml	mínimo de 10
≥ 4 kg	Advantage® 80 para Gatos	1 x 0,8 ml	mínimo de 10

Administração: Afastar o pelo do pescoço, na base da nuca do animal. Colocar o bico da **pipeta sobre a pele** e apertar, de modo a esvaziar o conteúdo diretamente na pele.



Não administrar durante a gestação!

▶ Parasitoses externas



Caninos e Felinos

Em stock



CAPSTAR®

Nitempiran

Apresentação em stock: Capstar **Cão** Comp. **57 mg** x6

Apresentação que também saiu desde Jan 2017: Capstar **Cão/Gato** Comp. **11,4 mg** x6

Forma Farmacêutica:	Indicação:
Comprimido	Tratamento de infestações por **pulgas** durante 3 a 4 semanas.

Posologia: A dose eficaz mínima recomendada é de 1 mg/kg, de acordo com as seguintes recomendações:

Deve administrar-se um comprimido **Capstar 11,4 mg** a gatos e cães pequenos com peso compreendido entre 1 kg e 11 kg.

Deve administrar-se um comprimido **Capstar 57 mg** a cães com peso compreendido entre 11 kg e 57 kg e dois comprimidos a cães com peso superior a 57 kg.

A frequência do tratamento depende do grau de infestação.

Administração: O medicamento veterinário deve ser administrado **com ou após a alimentação**.

Apto para gestantes e lactantes

▶ Parasitoses externas



Caninos

Em stock



NexGard®

Afoxolaner

Apresentações em stock: Nexgard Comp. **28 mg**; **68 mg**; **136 mg**

Forma Farmacêutica:	Indicação:
Comprimido mastigável	Tratamento de infestações por **pulgas** durante 5 semanas e **carraças** até 4 semanas.

[Pode ser utilizado como parte de uma estratégia de tratamento da dermatite alérgica à picada de pulga (DAPP).]

Posologia:

Peso corporal do cão (kg)	Dosagem e número de comprimidos mastigáveis a serem administrados			
	NexGard 11 mg	NexGard 28 mg	NexGard 68 mg	NexGard 136 mg
2 - 4	1			
>4 - 10		1		
> 10 - 25			1	
>25 -50				1

Para cães com mais de 50 kg de peso corporal administrar a combinação apropriada de comprimidos mastigáveis de diferente /igual dosagem. Os comprimidos não devem ser divididos.

Administração: O medicamento veterinário deve ser administrado **com ou após a alimentação**.

Não administrar durante a gestação!

▶ Parasitoses externas



Caninos

Em stock



BRAVECTO® (FLURALANER)

Fluralaner

Apresentações em stock: Bravecto Comp. Mastigável Cão 250 mg **4,5-10 kg;** 1000 mg **20-40 kg**

Forma Farmacêutica:
Comprimido mastigável

Indicação:
Tratamento de infestações por **pulgas** durante 12 semanas e **carraças** durante 8 a 12 semanas.

[Pode ser utilizado como parte de uma estratégia de tratamento da dermatite alérgica à picada de pulga (DAPP).]

Posologia:

Peso corporal do cão (kg)	Dosagem e número de comprimidos a serem administrados				
	Bravecto 112,5 mg	Bravecto 250 mg	Bravecto 500 mg	Bravecto 1000 mg	Bravecto 1400 mg
2-4,5	1				
>4,5-10		1			
>10-20			1		
>20-40				1	
>40-56					1

Administração:
O medicamento veterinário deve ser administrado **com ou após a alimentação.**

Os comprimidos mastigáveis não devem ser partidos ou divididos.
Para cães com peso corporal acima dos 56 kg, administrar uma combinação de dois comprimidos que mais se aproximem do peso corporal.

Apto para gestantes e lactantes

▶ Parasitoses externas



Caninos e Felinos

Em stock



FRONTLINE®

Fipronil

Apresentação em stock: Frontline Spray Inseticida C/G 250 mL

Apresentação que saiu desde Jan 2017: 100 mL

Forma Farmacêutica:
Solução para pulverização cutânea

Indicação:
Prevenção e tratamento de infestações por **pulgas** durante 1 mês até 3 meses em cães e 4 a 5 semanas em gatos; **carraças** durante 5 semanas em cães e 3 semanas em gatos; e **piolhos mordedores.**

[Pode ser utilizado como parte de uma estratégia de tratamento da dermatite alérgica à picada de pulga (DAPP).]

Posologia: A dose recomendada é de 6 a 12 pulverizações/kg de peso para a embalagem de 100 mL e 2 a 4 pulverizações/kg de peso para embalagens de 250 e 500 mL, dependendo do comprimento do pelo.

Administração: Levantar a pelagem do animal e **pulverizar todo o corpo** a uma distância aproximada de **10 a 20 cm**, assegurando-se de que o animal fica totalmente molhado (dorso, flancos, abdómen, membros, escápulas e pescoço). Para a área da **cabeça e olhos**, pulverizar o medicamento veterinário sobre a **mão**, protegida por luva, e esfregar suavemente no sentido contrário ao do pelo. Deixar secar naturalmente.

O fipronil não se revelou teratogénico em estudos com ratos

▶ Parasitoses externas



Caninos e Felinos

Em stock



Fipronil + (S)-metopreno

Apresentações em stock: Frontline Combo Solução **Cão 2-10 kg** x3; **10-20 kg** x1; **10-20 kg** x3; **20-40 kg** x1; **20-40 kg** x3; Frontline Combo Solução Top **Gato** x1; x3

Forma Farmacêutica: Solução para unção punctiforme

Indicação: Prevenção e tratamento de infestações por **pulgas** durante 4 semanas, **carraças** durante 2 semanas e **piolhos mordedores**.

[Pode ser utilizado como parte de uma estratégia de tratamento da dermatite alérgica à picada de pulga (DAPP).]

Posologia: A dose recomendada é de uma pipeta por cão, gato ou furão. Uma aplicação mensal para cães e gatos e a cada 2 semanas para furões.

Administração: Afastar o pelo do pescoço, na base da nuca do animal. Colocar o bico da **pipeta sobre a pele** e apertar, de modo a esvaziar o conteúdo diretamente na pele.

Apto para gestantes e lactantes

▶ Parasitoses externas



Caninos

Em stock



FRONTLINE TRI-ACT®

Fipronil + Permetrina

Apresentação em stock: Frontline Tri-Act L Solução Cão **20-40 kg** x3

Forma Farmacêutica: Solução para unção punctiforme

Indicação: Prevenção e tratamento de infestações por **pulgas** e/ou **carraças** durante 4 semanas; Efeito repelente contra **flebótomos**, **moscas** e/ou **mosquitos** durante 3 a 5 semanas.

Posologia: A dose mínima recomendada é de 6,76 mg de fipronil/kg de peso corporal, e 50,48 mg de permetrina/kg de peso corporal equivalente a 0,1 ml de solução spot-on por kg de peso corporal. Para cães com mais de 60 kg, utilizar a combinação de duas pipetas, mais apropriada ao peso do animal.

Administração: Separar os pelos até que a **pele fique visível**. Aproximar a ponta da **pipeta junto à pele** e apertar, aplicando cerca de **metade do conteúdo no meio do pescoço** entre a base do crânio e as escápulas. **Repetir** a aplicação na base do pescoço entre as escápulas para esvaziar a pipeta.

Não administrar durante a gestação!

▶ Parasitoses externas



Caninos

Em stock



Imidaclopride + Permetrina

Apresentações em stock: Advantix Cão Solução Unção 40/200 mg **Até 4 kg** x4; 100/500 mg **4-10 kg** x4; 250/1250 mg **10-25 kg** x4; 400/2000 mg **25-40 kg** x4

Forma Farmacêutica: Solução para unção punctiforme

Indicação:

Prevenção e tratamento de infestações por **pulgas** durante 3 a 4 semanas;

Tratamento de infestações por **piolhos mastigadores**;

Tem uma eficácia acaricida e repelente persistente contra infestações por **carraças** durante 3 a 4 semanas;

Atividade repelente contra **flebótomos**, **mosquitos** e **moscas do estábulo** durante 2 a 4 semanas.

[Pode ser utilizado como parte de uma estratégia de tratamento da dermatite alérgica à picada de pulga (DAPP).]

Apto para gestantes e lactantes

▶ Parasitoses externas



Caninos

Em stock



Imidaclopride + Permetrina

Apresentações em stock: Advantix Cão Solução Unção 40/200 mg **Até 4 kg** x4; 100/500 mg **4-10 kg** x4; 250/1250 mg **10-25 kg** x4; 400/2000 mg **25-40 kg** x4

Posologia:

Cães (kg p.c.)	Denominação comercial	Volume (ml)	Imidaclopride (mg/kg p.c.)	Permetrina (mg/kg p.c.)
≤ 4 kg	Advantix para cães até 4 kg	0,4 ml	mínimo de 10	mínimo de 50
>4 kg ≤ 10 kg	Advantix para cães com mais de 4 e até 10 kg	1,0 ml	10 - 25	50 - 125
>10 kg ≤ 25 kg	Advantix para cães com mais de 10 e até 25 kg	2,5 ml	10 - 25	50 - 125
>25 kg ≤ 40 kg	Advantix para cães com mais de 25 kg	4,0 ml	10 - 16	50 - 80

Para cães com peso > 40 kg deve aplicar-se a combinação adequada de pipetas.

Administração:

Cães com 10 kg ou menos: Mantendo o **cão em pé**, **afastar o pelo** entre as omoplatas. Colocar o bico da **pipeta sobre a pele** e apertar de modo a esvaziar o conteúdo diretamente na pele.

Cães com mais de 10 kg: Mantendo o cão em pé, aplicar o medicamento de forma uniforme em **4 pontos** sobre a linha média das costas, partindo das omoplatas para a base da cauda. Em cada ponto, proceder como descrito anteriormente.



▶ Parasitoses externas



Caninos

Em stock



Scalibor

Deltametrina

Apresentações em stock: Scalibor Coleira Inseticida Cão **Médio/Pequeno**; Cão **Grande**

Forma Farmacêutica: Coleira

Indicação:
Prevenção e tratamento de infestações por **pulgas** durante 4 meses e **carraças** durante 6 meses;
Prevenção da picada do **flebótomo** e **mosquito** durante 6 meses.

[O seu efeito repelente permite uma utilização estratégica de prevenção contra a leishmaniose.]

Posologia: A coleira deve ser usada continuamente durante um período de 6 meses e deve ser removida após o período de utilização.

Administração: Ajustar a **coleira à volta do pescoço** do cão sem apertar demasiado (2 dedos de folga). Puxar a coleira pela argola e cortar o excesso do comprimento, deixando 5 cm depois da fivela.



Apto para gestantes e lactantes

▶ Parasitoses externas



Caninos e Felinos

Em stock



Venda cruzada!

Bolfo

Ciflutrina + Piriproxifeno

Apresentações em stock: Bolfo Casa Spray 250 mL Solução de Pulverização de **Locais**

Forma Farmacêutica: Solução para pulverização (de superfícies)

Indicação:
Combate às infestações por **pulgas** em habitações e nos locais de maior permanência do cão e do gato, eliminando todos os insetos ocultos do meio ambiente e evitando o desenvolvimento das fases larvares.

Administração: Pulverizar a uma distância de **20 cm** durante um máximo de 3 segundos por zona a tratar com um máximo de 30 segundos por compartimento (tapetes, alcatifas, camas, cobertores, almofadas, cestos, pavimentos e suas frestas, rodapés, bancos de automóveis, garagens ou celeiros). Após a aplicação do produto, **abandonar o compartimento** e deixar atuar durante cerca de **meia hora**, arejando seguidamente o compartimento.

Recomendações ao utente: Recomenda-se **resguardar** os animais domésticos antes da aplicação, assim como pessoas sensíveis ou crianças.



PARASITOSES INTERNAS E EXTERNAS

▶ Parasitoses internas + externas



Caninos

Sem stock



NexGard SPECTRA™

Afoxolaner + Milbemicina

Apresentação que saiu desde Jan 2017: Nexgard Spectra Comp. Cão **30-60 kg** x3

Forma Farmacêutica: Comprimido mastigável

Indicação:

Prevenção e tratamento de infestações por **pulgas** durante 5 semanas e **carraças** até 4 semanas;

Tratamento de infeções parasitárias por **nemátodes** e prevenção de **dirofilariose**.

Posologia:

Peso Corporal do Cão (kg)	Número e Dosagem do Comprimido a ser administrado				
	NEXGARD SPECTRA 9 mg/2 mg	NEXGARD SPECTRA 19 mg/4 mg	NEXGARD SPECTRA 38 mg/8 mg	NEXGARD SPECTRA 75 mg/15 mg	NEXGARD SPECTRA 150 mg/30 mg
2-3,5	1				
>3,5-7,5		1			
>7,5-15			1		
>15-30				1	
>30-60					1

Para cães acima de 60 kg de peso corporal, administrar a combinação apropriada de comprimidos mastigáveis.

Administração: O medicamento veterinário deve ser administrado **com ou após a alimentação**.

Não administrar durante a gestação!

▶ Parasitoses internas + externas



Caninos e Felinos

Em stock



advocate®

Imidaclopride + Moxidectina

Apresentações em stock: Advocate **Cão** Solução Unção 250/62,5 mg **10-25 kg** x3;

Advocate **Gato** Solução Unção 40/4 mg **Até 4 kg** x3; 80/8 mg **4-8 kg** x3

Apresentações que também saíram desde Jan 2017: Advocate **Cão** Solução Unção 100/25 mg **4-10 kg** x3; 400/100 mg **25-40 kg** x3

Forma Farmacêutica: Solução para unção punctiforme

Indicação:

Parasitoses Internas:

Tratamentos de infeções por **nemátodes gastrointestinais;**

Prevenção de **dirofilariose** e **espirocercose;**

Prevenção e tratamento de **angiostrongilose.**

Parasitoses Externas:

Prevenção e tratamento de infestações por **pulgas** durante 4 semanas;

Tratamento de infestações por **ácaros auriculares** e **piolhos mastigadores** (apenas o de cão);

Tratamento de **sarna.**

[Pode ser utilizado como parte de uma estratégia de tratamento da dermatite alérgica à picada de pulga (DAPP).]

▶ Parasitoses internas + externas



Caninos e Felinos

Em stock



Imidaclopride + Moxidectina

Apresentações em stock: Advocate **Cão** Solução Unção 250/62,5 mg **10-25 kg** x3;
Advocate **Gato** Solução Unção 40/4 mg **Até 4 kg** x3; 80/8 mg **4-8 kg** x3
Apresentações que também saíram desde Jan 2017: Advocate **Cão** Solução Unção 100/25 mg **4-10 kg** x3; 400/100 mg **25-40 kg** x3

Posologia para Cães:

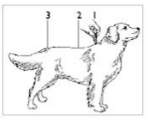
Peso do cão [kg]	Apresentação da pipeta a ser utilizada	Volume [ml]	Imidaclopride [mg/kg p.v.]	Moxidectina [mg/kg p.v.]
≤ 4 kg	Advocate para cães pequenos	0,4	mínimo de 10	mínimo de 2,5
> 4–10 kg	Advocate para cães médios	1,0	10–25	2,5–6,25
> 10–25 kg	Advocate para cães grandes	2,5	10–25	2,5–6,25
> 25–40 kg	Advocate para cães muito grandes	4,0	10–16	2,5–4
> 40 kg	combinação apropriada de pipetas			

Administração:

Cães até 25 kg: Mantendo o **cão em pé, afastar o pelo** entre as omoplatas. Colocar o bico da **pipeta sobre a pele** e apertar de modo a esvaziar o conteúdo diretamente na pele.

Cães com mais de 25 kg: Mantendo o cão em pé, aplicar o medicamento de forma uniforme **em 3 ou 4 pontos** sobre a linha média das costas, partindo das omoplatas para a base da cauda. Em cada ponto, proceder como descrito anteriormente.





Não administrar durante a gestação!

▶ Parasitoses internas + externas



Caninos e Felinos

Em stock



Imidaclopride + Moxidectina

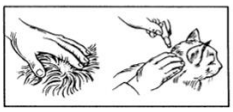
Apresentações em stock: Advocate **Cão** Solução Unção 250/62,5 mg **10-25 kg** x3;
Advocate **Gato** Solução Unção 40/4 mg **Até 4 kg** x3; 80/8 mg **4-8 kg** x3
Apresentações que também saíram desde Jan 2017: Advocate **Cão** Solução Unção 100/25 mg **4-10 kg** x3; 400/100 mg **25-40 kg** x3

Posologia para Gatos:

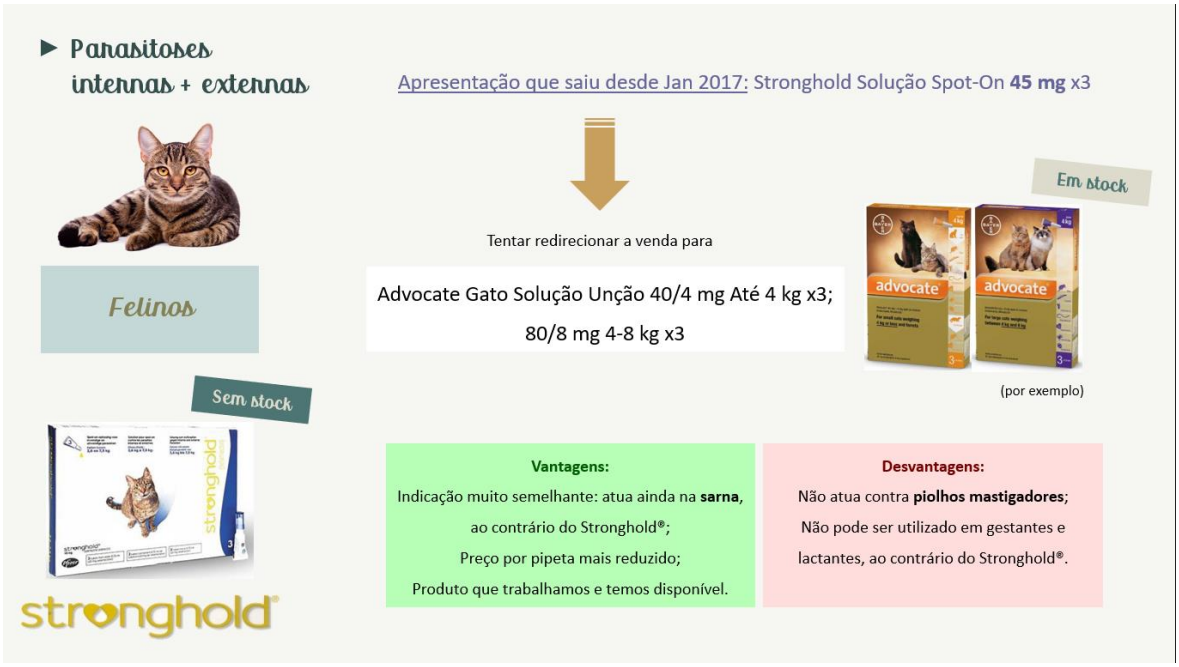
Peso do gato [kg]	Apresentação da pipeta a ser utilizada	Volume [ml]	Imidaclopride [mg/kg p.v.]	Moxidectina [mg/kg p.v.]
≤ 4 kg	Advocate para gatos pequenos	0,4	mínimo de 10	mínimo de 1
> 4–8 kg	Advocate para gatos grandes	0,8	10–20	1–2
> 8 kg	combinação apropriada de pipetas			

Administração:

Afastar o pelo do pescoço, na base da nuca do animal, até a pele ser visível. Colocar o bico da **pipeta sobre a pele** e apertar de modo a esvaziar o conteúdo diretamente na pele.



Não administrar durante a gestação!



OUTRAS INDICAÇÕES

Outras indicações

	Indicação	Medicamento / Produto Veterinário	Composição	Espécie-alvo	Stock
Infeções várias	Antibacteriano	Baytril Palatável Comp. 15 mg	Enrofloxacina	Caninos / Felinos	√
	Antibacteriano	Ronaxan Comp. 100 mg	Doxiciclina	Caninos	X
	Otite + dermatite	Conofite Forte Gotas	Miconazol + Prednisolona + Polimixina B	Caninos / Felinos	√
	Otite + dermatite	Panolog Pomada	Neomicina + Nistatina + Triamcinolona + Tiostrepton	Caninos / Felinos	√
Afeções auriculares (e higiene)	Otite externa	Oridermyl Pomada Otológica	Neomicina + Nistatina + Triamcinolona + Permetrina	Caninos / Felinos	√
	Tratamento e profilaxia de otites	Abelia Zn-Otic Solução	Vários	Vários	X
	Higiene otológica	Otoclean Solução Otológica	Vários	Caninos / Felinos	√
Afeções cutâneas e do pelo (e higiene)	Antipruriginoso associado a dermatites	Acalma comp.	Hidroxizina + Clorfeniramina	Caninos / Felinos	√
	Antipruriginoso associado a dermatites	Apoquel Comp.	Oclacitinib	Caninos	X
	Coadjuvante do tratamento de dermatites	Hexaderma Champô	Clorohexidina	Caninos / Felinos	√
	Higiene (com tendência seborreica)	Douxo Seborreia Champô	Vários	Caninos / Felinos	√

Outras indicações

	Indicação	Medicamento / Produto Veterinário	Composição	Espécie-alvo	Stock
Doenças crónicas	Caninos: Insuf. cardíaca Felinos: Insuf. renal	Fortekor Comp. Palatável	Benazepril	Caninos / Felinos	√
	Insuficiência cardíaca	Cardalis Comp. 5/40 mg	Benazepril + Espironolactona	Caninos	X
	Coadjuvante do tratamento de insuficiência hepática	Glutamax Comp.	Vários	Caninos / Felinos	X
Regulação do estro	Prevenção e tratamento (também dermatite milliar)	Megecat Comp.	Acetato de megestrol	Felinos	√
	Prevenção e tratamento (também dermatite milliar, entre outras indicações)	Pilusoft Comp.	Acetato de megestrol	Caninos / Felinos	√
Dor e inflamação	Perturbações músculo-esqueléticas	Rimadyl Comp. 50 mg	Carprofeno	Caninos	√
	Perturbações músculo-esqueléticas e osteoartrite	Romefen Comp. 5 mg	Cetoprofeno	Caninos / Felinos	√
Suplementos vários	Multi-vitamínico	Anima-Strath Elixir	Vários	Vários	√
	Complemento condroprotetor	Omnicondro 20 Comp.	Glucosamina + Condroitina + Vários	Caninos / Felinos	√
	Complemento condroprotetor	RedArtik Cáps.	Antioxidantes	Caninos / Felinos	√

▶ Outras indicações

	Indicação	Medicamento / Produto Veterinário	Composição	Espécie-alvo	Stock
Suplementos vários	Restaura e otimiza a hidratação da pele	Dermoscent Essen6 Spot On	Ácidos gordos e óleos vegetais	Caninos / Felinos	X
	Restaura e otimiza a hidratação da pele	Omnicutis Cáps.	Vários	Caninos / Felinos	X
	Complemento energético	Nutri Plus Gel Pasta Oral	Vários	Caninos / Felinos	X

Trabalho realizado por Catarina Confraria,
no âmbito do Estágio Curricular Profissionalizante conducente ao grau de
Mestre em Ciências Farmacêuticas pela Faculdade de Farmácia da Universidade do Porto

U.PORTO
FACULDADE DE FARMÁCIA
UNIVERSIDADE DO PORTO

RELATÓRIO DE ESTÁGIO
2017-18

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 Distrital de Santarém, E.P.E.

Catarina Isabel Lopes Confraria

M

2017-18

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

Relatório de Estágio Profissionalizante

Hospital Distrital de Santarém, E.P.E.

1 de março a 30 de abril de 2018

Catarina Isabel Lopes Confraria

Orientador: Dr.ª Cremilde Barreiro

Julho de 2018

Declaração de Integridade

Declaro que o presente relatório é de minha autoria e não foi utilizado previamente noutro curso ou unidade curricular, desta ou de outra instituição. As referências a outros autores (afirmações, ideias, pensamentos) respeitam escrupulosamente as regras da atribuição, e encontram-se devidamente indicadas no texto e nas referências bibliográficas, de acordo com as normas de referenciação. Tenho consciência de que a prática de plágio e auto-plágio constitui um ilícito académico.

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

Catarina Isabel Lopes Confraria

Agradecimentos

Todo o meu percurso enquanto estudante do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas permitiu formar-me profissionalmente, na qualidade de futura farmacêutica, e contribuiu para um enorme crescimento pessoal, oferecendo-me as melhores amizades e vivências, que irei sempre recordar. Posto isto, não poderia deixar de agradecer àqueles que, direta ou indiretamente, contribuíram para o meu sucesso e finalização desta árdua etapa.

Agradeço a todo o corpo docente e não docente da Faculdade de Farmácia da Universidade do Porto, por me ter proporcionado uma excelente formação e preparação profissional. Ao Laboratório de Química Orgânica e Farmacêutica da mesma instituição, especialmente à Professora Doutora Marta Correia da Silva, por ter orientado o meu projeto de investigação que tanto fomentou o meu crescimento pessoal e profissional. E, como não poderia deixar de mencionar, agradeço à Universidade dos Açores, polo de Angra do Heroísmo, por me ter acolhido na fase inicial deste percurso e da qual reservo importantes ensinamentos e felizes memórias.

Aos Serviços Farmacêuticos do Hospital Distrital de Santarém, E.P.E., agradeço a oportunidade de realizar o meu estágio profissionalizante em farmácia hospitalar. À Dr.ª Cremilde, minha orientadora de estágio, agradeço todo o carinho, acompanhamento e transmissão de sabedoria, tanto profissional como pessoal, que tanto contribuiu para o meu crescimento; ao Dr. João, Diretor dos Serviços Farmacêuticos, agradeço a simpatia e as sábias explicações que me providenciou; e à restante equipa, agradeço todos os ensinamentos que me proporcionaram, a hospitalidade com que me receberam e a amabilidade com que sempre me trataram, que me fizeram sentir que a realização deste estágio nos Serviços Farmacêuticos do Hospital Distrital de Santarém, E.P.E. foi a decisão mais acertada.

À minha família. Mãe, pai “adotado”, tios, primos e avós, sem os quais nada teria sido possível. Agradeço a todos a força que constantemente me transmitiram, os melhores conselhos para que nunca desistisse e o orgulho pelas conquistas. Obrigada por me ensinarem a lutar, mesmo quando tudo parecia desabar.

Aos amigos de verdade que a faculdade me deu e com os quais partilhei inúmeras aventuras e algumas desventuras, obrigada por se tornarem a minha segunda família. Ao Amadeu, pelo apoio, paciência, motivação e carinho constantes, agradeço do fundo do coração.

Resumo

O farmacêutico hospitalar assume, cada vez mais, uma maior importância no núcleo hospitalar, uma vez que é da sua responsabilidade servir o doente da melhor forma, tanto através da procura de tratamentos mais eficazes e com menores custos associados, como na preparação de medicação, validação de prescrições e distribuição adequada. Assim, de modo a satisfazer a minha necessidade pessoal de conhecer a realidade de trabalho de um farmacêutico hospitalar, decidi incluir no meu estágio curricular a vertente hospitalar. É desta forma que se torna possível transpor os conhecimentos adquiridos em sala de aula à realidade profissional, confrontando o aluno com o dinamismo real da profissão e tudo aquilo que representa ser farmacêutico hospitalar.

No que concerne ao relatório propriamente dito, descrevo as atividades em que participei no decorrer do estágio realizado nos Serviços Farmacêuticos do Hospital Distrital de Santarém, E.P.E., no período de 1 de março a 30 de abril de 2018, sob a orientação da Dr.ª Cremilde Barreiro.

Índice

Índice de anexos vi
Lista de abreviaturas vii
1. Hospital Distrital de Santarém, E.P.E. 1
2. Serviços Farmacêuticos do Hospital Distrital de Santarém, E.P.E. 1
2.1. Localização, horário de funcionamento e recursos humanos 1
2.2. Sistema informático 2
2.3. Gestão da qualidade e do risco 2
3. Gestão de medicamentos, produtos farmacêuticos e dispositivos médicos 3
3.1. Seleção e aquisição 3
3.2. Receção e armazenamento 4
4. Sistema de distribuição de medicamentos 5
4.1. Distribuição clássica 5
4.1.1. Reposição de *stock* por níveis – Serviço de Urgência Geral 5
4.2. Distribuição Individualizada Diária em Dose Unitária 6
4.2.1. Validação da prescrição médica 6
4.2.2. Preparação 7
4.3. Circuitos especiais 8
4.3.1. Medicamentos Estupefacientes e Psicotrópicos 8
4.3.2. Hemoderivados 9
4.4. Distribuição a doentes em regime de ambulatório 9
5. Farmacotecnia 11
5.1. Reembalagem 11
5.2. Preparações não estéreis 12
5.3. Preparações estéreis 12
5.3.1. Preparação de Citotóxicos 12
6. Informação sobre medicamentos 15
7. Farmacovigilância, Farmacocinética e Farmácia Clínica 15
8. Ensaios Clínicos 17
9. Comissões técnicas hospitalares 17
10. Conclusão 19
Referências bibliográficas 20
Anexos 24

Índice de anexos

Anexo I – Planta dos Serviços Farmacêuticos do Hospital Distrital de Santarém, E.P.E. 24

Anexo II – Planta da Unidade de Preparação Centralizada de Citotóxicos 25

Anexo III – Exemplo de prescrição médica informatizada 26

Anexo IV – Medicamentos Estupefacientes e Psicotrópicos: Anexo X (modelo n.º 1509 da Imprensa Nacional-Casa da Moeda) 27

Anexo V – Medicamentos Estupefacientes e Psicotrópicos: Anexo X informatizado 28

Anexo VI – Hemoderivados: Impresso para requisição (modelo n.º 1804 da Imprensa Nacional-Casa da Moeda) 29

Anexo VII – Preparação de Citotóxicos: Registo de Perfil Farmacoterapêutico 30

Anexo VIII – Preparação de Citotóxicos: Mapa de Produção 31

Anexo IX – Preparação de Citotóxicos: Registo Diário das Doses Preparadas 32

Anexo X – Informação sobre medicamentos: Resposta ao Pedido de Consulta Externa 33

Lista de abreviaturas

AO	Assistente Operacional
CES	Comissão de Ética para a Saúde
CFLV	Câmara de Fluxo Laminar Vertical
CFT	Comissão de Farmácia e Terapêutica
CTX	Citotóxico
DCI	Denominação Comum Internacional
DGS	Direção-Geral da Saúde
DIDDU	Distribuição Individualizada Diária em Dose Unitária
EC	Ensaios Clínicos
FH	Farmacêutico Hospitalar
GCL-PPCIRA	Grupo de Coordenação Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos
HDO	Hospital de Dia de Oncologia
HDS	Hospital Distrital de Santarém, E.P.E.
INFARMED	Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I.P.
MEP	Medicamentos Estupefacientes e Psicotrópicos
PV	Prazo de Validade
SF	Serviços Farmacêuticos
SGICM	Sistema de Gestão Integrada do Circuito do Medicamento
TDT	Técnico de Diagnóstico e Terapêutica
UPCC	Unidade de Preparação Centralizada de Citotóxicos

1. Hospital Distrital de Santarém, E.P.E.

O Hospital Distrital de Santarém, E.P.E. (HDS) localiza-se na cidade de Santarém, cidade capital de distrito, entre São Domingos e Vale de Estacas. A sua construção teve início no ano de 1978, tendo o HDS iniciado a sua atividade em 1985; todavia, apenas em dezembro de 2005 foi transformado em entidade pública empresarial (Decreto-Lei n.º 93/2005, de 7 de junho). Trata-se de uma unidade hospitalar detida pelo Estado Português, através da Direção-Geral do Tesouro e Finanças (DGTF).[1,2]

No que diz respeito às suas instalações, o HDS dispõe de uma área total de 48000 m^2 e uma área por cama de 89 m^2, contando, atualmente, com uma lotação de 372 camas, das quais 176 estão afetas à área médica, 125 à Cirurgia, 18 à Psiquiatria e Saúde Mental, 47 ao departamento da Mulher e Criança e 6 à Unidade de Cuidados Intensivos (UCI). O HDS integra todas as principais especialidades médicas e cirúrgicas, abrangendo uma população de referência de aproximadamente 192000 habitantes, distribuídos por 9 concelhos do distrito de Santarém. Para determinadas especialidades, a área de influência é mais extensa.[1]

2. Serviços Farmacêuticos do Hospital Distrital de Santarém, E.P.E.

Os Serviços Farmacêuticos (SF) do HDS estão integrados na área de suporte à prestação de cuidados, tendo como função primordial assegurar a terapêutica medicamentosa aos doentes e a sua qualidade, segurança e eficácia, assim como promover a utilização racional do medicamento. A sua atividade centra-se na gestão de medicamentos e outros produtos farmacêuticos – sendo o farmacêutico responsável pela seleção, aquisição, armazenamento e distribuição em internamento e ambulatório –, produção de medicamentos conforme as Boas Práticas de Preparação de Medicamentos, e ainda a Farmacovigilância, Farmacocinética e Farmácia Clínica, prestação de Cuidados Farmacêuticos, participação em Ensaios Clínicos (EC) e promoção do ensino e formação.[3,4]

2.1. Localização, horário de funcionamento e recursos humanos

De acordo com as recomendações estabelecidas no Manual da Farmácia Hospitalar (MFH), os SF do HDS estão centralizados no piso zero do edifício (**Anexo I**), sendo as instalações de fácil acesso, próximas de elevadores e com uma sinalização clara. Além disso, a zona de atendimento do setor de distribuição de medicamentos a utentes em ambulatório tem a sua entrada externamente aos SF, localizando-se próxima da circulação habitual dos utentes. A Unidade de Preparação Centralizada de Citotóxicos (UPCC) encontra-se inserida no Hospital de Dia de Oncologia (HDO), igualmente no piso zero (**Anexo II**).[5]

O horário de funcionamento dos SF é das 09:00h às 17:00h, de segunda a sexta-feira. Por forma a assegurar o fornecimento de medicamentos após o horário de encerramento e aos sábados, domingos e feriados, a grande maioria dos serviços dispõe de armazém de apoio à dose unitária (armazém avançado).

No que concerne aos recursos humanos, os SF são constituídos pelo seu Diretor e outros sete Farmacêuticos Hospitalares (FH) – Técnicos Superiores de Saúde (TSS) –, nove Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica (TDT), quatro assistentes técnicos, dois Assistentes Operacionais (AO) e dois estafetas.

2.2. Sistema informático

Os SF do HDS utilizam a plataforma SGICM (*Glintt|HS*) – Sistema de Gestão Integrada do Circuito do Medicamento. Este sistema garante a rastreabilidade do medicamento durante todo o seu circuito através da gestão do mesmo, com a criação da ficha do produto, acompanhamento durante os processos de aquisição, distribuição e devolução, e consulta do número de unidades em *stock*, assim como o acompanhamento farmacoterapêutico dos doentes. Este último parâmetro é crucial, contribuindo para uma maior segurança no que concerne à toma da medicação e para um menor risco de interações medicamentosas. A referida plataforma é utilizada por vários profissionais do HDS, o que permite a agregação de informação multidisciplinar essencial à atividade do FH, além de facilitar a comunicação entre profissionais. A título de exemplo, o médico está habilitado a prescrever informaticamente, para que o FH, de seguida, valide a referida prescrição. A terapêutica fica, então, disponível para distribuição e é, posteriormente, administrada ao doente por um enfermeiro – informação essa que é por este registada na plataforma, agregando todos os dados relativos àquele paciente. No **Anexo III**, encontra-se um exemplo de prescrição médica informatizada, que constitui prática universal no HDS. Durante o estágio, foi-me explicado, de uma forma simples, o funcionamento do SGICM e todas as valências que este apresenta, tanto na ótica do médico, como do FH e do enfermeiro, para que melhor compreendesse a integração e comunicação dos vários profissionais de saúde na referida plataforma e a importância que a uniformização da informação representa.

2.3. Gestão da qualidade e do risco

O HDS encontra-se inscrito no Sistema Nacional de Avaliação em Saúde (SINAS), mais concretamente no módulo SINAS@Hospitais, desenvolvido pela Entidade Reguladora da Saúde (ERS). Trata-se de um sistema de avaliação da qualidade global dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde em Portugal continental, que permite disponibilizar dados úteis, rigorosos e transparentes acerca das instituições avaliadas e a consequente adoção de práticas quando detetados pontos sensíveis. Das várias dimensões da qualidade avaliadas, a "Segurança do Doente" representa aquela que melhor se insere no contexto da atividade dos SF do HDS, especificamente no que diz respeito ao ponto "Segurança na Medicação" – que contempla assuntos como a gestão da medicação, armazenamento e rotulagem, medicação de alto risco, dose individualizada e gestão de ocorrências. Os dados que servem de base à

avaliação são submetidos pelas instituições; por esse motivo, e de forma a verificar a consistência da informação submetida, a equipa da ERS realiza auditorias periódicas a estabelecimentos selecionados aleatoriamente, com o objetivo último de promover a melhoria contínua.[6]

Os procedimentos utilizados na gestão do risco nos SF estão diretamente relacionados com a qualidade do serviço prestado, por promoverem a segurança e a manutenção da saúde dos doentes. Os medicamentos *Look-Alike*, *Sound-Alike* (LASA) são, como o nome indica, aqueles cujo nome ortográfico e/ou fonético e/ou aspeto são semelhantes. Por esse motivo, são altamente suscetíveis à sua troca, por poderem ser confundidos. Os SF do HDS, no sentido de promover a mais fácil diferenciação destes medicamentos e, consequentemente, a segurança da terapêutica, elaboram a lista de medicamentos LASA e identificam-nos, de acordo com o método de inserção seletiva de letras maiúsculas para alteração gráfica das suas denominações, tal como descrito na Norma n.º 020/2014 da Direção-Geral da Saúde (DGS).[7] No que diz respeito a medicamentos de alerta máximo, ou seja, medicamentos que possuem um risco aumentado de provocar dano significativo ao doente em consequência de falhas no seu processo de utilização, o HDS implementa, também, práticas de segurança recomendadas na Norma n.º 014/2015 da DGS.[8] Durante o estágio, foi-me proporcionado o contacto com a referida legislação, pelo que pude compreender a necessidade da adoção de tais procedimentos.

3. Gestão de medicamentos, produtos farmacêuticos e dispositivos médicos

A gestão de medicamentos, produtos farmacêuticos e dispositivos médicos caracteriza-se pelo conjunto de procedimentos que garantem o bom uso e dispensa dos mesmos em perfeitas condições aos doentes do hospital. Este deverá ser um processo eficiente, satisfazendo as necessidades dos doentes sem que ocorra rutura de *stock* – de modo a que a terapêutica não se encontre indisponível para administração –, ou excesso do mesmo – o que resultaria na possível perda do produto por caducidade do seu Prazo de Validade (PV) e desnecessário empate de capital. Deste modo, este é um processo que se inicia na seleção e aquisição dos medicamentos e restantes produtos, englobando, também, o seu armazenamento, passando pela distribuição e terminando na administração do medicamento ao doente.[9]

3.1. Seleção e aquisição

A seleção dos medicamentos e produtos farmacêuticos está a cargo da Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) do HDS. Esta é uma comissão especializada, responsável pela definição e monitorização sistemática da política do medicamento no hospital, que procura alcançar um maior rigor e segurança na prescrição médica, bem como garantir, a todos os utentes, a equidade no acesso à terapêutica. Deste modo, é a CFT que seleciona, designadamente entre as alternativas terapêuticas previstas no Formulário Nacional de Medicamentos (FNM), a lista de medicamentos que são disponibilizados pelo hospital, e implementa e monitoriza o

cumprimento, no âmbito do Serviço Nacional de Saúde (SNS), dos critérios de utilização de medicamentos emitidos pela Comissão Nacional de Farmácia e Terapêutica (CNFT) e dos protocolos de utilização do hospital, de acordo com os critérios e condições de utilização dos medicamentos aí previstos. Os pedidos para início de procedimentos são, então, autorizados pelo Presidente do Conselho de Administração.[10]

O processo de encomenda é desencadeado pela quantidade existente em *stock*. Embora a parte técnica da gestão de compras seja da responsabilidade do Diretor de Serviço, a compra propriamente dita é efetuada pelas administrativas afetas aos SF do HDS. Os produtos que atingem o ponto de encomenda permitem às administrativas gerar, informaticamente, uma listagem dos mesmos, sendo, posteriormente, emitidas as notas de encomenda que serão enviadas para os respetivos laboratórios, mediante aprovação pelo Diretor de Serviço e autorização pelo Presidente do Conselho de Administração. As compras são realizadas com base no Catálogo de Aprovisionamento Público de Saúde, responsabilidade dos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS). No caso de insuficiente *stock* ou rutura do mesmo, o HDS pode, excecionalmente, solicitar um empréstimo a outro hospital.

Os procedimentos de seleção e aquisição foram-me explicados pela minha orientadora de estágio. O Diretor dos SF do HDS explicou-me, de forma mais aprofundada, como se realizam as compras e a gestão de consumos do hospital, através da análise de gráficos que demonstram os consumos anuais e sua evolução ao longo dos anos, bem como os grupos farmacoterapêuticos mais representativos.

3.2. Receção e armazenamento

Uma vez realizada a requisição dos medicamentos ao fornecedor, é na receção que se realiza a entrada do medicamento após validação. Deste modo, é confirmado se a mercadoria recebida está de acordo com a guia de remessa e com a nota de encomenda. Verifica-se, igualmente, a integridade das embalagens, o PV e o lote. Aquando da receção, deve ser sempre dada prioridade aos medicamentos que necessitam de refrigeração e aos Citotóxicos (CTX); já a receção dos Medicamentos Estupefacientes e Psicotrópicos (MEP) é da responsabilidade do FH, sendo este tema detalhado mais adiante neste trabalho. Outros produtos exigem um controlo especial: nos dispositivos médicos, é necessário verificar a certificação CE; nos hemoderivados, o Certificado de Autorização de Utilização de Lotes (CAUL), e nas matérias-primas, o Certificado de Análise.[11] As não conformidades encontradas durante este processo de verificação devem ser devidamente registadas e reportadas às administrativas, que entrarão em contacto com o respetivo fornecedor. Os procedimentos supracitados foram-me explicados por uma TDT, tendo acompanhado a verificação da quantidade recebida e comparação com a guia de remessa, a integridade das embalagens, o PV e o lote, assim como o registo informático das quantidades, PV e lote.

Posteriormente, os produtos são armazenados de acordo com as condições mais adequadas. Alguns produtos necessitam de condições especiais de conservação, como os termolábeis, armazenados em câmara frigorífica com sensor de controlo da temperatura; os inflamáveis, que se encontram numa sala individualizada com condições próprias; os MEP, armazenados numa sala de acesso condicionado; e os CTX, armazenados diretamente na UPCC. Todos os produtos são armazenados respeitando a ordem alfabética da sua designação – no caso dos medicamentos, da Designação Comum Internacional (DCI) – e de acordo com o princípio *First Expired, First Out* (FEFO), colocando-se em posição de serem dispensadas, em primeiro lugar, as unidades de menor prazo de validade.[12] No primeiro dia de estágio, foi-me explicado, pelo Diretor dos SF do HDS, todas as condições de armazenamento necessárias tendo em conta o tipo de produto, assim como a sua localização nos SF.

4. Sistema de distribuição de medicamentos

A distribuição de medicamentos é uma atividade de grande relevância nos SF, uma vez que assegura um dos objetivos primordiais deste serviço – a disponibilização da terapêutica a todos os doentes. Esta atividade pressupõe um estreito contacto com os diversos serviços clínicos. Assim sendo, a gestão da distribuição tem como intuito garantir o cumprimento da prescrição, racionalizar a distribuição de medicamentos e garantir a administração correta dos mesmos, diminuir os erros associados à medicação, monitorizar a terapêutica, reduzir o tempo dedicado às tarefas administrativas e manipulação de medicamentos e racionalizar os custos com a terapêutica.[13]

No HDS, são colocados em prática diversos sistemas de distribuição de medicamentos atendendo aos serviços do hospital, quer para o internamento quer para o regime de ambulatório. Os vários sistemas de distribuição implementados no HDS foram-me explicados pela minha orientadora de estágio, pelo que visitei, inclusivamente, o Serviço de Medicina IV.

4.1. Distribuição clássica

A distribuição clássica foi o primeiro sistema de distribuição de medicamentos implementado no HDS, e que tem vindo a ser abandonado. Este sistema consiste na existência de um *stock* de medicamentos nos serviços clínicos, controlado pelo respetivo enfermeiro-chefe. Tem como principal vantagem o fácil e rápido acesso aos medicamentos; contudo, devido ao distanciamento físico entre os SF e os fármacos, há maior dificuldade no controlo de *stocks* e PV, bem como um risco acrescido de ocorrerem erros na preparação e administração de medicamentos.[14]

4.1.1. Reposição de *stock* por níveis – Serviço de Urgência Geral

Este sistema de distribuição de medicamentos é um pouco mais avançado que a simples distribuição clássica, uma vez que há reposição de *stocks* nivelados de medicamentos

previamente definidos pelos FH, enfermeiros e médicos do respetivo serviço clínico. A reposição dos *stocks* é feita diretamente no local, de acordo com a nível definido para cada medicamento e após contagem física das existências. O pedido dos medicamentos para reposição dos *stocks* nivelados é validado pelo FH e, posteriormente, preparado por um TDT.[14] No HDS, este tipo de distribuição existe apenas no Serviço de Urgência Geral.

4.2. Distribuição Individualizada Diária em Dose Unitária

A Distribuição Individualizada Diária em Dose Unitária (DIDDU) é um sistema de distribuição personalizado que permite a dispensa das doses unitárias de medicamentos necessários para cada doente internado, para um período habitual de 24 horas. A medicação é cedida em carros com gavetas identificadas com o nome, número de processo, cama e serviço clínico no qual o doente se encontra internado. Uma vez que os SF do HDS não laboram de forma contínua, a terapêutica terá que ser distribuída para 48 ou mais horas na véspera de fins-de-semana ou feriados, contando com o apoio de armazéns avançados na maioria dos serviços, por forma a complementar a dose unitária nos períodos em que os SF não funcionam. Esta questão foi-me explicada desde cedo, assim como a gestão de *stocks* dos referidos armazéns.

Este sistema de distribuição surgiu com o intuito de melhorar o conhecimento do perfil farmacoterapêutico dos doentes, promovendo a intervenção farmacêutica antes da dispensa e administração dos medicamentos. Assim, é conseguido um aumento da segurança do circuito do medicamento através da diminuição dos riscos de interações medicamentosas, erros de prescrição, desadequação de doses ou duplicação de prescrições. Adicionalmente, há uma melhor racionalização da terapêutica, redução de custos e desperdícios associados, além da otimização do tempo dedicado aos doentes.[15]

4.2.1. Validação da prescrição médica

O SGICM mantém um registo individualizado da terapêutica que cada doente recebe, permitindo monitorizar a terapêutica medicamentosa do doente. A dispensa de medicamentos só poderá ser efetuada mediante prescrição médica, que, pelo facto de ser totalmente informatizada, no HDS, agiliza todo o processo que se segue.

A referida prescrição é, então, interpretada e validada informaticamente pelo FH, que analisa cuidadosamente a informação que nela consta, como a identificação do doente (nome, número de processo e da cama, bem como o serviço clínico), identificação do prescritor, designação do medicamento por DCI, dose, forma farmacêutica, horário e via de administração, assim como outras informações consideradas relevantes, como a idade, peso, possíveis alergias, dieta e prescrição não medicamentosa. Na validação das prescrições médicas, e de modo a promover a segurança e eficácia da terapêutica farmacológica, é necessário ter em conta as Políticas de Utilização de Medicamentos descritas no FNM, na adenda e nas deliberações da CFT, bem como as características do doente e do medicamento. Pude assistir, por diversas

vezes, à validação da prescrição médica informatizada pelos vários FH dos SF do HDS, tendo-me sido explicada a cuidadosa análise que acima descrevi, assim como a comunicação com o médico na sugestão de alteração de forma farmacêutica, por exemplo. Foi-me proposta, ainda, a análise de diversas prescrições médicas, por forma a familiarizar-me com os medicamentos mais prescritos em contexto hospitalar.

4.2.2. Preparação

Após a validação da prescrição médica informatizada por um FH, pode proceder-se à preparação da DIDDU, pelo que é emitido o mapa do serviço, podendo um TDT satisfazê-lo e debitar os fármacos do *stock* dos SF. A medicação é, então, preparada pelos TDT para posterior distribuição, com o recurso a equipamentos parametrizados que auxiliam neste processo. No caso do HDS, os equipamentos utilizados são do tipo ATC/FDS e Kardex.

O ATC/FDS é um equipamento de distribuição automatizada de medicamentos, que permite reembalar e identificar formas sólidas orais de forma individualizada ou de acordo com a dose unitária prescrita para cada doente. Por esse motivo, o ATC/FDS auxilia o processo de DIDDU no HDS, uma vez que o sistema de prescrição é totalmente informatizado. Este equipamento é constituído por cassetes individuais calibradas para determinado medicamento, onde este é colocado desenblistado e/ou fracionado. O processo de reembalagem é realizado em saquetas, pelo que um conjunto de saquetas corresponde à terapêutica que um doente faz. A primeira saqueta, vazia, contém a informação relativa ao doente a quem a terapêutica se destina; de seguida, cada saqueta contendo medicamento está identificada com o nome do medicamento por DCI, lote e PV, que representa um quarto da validade remanescente, nunca superior a seis meses. A intervenção do TDT é necessária na fase final deste processo, por forma a garantir que não houve falhas mecânicas na reembalagem dos medicamentos.

Formas farmacêuticas orais sólidas que não possam ser desenblistadas e todas aquelas que não necessitam de condições especiais de conservação e cujo tamanho o permite, estão inseridas em gavetas que integram o equipamento Kardex, que está acoplado a um monitor que indica qual o medicamento a ser separado, a quantidade e a que cama se destina. Este é um equipamento semiautomático, uma vez que é necessária a constante intervenção de pessoal (neste caso, TDT), que retira o referido medicamento da gaveta indicada pelo Kardex e o coloca na gaveta correspondente à cama apresentada no monitor, para posterior distribuição aos vários serviços por um AO.

Se, por qualquer motivo, o medicamento não for administrado ao doente após a distribuição, este poderá ser devolvido aos SF se se encontrar em bom estado de conservação, sendo que os FH responsáveis por este processo devem garantir a sua segurança e qualidade.

Durante o estágio, passei um dia a observar a preparação da DIDDU, pelo que os procedimentos supracitados e o funcionamento dos equipamentos me foram explicados pela minha orientadora de estágio e por TDT.

4.3. Circuitos especiais

4.3.1. Medicamentos Estupefacientes e Psicotrópicos

Os MEP, por atuarem através da estimulação ou depressão do Sistema Nervoso Central (SNC), apresentam riscos, podendo induzir habituação e dependência física e psíquica, sendo, por esse motivo, medicamentos altamente controlados e regulamentados. Assim, foi aprovado o regime jurídico do tráfico e consumo de estupefacientes e psicotrópicos (Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de janeiro, regulamentado pelo Decreto Regulamentar n.º 61/94, de 12 de outubro).[16-18]

Pelos motivos supracitados, os MEP apresentam um circuito distinto dos restantes medicamentos. Estes são armazenados numa sala de acesso restrito a FH – "cofre" –, localizada junto à sala de distribuição, nas instalações dos SF. Além do processo de armazenamento, a receção e conferência dos MEP é da competência dos FH responsáveis pelo setor, dado que constituem etapas cruciais à posterior distribuição destes medicamentos aos demais serviços.

A distribuição de MEP é assumida por FH e efetuada por reposição dos *stocks* existentes nos vários serviços, decorrendo em dia e horário pré-estabelecido. No HDS, o sistema de distribuição dos MEP decorre informaticamente para a grande maioria dos serviços, tendo-se procedido à substituição dos livros de registo manual preconizados na legislação vigente (modelo n.º 1509 da Imprensa Nacional-Casa da Moeda (INCM) – anexo X (**Anexo IV**)) pelos registos informáticos do SGICM (**Anexo V**). Ainda assim, alguns serviços preservam o procedimento manual, como é o caso do Serviço de Urgência, Consulta Externa, Unidade de Cirurgia de Ambulatório, Serviço de Gastroenterologia e Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER).[19,20]

A validação e preparação dos pedidos é exclusivamente efetuada por FH, de modo a garantir a segurança do medicamento e a sua utilização racional; por esse motivo, os MEP a ser cedidos são transportados para os serviços em cofres fechados. O circuito de distribuição inicia-se, então, no momento em que é realizada prescrição médica informatizada que, depois de validada pelo FH, fica disponível para administração por parte do enfermeiro, o que origina um consumo informatizado ou um registo manual, conforme o serviço. Naqueles serviços em que o processo decorre informaticamente (maioria), o enfermeiro regista consumos informáticos que geram um anexo X informatizado, que é, posteriormente, assinado e aprovado informaticamente pelo médico, e aprovado, satisfeito e distribuído pelo FH. No caso dos serviços com procedimento manual, os MEP seguem juntamente com os anexos X, sendo que o documento original – devidamente assinado pelo enfermeiro que recebeu e conferiu os medicamentos entregues – regressa à farmácia para ser arquivado, enquanto que o duplicado permanece no serviço.[19]

O controlo e fiscalização de todo o circuito acima descrito são da responsabilidade da Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I.P. (INFARMED), sendo imposto aos serviços de saúde enviar, trimestralmente, a relação de saídas e entradas de MEP.[19]

Todos estes procedimentos foram-me explicados por uma das FH responsáveis pelos MEP, tendo acompanhado a preparação dos cofres destinados aos diferentes serviços, tanto no caso do procedimento informatizado como no caso do procedimento manual.

4.3.2. Hemoderivados

Os medicamentos hemoderivados são constituídos por proteínas plasmáticas de interesse terapêutico que não se podem sintetizar por métodos convencionais, pelo que são obtidos de plasma de dadores humanos sãos, através de um processo tecnológico de fracionamento e purificação. Como tal, são produtos sujeitos a um elevado risco de contaminação e consequente transmissão de doenças infeciosas, pelo que é fundamental assegurar a sua rastreabilidade através de um controlo rigoroso, sendo sempre acompanhados de CAUL emitidos pelo INFARMED e que asseguram a sua segurança.[21]

O Despacho Conjunto n.º 1051/2000, de 14 de setembro, estabelece um procedimento uniforme a nível nacional para os atos de requisição, distribuição e administração deste tipo de medicamentos. Assim, a requisição de um medicamento derivado do plasma aos SF deverá ser realizada em impresso próprio – modelo n.º 1804 do INCM (**Anexo VI**) –, sendo este constituído por duas vias: a Via Farmácia e a Via Serviço. Os Quadros A e B deverão ser preenchidos pelo médico prescritor. Após a receção do pedido, o FH deverá validar a requisição e preencher o Quadro C com a designação do hemoderivado, a quantidade fornecida, o lote e o laboratório de origem, bem como o n.º do CAUL. O enfermeiro do serviço requisitante deverá, também, assinar e datar a receção da medicação. As embalagens dispensadas devem ser devidamente identificadas nos SF com os dados do doente, através de etiqueta autocolante. No momento de dispensa é entregue a Via Serviço, que acompanha o medicamento, enquanto que a Via Farmácia deverá ser arquivada nos SF.[22]

Tive, várias vezes, contacto com os referidos impressos, além de ter observado como se processa a cedência de hemoderivados, desde a receção do impresso nos SF à entrega dos medicamentos aos enfermeiros afetos aos serviços requisitantes.

4.4. Distribuição a doentes em regime de ambulatório

A distribuição de medicamentos a dentes em regime de ambulatório corresponde à dispensa de fármacos a utentes que detêm uma patologia cuja terapêutica se encontra contemplada em despachos publicados em Diário da República. Para estes utentes, a terapêutica é totalmente comparticipada quando dispensada pelos SF, estando este serviço inserido no âmbito da política do medicamento e do acesso à prestação de cuidados de saúde do SNS. Em adição, a dispensa de medicamentos neste regime permite um melhor controlo da adesão à terapêutica e uma melhor vigilância da ocorrência de efeitos adversos, devido ao facto de ser dispensada uma quantidade limitada de medicamentos, tendo o utente que se deslocar regu-

larmente à unidade de dispensa em ambulatório. Para o próprio hospital, há também uma redução dos custos e riscos associados ao internamento hospitalar, sendo a prestação de cuidados farmacêuticos facilitada por integração do doente no seu ambiente familiar.[23,24]

O Despacho n.º 13382/2012, de 4 de outubro, veio determinar a melhoria e uniformização dos procedimentos e mecanismos de monitorização dos medicamentos dispensados em ambulatório hospitalar, estabelecendo que a prescrição destes medicamentos é obrigatoriamente realizada através de sistemas de prescrição eletrónica.[25]

O atendimento, validação da prescrição e a dispensa dos medicamentos é realizada pelos FH. O FH verifica se a prescrição está de acordo com os requisitos necessários, ou seja, se foi elaborada em modelo apropriado, possui os dados de identificação do utente (nome, número de processo, sistema de saúde aplicável e respetivo número), a identificação do fármaco (DCI, dose e forma farmacêutica) e posologia, identificação da especialidade médica responsável pela prescrição, indicação da data da próxima consulta, identificação e assinatura do prescritor, diploma legal a que obedece a prescrição médica e data de validade. No momento da dispensa, o FH deverá avaliar o perfil farmacoterapêutico do doente e o seu histórico de prescrições e dispensa, bem como informação adicional escrita pelo médico ou farmacêutico. O FH deverá, também, averiguar se o doente desenvolveu alguma reação adversa. Durante este processo é fornecida ao utente informação relevante sobre o regime posológico, possíveis efeitos adversos e consequências da não adesão terapêutica. Não existindo dúvidas e verificada a conformidade, a prescrição é validada e a medicação dispensada. Geralmente, a medicação é dispensada para um período de trinta dias, ocorrendo variações no período tendo em conta o tipo de patologia, data da consulta seguinte e o *stock* do medicamento.

Alguns medicamentos que ainda não foram avaliados para comparticipação são dispensados aos utentes, sendo que, nestes casos, o HDS assume os encargos na totalidade. Adicionalmente, a Portaria n.º 48/2016, de 22 de março, permite a prescrição de medicamentos biológicos em receita do tipo BIO, com menção à referida portaria e ao número de registo do Centro Prescritor de Agentes Biológicos na DGS; deste modo, o utente pode proceder ao levantamento da sua medicação em qualquer hospital do SNS mediante apresentação de receita médica válida, sem que esta implique qualquer custo para si. Os encargos poderão ser da responsabilidade do hospital do SNS onde o medicamento é prescrito ou da Administração Regional de Saúde (ARS) competente.[26]

No HDS, as patologias mais representativas em contexto de dispensa em regime de ambulatório são a infeção pelo Vírus da Imunodeficiência Adquirida (VIH), hepatite C, neoplasia da mama, próstata, colorretal, estômago e respetiva terapêutica de suporte, esclerose múltipla, artrite reumatóide, psoríase em placas e artrite psoriática. Esporadicamente, surgem doentes com Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA) e doença de Addison, por exemplo. Além da dispensa em ambulatório, também se realiza, no HDS, a dispensa de alguns fármacos para Hospital de Dia, como é o caso do tocilizumab, utilizado na Reumatologia.

O horário de funcionamento da dispensa em regime ambulatório, no HDS, é das 09:00h às 17:00h sem interrupção para almoço, por forma a satisfazer as necessidades dos doentes.

Assisti a todos os procedimentos acima descritos em contexto de cedência de medicamentos em ambulatório, tendo-me sido explicado como aceder às prescrições médicas, como calcular a quantidade de medicamento a ceder ao doente e o aconselhamento que deve ser prestado, bem como os procedimentos necessários caso não seja o próprio a levantar a medicação. Fui, também, constantemente incentivada a pesquisar a legislação de suporte à cedência gratuita de medicamentos, de modo a compreender os fatores que a justificam.

5. Farmacotecnia

A farmacotecnia é um setor de elevada importância nos SF, uma vez que inclui a preparação de medicamentos que poderão dar resposta às necessidades específicas de determinados doentes, colmatando situações onde não existe disponibilidade por parte do mercado fornecedor e que, pelas suas particularidades específicas, são vitais em contexto hospitalar, permitindo a adaptação do medicamento ao perfil fisiopatológico do doente. Em determinadas situações, pode, ainda, constituir uma opção mais viável no que diz respeito a uma gestão mais racional de recursos.

Neste setor ocorre, no HDS, a reembalagem de medicamentos e a produção de medicamentos não estéreis e estéreis. Todos os medicamentos manipulados são preparados de acordo com as "Boas Práticas a observar na Preparação de Medicamentos Manipulados em Farmácia de Oficina e Hospitalar", presentes na Portaria n.º 594/2004, de 2 de junho, por forma a assegurar um elevado padrão de segurança e qualidade.[27]

5.1. Reembalagem

O processo de reembalagem de medicamentos unidose surge da necessidade dos SF disporem do medicamento adequado para um dado tratamento clínico, na dose prescrita, de forma individualizada. Deste modo, é possível assegurar a correta individualização e identificação dos medicamentos, permitindo reduzir o tempo de enfermagem dedicado à preparação da medicação a administrar, reduzir os riscos de contaminação do medicamento, reduzir os erros de administração e contribuir para uma melhor gestão de recursos.[28] Em adição, este processo é particularmente útil quando se pretende administrar dosagens mais baixas do que as comercializadas (em que é necessário fracionamento) e nas situações em que há necessidade de realizar ajustes no regime posológico.

Este é um procedimento que deve ser efetuado por forma a garantir a segurança e a qualidade do medicamento. Nesse contexto, os SF do HDS dispõem, além do equipamento automático ATC/FDS de apoio à DIDDU, de um equipamento semiautomático instalado numa sala utilizada unicamente para a reembalagem de formais orais sólidas, pelo que este processo

é realizado por um TDT e validado por um FH. Para além disso, e para efeitos de rastreabilidade, é necessário proceder ao registo dos medicamentos reembalados, identificando a DCI, a dosagem, o PV, o número do lote de fabrico e o número do lote de reembalagem. O PV atribuído aos medicamentos reembalados é, igualmente, de um quarto da validade remanescente, nunca superior a seis meses. O material de embalagem utilizado garante a proteção do medicamento dos agentes ambientais. Durante o estágio, assisti ao desenblistamento de formas orais sólidas para a ATC/FDS afeta à unidade de DIDDU, bem como ao processo de reembalagem de outras formas orais sólidas no equipamento semiautomático.

5.2. Preparações não estéreis

A preparação de medicamentos manipulados não estéreis inclui formas farmacêuticas sólidas, semissólidas e líquidas, sendo executada no Laboratório de Farmacotécnica, instalado nos SF do HDS.

A preparação é efetuada por um TDT devidamente equipado com proteção individual, com a supervisão de um FH. Após receção da prescrição médica com a solicitação do medicamento manipulado, o TDT informa o FH e procede à impressão da "Ficha Técnica de Preparações de Não Estéreis" e respetivos rótulos. O TDT inicia a preparação após a verificação das condições da área de trabalho e a reunião de todas as matérias-primas e material necessário para a preparação do medicamento. Após a execução, o FH realiza os ensaios de verificação recomendados, aprovando ou rejeitando o produto final, consoante o resultado esteja conforme ou não conforme. O produto final é acondicionado e embalado de acordo com as especificações descritas na ficha de preparação e devidamente rotulado, sendo a ficha de preparação arquivada nos SF. Este registo permite a rastreabilidade dos medicamentos manipulados, facilitando a deteção imediata dos doentes aos quais foram administrados no caso de surgir alguma complicação. Durante o meu estágio, tive a oportunidade de assistir à preparação de dois medicamentos manipulados: uma solução de ureia a 50% e uma solução de azul de bromotimol, ambos destinados ao uso interno em bloco operatório.

5.3. Preparações estéreis

Nos SF do HDS não se realiza a produção de preparações para Nutrição Parentérica (NP), ainda que as instalações disponham de uma sala destinada ao efeito que, de momento, se encontra desativada. Assim, atualmente, preparam-se medicamentos CTX e alguns medicamentos biológicos na UPCC, integrada no HDO, e que necessitam de condições de assepsia.

5.3.1. Preparação de Citotóxicos

A preparação de formulações estéreis requer cuidados especiais de modo a minimizar o risco de contaminação por microrganismos, partículas ou outros pirogénios. Para o efeito, as

preparações deverão ser realizadas em áreas limpas e alimentadas com ar devidamente filtrado. Por outro lado, a exposição humana a CTX é fonte de grande preocupação. Por forma a minimizar o risco de exposição, é fundamental garantir a existência de condições de trabalho adequadas que possibilitem uma maior segurança para o profissional envolvido e que minimizem o risco de contaminação da preparação. Por este motivo, a preparação de CTX é da exclusiva responsabilidade do FH devidamente formado para o efeito.

Na véspera do dia de trabalho, as enfermeiras do HDO enviam para os SF o agendamento dos tratamentos do dia seguinte, por forma a que as FH responsáveis os preparem atempadamente. Esta listagem inclui doentes com consulta e prescrição médica validada, para os quais se compara o Registo de Perfil Farmacoterapêutico (**Anexo VII**) e respetivo Mapa de Produção (**Anexo VIII**) – que contêm as informações referentes à terapêutica daquele ciclo –, confirmando-se, ainda, com a prescrição médica e rótulos impressos, para que tudo esteja conforme; doentes sem consulta mas com prescrição médica, que ficam a aguardar confirmação com o serviço; e doentes a aguardar resultados de análises hematológicas, pelo que é necessário confirmar, no dia seguinte, se estarão aptos a realizar o tratamento. Sempre que se verifique qualquer alteração da terapêutica a realizar, é necessário imprimir novo Mapa de Produção. Registam-se, ainda, na folha de Registo Diário das Doses Preparadas (**Anexo IX**), todas as doses parciais que é necessário preparar para cada medicamento, de modo a calcular uma estimativa da quantidade necessária. No próprio dia de trabalho e após confirmação de todos os doentes que irão realizar tratamento, atualiza-se o Registo Diário das Doses Preparadas e dá-se início à preparação.

A UPCC é, então, constituída por: *hall* de entrada, que permite o acesso à unidade e onde está armazenado todo o equipamento necessário à proteção individual; um vestiário, com pressão de ar positiva e onde o operador se equipa e procede à higienização; antecâmara de trabalho, com pressão de ar positiva e onde se preparam os tabuleiros; antecâmara de entrada na sala assética, com pressão de ar mais positiva que as anteriores, funcionando como uma sala tampão entre duas divisões com pressões de ar bastante distintas; e a sala assética, com pressão de ar negativa e onde decorre a manipulação propriamente dita, em Câmaras de Fluxo Laminar Vertical (CFLV). A variação de pressões referida é necessária à manutenção das condições de assepsia das preparações, além de que a utilização de CFLV com exaustão total visa não só proteger as preparações de agentes contaminantes, como proteger o operador e ambiente de contaminação por CTX, não permitindo a recirculação do ar para dentro da sala.

Dada a diferença de pressão entre a antecâmara de trabalho e a sala assética, todo o material é transferido através de “passa materiais”, que consiste num sistema de duplo encravamento em que uma porta não abre sem que a outra esteja fechada. Deste modo, não há circulação de ar de dentro para fora e de fora para dentro, o que diminui drasticamente o risco

de contaminações. Na UPCC, existem dois "passa materiais": um superior, destinado ao transporte de preparações, e um inferior, destinado ao transporte dos resíduos no fim do dia de trabalho e aquando da desinfeção das instalações.

Para que os operadores estejam protegidos e aptos a manipular CTX, necessitam de se equipar com uma proteção individual, utilizando uma bata com reforço impermeável, um par de luvas de nitrilo, proteções para os sapatos, touca, óculos e uma máscara de ultrafiltração (respirador P2).

No HDS, a metodologia implementada é a de trabalhar por fármaco, de modo a evitar enganos nas preparações e a otimizar recursos. Na antecâmara de trabalho, estão armazenados todos os medicamentos CTX, incluindo os que necessitam de refrigeração, e o Registo de Perfil Farmacoterapêutico de cada doente. É função do FH que trabalha na antecâmara de trabalho verificar a adequabilidade do protocolo à patologia, dose prescrita e compatibilidade dos fármacos, bem como o volume e o tipo de solvente a utilizar. Iniciando-se o procedimento, o FH prepara um tabuleiro por doente, contendo o medicamento a reconstituir, o solvente adequado, se aplicável, o sistema a ser utilizado e o Mapa de Produção, para que se saiba qual a quantidade a reconstituir. O referido tabuleiro e restante material enviado para a sala assética através do "passa materiais" é borrifado com etanol a 70º, e os consumos são registados para que sejam, posteriormente, debitados do *stock* dos SF, individualmente para cada doente.

Na sala assética, o material é recebido e confirmado pelo FH, que o entrega ao TDT para manipulação dos medicamentos na CFLV. O FH supervisiona todo o processo, realiza inspeção visual do produto final, rotula, assina em como tudo está conforme e prepara novamente o tabuleiro para envio para a antecâmara de trabalho, borrifando todo o material com etanol a 70º. Os desperdícios aquando da preparação dos medicamentos são igualmente registados.

Novamente na antecâmara de trabalho, o FH faz a dupla verificação da preparação e do doente a que se destina, assinando em como tudo está conforme. Caso o medicamento seja fotossensível, este é protegido de forma apropriada. Todas as preparações CTX são identificadas com uma etiqueta de cor vermelha com a designação "CITOTÓXICO", para que sejam de fácil identificação, sendo posteriormente enviadas para a sala de tratamentos. No fim do dia, faz-se o levantamento de tudo o que foi consumido aquando da preparação dos medicamentos e debita-se do *stock* dos SF.

A grande maioria dos tratamentos é realizada em regime de ambulatório, no HDO. Contudo, em casos excecionais, pode ser feito em regime de internamento. Nestes casos, a situação é registada em impresso próprio para o efeito e um AO afeto ao serviço em questão levanta a preparação, rubricando em como procedeu ao seu levantamento.

No que à manutenção da limpeza das instalações e garantia de assepsia diz respeito, todos os dias é ligada a lâmpada ultravioleta (UV) da CFLV e realizada a sua limpeza utilizando um detergente de superfícies elevadas, antes de se iniciar a manipulação dos medicamentos.

No final do dia de trabalho, procede-se à limpeza das CFLV utilizando o mesmo detergente e etanol a 70º, e recolhe-se o lixo biológico, que é transferido para a antecâmara de trabalho pelo "passa materiais" inferior. O chão é devidamente limpo antes e após o dia de trabalho. Semanalmente, é realizada uma lavagem e desinfeção mais profundas de todas as superfícies – incluindo as paredes e o teto da sala assética –, utilizando, para o efeito, um detergente enzimático. Relativamente às CFLV, são removidas as grelhas que as constituem e utilizadas compressas embebidas no mesmo detergente enzimático. As salas e CFLV são alvo de manutenção periódica, por forma a garantir que todos os procedimentos são realizados em segurança.

Durante o meu estágio, estive presente tanto na antecâmara de trabalho como na sala assética, tendo observado todos os procedimentos necessários à preparação de medicamentos CTX e biológicos.

6. Informação sobre medicamentos

A informação é um elemento preponderante e um fator decisivo para uma seleção correta dos medicamentos, assim como para a sua utilização racional. Sabendo que o farmacêutico é o principal profissional do medicamento, é de extrema importância que este seja consultado na eventualidade de qualquer dúvida, por constituir o profissional com mais competências para a estas responder.

No HDS, é prática habitual o pedido de informação aos SF sobre o impacto de determinados medicamentos em situação de gravidez e as consequências que poderão advir da sua utilização durante esse período, principalmente no que concerne ao embrião, feto e recém-nascido (RN). Estes pedidos vêm, geralmente, em contexto de consulta pré-natal, sendo enviados aos SF via *email*. Mediante tal pedido, o FH responsável elabora uma resposta em modelo apropriado (**Anexo X**), consultando, para isso, os Resumos das Características do Medicamento (RCM) dos medicamentos em questão e o Prontuário Terapêutico, nomeadamente a secção intitulada "Fármacos e gravidez". A resposta, depois de elaborada, é enviada ao médico requerente antes da data da consulta seguinte, que tomará a decisão terapêutica que achar mais acertada consoante o contexto clínico do doente e as implicações que tal medicação poderá trazer ao embrião, feto ou RN.

Durante o estágio, tive a oportunidade de elaborar várias respostas às mais variadas perguntas sobre fármacos, sempre em contexto de gravidez.

7. Farmacovigilância, Farmacocinética e Farmácia Clínica

A Farmacovigilância, Farmacocinética e Farmácia Clínica são fundamentais para uma boa utilização do medicamento. Para tal, são necessários FH altamente especializados, apoiados por suportes técnicos e informáticos que lhes permitam corresponder às solicitações dos serviços clínicos.[29]

A Farmacovigilância é a ciência e conjunto de atividades relacionados com a deteção, avaliação, compreensão e prevenção de reações adversas ou qualquer outro problema de segurança relacionado com medicamentos, visando melhorar a segurança dos mesmos, em defesa do utente e da Saúde Pública. O Sistema Nacional de Farmacovigilância (SNF) é coordenado pelo INFARMED e é responsável pela monitorização da segurança dos medicamentos com Autorização de Introdução no Mercado (AIM) nacional, avaliando os eventuais problemas relacionados com Reações Adversas a Medicamentos (RAM), implementando medidas de segurança sempre que necessário.[30] Os hospitais constituem, assim, unidades de farmacovigilância, sendo da sua responsabilidade recolher e registar adequadamente qualquer RAM grave ou inesperada decorrente do uso de um medicamento e notificar o INFARMED. Durante o meu estágio, não ocorreu nenhuma situação de RAM, pelo que não tive contacto com esta função do FH.

A Farmacocinética clínica é um ramo da farmácia hospitalar cujo objetivo primordial é uma correta administração de fármacos resultante da medição de níveis séricos desse fármaco, o que se traduz por um controlo terapêutico individualizado. A monitorização de concentrações farmacológicas séricas permite à equipa clínica administrar a dose certa necessária de um determinado fármaco sem o perigo de sobredosagem ou subdosagem.[31] Os SF do HDS utilizam os *softwares* PKS e Kinetidex para o cálculo de parâmetros farmacocinéticos, possibilitando a otimização do doseamento de fármacos, como a vancomicina e a gentamicina, conforme as características específicas de cada doente e os resultados de análises clínicas que tenha realizado. Posteriormente, os resultados obtidos são comunicados ao médico que requisitou o serviço, para que o doente seja medicado com segurança. Pude acompanhar, por diversas vezes, a realização de cálculos farmacocinéticos através dos referidos *softwares*, tendo-me sido igualmente explicado como se processa o doseamento dos fármacos e quais os parâmetros a incluir nos cálculos.

A Farmácia Clínica é uma área de intervenção farmacêutica centrada no doente e na melhor forma de lhe fornecer cuidados farmacêuticos otimizados com o menor risco possível associado. A prática da Farmácia Clínica deve realizar-se através de visitas regulares pelos FH aos serviços hospitalares, reunindo periodicamente com equipas multidisciplinares cujo objetivo se prende com a discussão do quadro clínico dos doentes que se encontram, no momento, internados naquele serviço. A integração do FH nestas equipas permite aperfeiçoar o processo terapêutico, uma vez que o farmacêutico tem a oportunidade de verificar a terapêutica instituída ao doente (posologia, forma farmacêutica e via de administração), bem como colaborar na prevenção e deteção de efeitos secundários e interações medicamentosas. Apesar de, durante o meu estágio, não ter assistido a nenhuma reunião no contexto de Farmácia Clínica, pude verificar que o FH e o médico prescritor estão em permanente contacto quando alguma dúvida surge, principalmente no momento de validação da prescrição médica, pelo que, na maioria das vezes, a situação que surge é solucionada no momento. A equipa que constitui os SF do

HDS é relativamente pequena, tendo em conta o volume de trabalho que acarreta; por esse motivo, as referidas reuniões não se realizam com a periodicidade que seria aconselhável.

8. Ensaios Clínicos

De acordo com a Lei n.º 21/2014 de 16 de abril, que rege a investigação clínica, um EC é definido como "qualquer investigação conduzida no ser humano, destinada a descobrir ou a verificar os efeitos clínicos, farmacológicos ou outros efeitos farmacodinâmicos de um ou mais medicamentos experimentais, ou a identificar os efeitos indesejáveis de um ou mais medicamentos experimentais, ou a analisar a absorção, a distribuição, o metabolismo e a eliminação de um ou mais medicamentos experimentais, a fim de apurar a respetiva segurança ou eficácia".[32] Os EC assumem um papel nuclear no processo de obtenção de AIM de um medicamento de uso humano, uma vez que é fulcral que, no seu decorrer, os medicamentos mostrem ser seguros e eficazes.

Nos EC, o FH é responsável por toda a medicação experimental, passando pela sua receção, armazenamento segundo as condições protocoladas, controlo da temperatura de armazenamento, preparação, dispensa, recolha e devolução ou destruição do medicamento. Todos estes procedimentos devem ser documentados, tanto em suporte de papel como em suporte informático, garantindo a segurança, responsabilidade, transparência e rastreabilidade. Além disso, os SF têm o dever de elaborar um documento descritivo do circuito do medicamento experimental contendo elementos relativos à receção, ao armazenamento, à dispensa e à administração do medicamento experimental, por forma a agilizar o processo e a diminuir erros.[32]

Apesar de, atualmente, não estarem a decorrer EC no HDS, este está legalmente habilitado para tal. Por esse motivo, não tive contacto direto com esta valência do FH, pelo que os procedimentos acima descritos me foram explicados pela minha orientadora de estágio, que me incentivou à leitura da legislação citada para compreensão dos conceitos e, principalmente, da função do FH no decurso de um EC.

9. Comissões técnicas hospitalares

As comissões técnicas hospitalares são órgãos consultivos indispensáveis para a implementação de regras, normas de procedimentos e de utilização de medicamentos e outros produtos farmacêuticos. São de importância vital como instrumentos multidisciplinares de decisão sobre emanação de pareceres que condicionam, adequam, normalizam e contribuem para a qualidade dos cuidados ao doente. Cabe a estas comissões multidisciplinares auxiliar os órgãos de administração e direção técnica sobre as matérias que são da sua competência, pronunciando-se tanto por iniciativa própria como quando solicitado. A multidisciplinaridade da atividade do FH torna essencial a sua integração em diversas comissões técnicas e científicas, por forma a promover a intervenção farmacêutica na prática clínica. São exemplos a CFT, a

Comissão de Ética para a Saúde (CES) e o Grupo de Coordenação Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (GCL-PPCIRA).

A CFT do HDS é constituída por seis membros, em paridade entre médicos e farmacêuticos, e presidida pelo Diretor Clínico do Hospital. Esta comissão reúne semanalmente ou de forma extraordinária, sempre que convocada pelo seu presidente. A sua missão e principais competências foram descritas no ponto *3.1.* deste trabalho, além de que colabora com o SNF, nos termos da legislação em vigor, e com as diferentes comissões do hospital com responsabilidades no âmbito do medicamento, como é o caso do GCL-PPCIRA.[10]

A CES do HDS tem uma composição multidisciplinar, sendo constituída por sete membros designados de entre médicos, farmacêuticos, enfermeiros, juristas ou profissionais de outras áreas das ciências sociais e humanas. Esta comissão visa zelar pela observância de padrões de ética no exercício de ciências médicas, por forma a proteger e garantir a dignidade e integridade humanas, procedendo à análise e reflexão sobre temas da prática biomédica que envolvam questões de ética e emitir pareceres sobre os mesmos. Reúne mensal e extraordinariamente, sempre que as circunstâncias o motivarem e mediante convocatória, discutindo questões de ética da instituição ou pedidos de estudos de investigação ou autorização de EC.[33]

O Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA) é um dos nove programas de saúde prioritários, que funciona no âmbito do Departamento de Qualidade na Saúde da DGS. A sua estrutura de gestão prolonga-se da DGS até às unidades de saúde, como o HDS. O GCL-PPCIRA do HDS, antigamente denominado Comissão de Controlo de Infeção (CCI), é um órgão de assessoria técnica da gestão, constituído por uma equipa multidisciplinar, que tem por missão planear, implementar e monitorizar um plano operacional de prevenção e controlo de infeção e resistências aos antimicrobianos, nomeadamente de assistência à prescrição antibiótica, tanto em profilaxia como em terapêutica, capaz de rever e validar as prescrições de carbapenemos e fluoroquinolonas, com o objetivo de anular o uso de antibióticos em situações em que não estão indicados ou por tempo superior ao necessário. Ao GCL-PPCIRA compete, ainda, garantir o cumprimento obrigatório dos programas de vigilância epidemiológica de infeção associada a cuidados de saúde e de resistências aos antimicrobianos, mais concretamente a vigilância e notificação de microrganismos-problema e de microrganismos-alerta e a implementação de auditorias clínicas internas.[34,35]

Desde cedo fui familiarizada com todas as valências do FH, incluindo a sua integração e contributo prestado nas mais diversas comissões técnicas hospitalares. No HDS, as três mais relevantes onde se inclui o FH são as supracitadas.

A CFT é aquela com a qual tive mais contacto, uma vez que é este órgão que avalia as propostas de tratamento de doentes de hepatite C. Apesar de não ter assistido a nenhuma reunião, tive a oportunidade de analisar propostas de tratamento juntamente com a minha orientadora de estágio, sempre confrontando os dados do doente com as normas publicadas.

Além disso, foi-me explicado o funcionamento do Portal da Hepatite C, onde se procede à gestão de todos os tratamentos em fase de avaliação, a decorrer e já terminados. Por outro lado, foi-me explicado o fundamento da CES, ainda que não tivesse tido contacto com a mesma. Já a problemática da resistência aos antimicrobianos foi-me alertada pela minha orientadora de estágio desde o início, que me incentivou à pesquisa da legislação vigente acerca do PPCIRA. No que diz respeito ao GCL-PPCIRA, foi-me mostrada a lista diária das prescrições de carbapenemos e fluoroquinolonas pelos médicos pertencentes ao referido grupo, enviada pela FH do grupo e que visa contabilizar as prescrições de antimicrobianos sujeitos a controlo, monitorizando a utilização dos mesmos.

10. Conclusão

O estágio profissionalizante em farmácia hospitalar foi, indiscutivelmente, uma experiência extremamente desafiante, que me permitiu alargar horizontes no que à profissão farmacêutica diz respeito. Considero, por esse motivo, que a oportunidade de realização deste estágio representa uma mais-valia na minha formação.

Os SF são imprescindíveis ao funcionamento do hospital, sendo que o FH constitui o profissional mais relevante deste serviço enquanto especialista do medicamento. O contacto permanente com a grande panóplia de medicamentos utilizados em contexto hospitalar, o constante surgimento de novos medicamentos e atualização de normas e procedimentos, além de todas as restantes funções que o FH acarreta, permitiu-me compreender a verdadeira responsabilidade da profissão farmacêutica enquanto agente de promoção de saúde no ambiente hospitalar.

Assim, é com enorme orgulho que concluo o meu percurso enquanto estudante do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas nos SF do HDS, considerando que o estágio teve um impacto bastante positivo na consolidação de conhecimentos adquiridos ao longo do curso e no desenvolvimento de novas competências.

Referências bibliográficas

1. Hospital Distrital de Santarém, E.P.E. (SNS - Serviço Nacional de Saúde): O Hospital: História. Acessível em: http://www.hds.min-saude.pt. [acedido em 05 de abril de 2018].
2. Diário da República Eletrónico: Decreto-Lei n.º 93/2005, D.R. n.º 109/2005, Série I-A de 2005-06-07, que transforma os hospitais sociedades anónimas em entidades públicas empresariais. Acessível em: https://dre.pt. [acedido em 05 de abril de 2018].
3. Hospital Distrital de Santarém, E.P.E. (SNS - Serviço Nacional de Saúde): Serviços Clínicos: Farmácia (Serviço Farmacêutico). Acessível em: http://www.hds.min-saude.pt. [acedido em 06 de abril de 2018].
4. Brou, M. H. L., Feio, J. A. L., Mesquita, E., Ribeiro, R. M. P. F., Brito, M. C. M., Cravo, C., *et al.* (2005). Capítulo I - Serviços Farmacêuticos Hospitalares. In: *Manual da Farmácia Hospitalar*. 1.ª ed. Ministério da Saúde (Conselho Executivo da Farmácia Hospitalar), Lisboa, pp. 10-12.
5. Brou, M. H. L., Feio, J. A. L., Mesquita, E., Ribeiro, R. M. P. F., Brito, M. C. M., Cravo, C., *et al.* (2005). Capítulo II - Planificação Geral dos Serviços Farmacêuticos. In: *Manual da Farmácia Hospitalar*. 1.ª ed. Ministério da Saúde (Conselho Executivo da Farmácia Hospitalar), Lisboa, p. 13.
6. Entidade Reguladora da Saúde (ERS): SINAS@HOSPITAIS: Segurança do Doente. Acessível em: https://www.ers.pt. [acedido em 09 de abril de 2018].
7. Direção-Geral da Saúde: Norma n.º 020/2014 de 30/12/2014, atualizada a 14/12/2015. Assunto: Medicamentos com nome ortográfico, fonético ou aspeto semelhantes. Acessível em: https://www.dgs.pt. [acedido em 09 de abril de 2018].
8. Direção-Geral da Saúde: Norma n.º 014/2015 de 06/08/2015. Assunto: Medicamentos de alerta máximo. Acessível em: https://www.dgs.pt. [acedido em 09 de abril de 2018].
9. Brou, M. H. L., Feio, J. A. L., Mesquita, E., Ribeiro, R. M. P. F., Brito, M. C. M., Cravo, C., *et al.* (2005). Capítulo III - Gestão de Medicamentos, Produtos Farmacêuticos e Dispositivos Médicos. In: *Manual da Farmácia Hospitalar*. 1.ª ed. Ministério da Saúde (Conselho Executivo da Farmácia Hospitalar), Lisboa, p. 24.
10. Hospital Distrital de Santarém, E. P. E. (2017). Capítulo II - Missão, Constituição, Competências, Funcionamento e Apoio. In: *Regulamento Interno da Comissão de Farmácia e Terapêutica do Hospital Distrital de Santarém*. Hospital Distrital de Santarém, E.P.E., Santarém, pp. 3-6.
11. Brou, M. H. L., Feio, J. A. L., Mesquita, E., Ribeiro, R. M. P. F., Brito, M. C. M., Cravo, C., *et al.* (2005). Capítulo III - Gestão de Medicamentos, Produtos Farmacêuticos e Dispositivos Médicos. In: *Manual da Farmácia Hospitalar*. 1.ª ed. Ministério da Saúde (Conselho Executivo da Farmácia Hospitalar), Lisboa, p. 28.

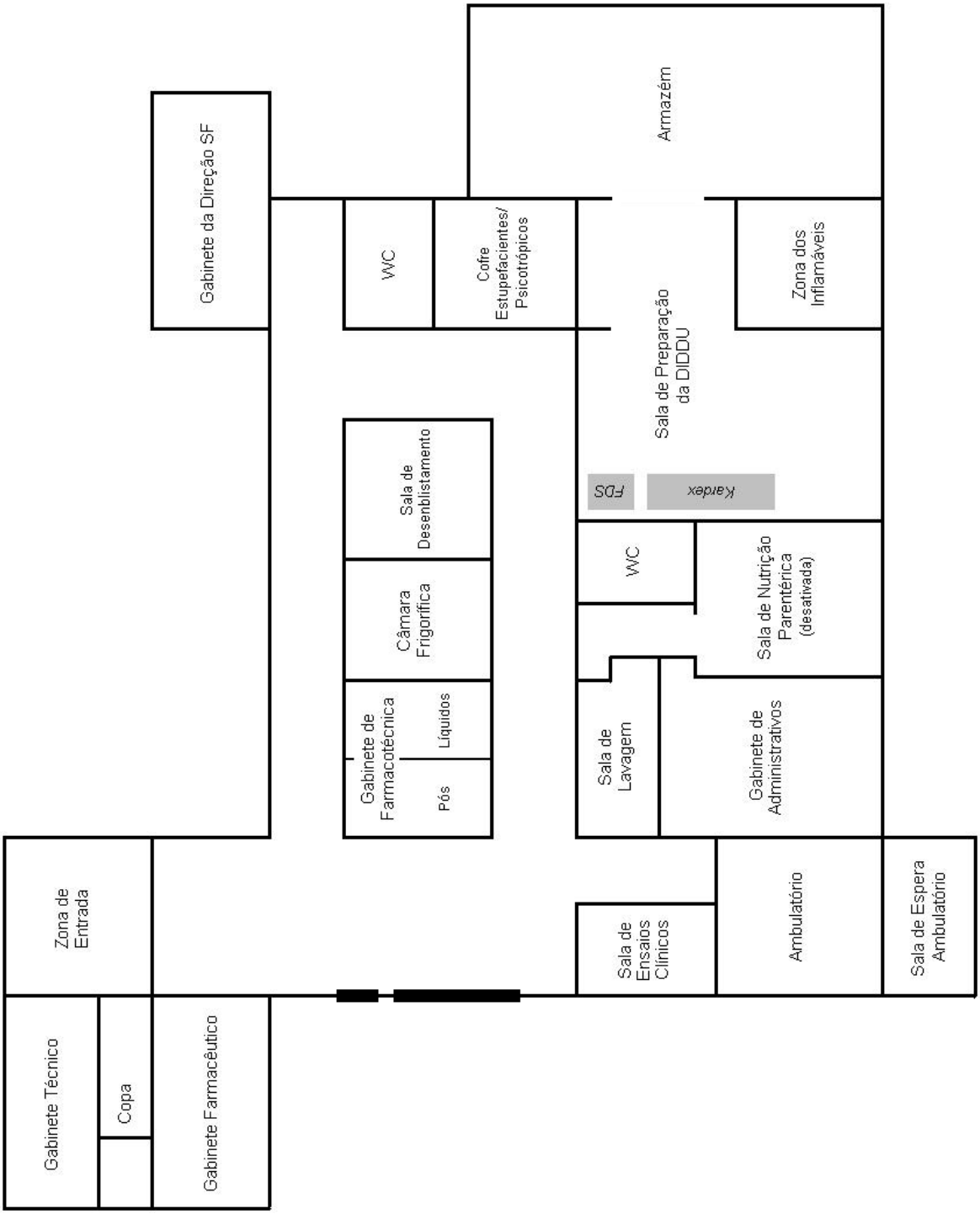
12. Brou, M. H. L., Feio, J. A. L., Mesquita, E., Ribeiro, R. M. P. F., Brito, M. C. M., Cravo, C., *et al.* (2005). Capítulo III - Gestão de Medicamentos, Produtos Farmacêuticos e Dispositivos Médicos. In: *Manual da Farmácia Hospitalar*. 1.ª ed. Ministério da Saúde (Conselho Executivo da Farmácia Hospitalar), Lisboa, pp. 29-35.
13. Brou, M. H. L., Feio, J. A. L., Mesquita, E., Ribeiro, R. M. P. F., Brito, M. C. M., Cravo, C., *et al.* (2005). Capítulo III - Gestão de Medicamentos, Produtos Farmacêuticos e Dispositivos Médicos. In: *Manual da Farmácia Hospitalar*. 1.ª ed. Ministério da Saúde (Conselho Executivo da Farmácia Hospitalar), Lisboa, pp. 51-52.
14. Brou, M. H. L., Feio, J. A. L., Mesquita, E., Ribeiro, R. M. P. F., Brito, M. C. M., Cravo, C., *et al.* (2005). Capítulo III - Gestão de Medicamentos, Produtos Farmacêuticos e Dispositivos Médicos. In: *Manual da Farmácia Hospitalar*. 1.ª ed. Ministério da Saúde (Conselho Executivo da Farmácia Hospitalar), Lisboa, pp. 56-57.
15. Brou, M. H. L., Feio, J. A. L., Mesquita, E., Ribeiro, R. M. P. F., Brito, M. C. M., Cravo, C., *et al.* (2005). Capítulo III - Gestão de Medicamentos, Produtos Farmacêuticos e Dispositivos Médicos. In: *Manual da Farmácia Hospitalar*. 1.ª ed. Ministério da Saúde (Conselho Executivo da Farmácia Hospitalar), Lisboa, pp. 55-56.
16. INFARMED: Saiba mais sobre Psicotrópicos e Estupefacientes. Acessível em: http://www.infarmed.pt. [acedido em 12 de abril de 2018].
17. INFARMED: Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de janeiro, que revê a legislação de combate à droga e aprova o regime jurídico do tráfico e consumo de estupefacientes e psicotrópicos, alterado pela Lei n.º 7/2017, de 2 de março. Acessível em: http://www.infarmed.pt. [acedido em 12 de abril de 2018].
18. INFARMED: Decreto Regulamentar n.º 61/94, de 12 de outubro, que regulamenta o Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de janeiro. Acessível em: http://www.infarmed.pt. [acedido em 12 de abril de 2018].
19. Serviços Farmacêuticos do Hospital Distrital de Santarém, E. P. E. (2014). *Manual de Procedimentos de Medicamentos Estupefacientes e Psicotrópicos*. Santarém: Hospital Distrital de Santarém, E.P.E.
20. INFARMED: Portaria n.º 981/98, de 8 de junho: Execução das medidas de controlo de estupefacientes e psicotrópicos. Acessível em: http://www.infarmed.pt. [acedido em 12 de abril de 2018].
21. Ordem dos Farmacêuticos: Boletim do CIM: Medicamentos derivados do plasma humano. Acessível em: https://www.ordemfarmaceuticos.pt. [acedido em 13 de abril de 2014].
22. INFARMED: Despacho conjunto n.º 1051/2000, de 14 de setembro: Registo de medicamentos derivados de plasma. Acessível em: http://www.infarmed.pt. [acedido em 13 de abril de 2018].
23. INFARMED: Regimes excecionais de comparticipação. Acessível em: http://www.infarmed.pt. [acedido em 16 de abril de 2018].

24. Brou, M. H. L., Feio, J. A. L., Mesquita, E., Ribeiro, R. M. P. F., Brito, M. C. M., Cravo, C., *et al.* (2005). Capítulo III - Gestão de Medicamentos, Produtos Farmacêuticos e Dispositivos Médicos. In: *Manual da Farmácia Hospitalar*. 1.ª ed. Ministério da Saúde (Conselho Executivo da Farmácia Hospitalar), Lisboa, pp. 57-58.
25. INFARMED: Despacho n.º 13382/2012, de 4 de outubro, que determina que a prescrição de medicamentos, para dispensa em regime de ambulatório pelas farmácias hospitalares, é obrigatoriamente realizada através de sistemas de prescrição eletrónica Acessível em: http://www.infarmed.pt. [acedido em 16 de abril de 2018].
26. Diário da República Eletrónico: Portaria n.º 48/2016, D.R. n.º 57/2016, Série I de 2016-03-22, que determina que os medicamentos destinados ao tratamento de doentes com artrite reumatoide, espondilite anquilosante, artrite psoriática, artrite idiopática juvenil poliarticular e psoríase em placas beneficiem de um regime excecional de comparticipação. Acessível em: https://dre.pt. [acedido em 16 de abril de 2018].
27. INFARMED: Portaria n.º 594/2004, de 2 de junho, que aprova as boas práticas a observar na preparação de medicamentos manipulados em farmácia de oficina e hospitalar Acessível em: http://www.infarmed.pt. [acedido em 18 de abril de 2018].
28. Brou, M. H. L., Feio, J. A. L., Mesquita, E., Ribeiro, R. M. P. F., Brito, M. C. M., Cravo, C., *et al.* (2005). Capítulo III - Gestão de Medicamentos, Produtos Farmacêuticos e Dispositivos Médicos. In: *Manual da Farmácia Hospitalar*. 1.ª ed. Ministério da Saúde (Conselho Executivo da Farmácia Hospitalar), Lisboa, p. 46.
29. Brou, M. H. L., Feio, J. A. L., Mesquita, E., Ribeiro, R. M. P. F., Brito, M. C. M., Cravo, C., *et al.* (2005). Capítulo III - Gestão de Medicamentos, Produtos Farmacêuticos e Dispositivos Médicos. In: *Manual da Farmácia Hospitalar*. 1.ª ed. Ministério da Saúde (Conselho Executivo da Farmácia Hospitalar), Lisboa, p. 62.
30. INFARMED: Farmacovigilância. Acessível em: http://www.infarmed.pt. [acedido em 23 de abril de 2018].
31. Brou, M. H. L., Feio, J. A. L., Mesquita, E., Ribeiro, R. M. P. F., Brito, M. C. M., Cravo, C., *et al.* (2005). Capítulo III - Gestão de Medicamentos, Produtos Farmacêuticos e Dispositivos Médicos. In: *Manual da Farmácia Hospitalar*. 1.ª ed. Ministério da Saúde (Conselho Executivo da Farmácia Hospitalar), Lisboa, pp. 62-63.
32. INFARMED: Lei n.º 21/2014, de 16 de abril, que aprova a lei da investigação clínica; alterada pela Lei n.º 73/2015, de 27 de julho, que aprova a lei da investigação clínica, no sentido de fixar as condições em que os monitores, auditores e inspetores podem aceder ao registo dos participantes em estudos clínicos Acessível em: http://www.infarmed.pt. [acedido em 26 de abril de 2018].
33. Hospital Distrital de Santarém, E. P. E. (2013). *Regulamento da Comissão de Ética para a Saúde do Hospital de Santarém*. Santarém: Hospital Distrital de Santarém, E.P.E.

34. Direção-Geral da Saúde: PORTUGAL: Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos em números – 2014. Acessível em: https://www.dgs.pt. [acedido em 27 de abril de 2018].
35. Hospital Distrital de Santarém, E. P. E. (2011). *Regulamento Interno da Comissão de Controlo de Infeção*. Santarém: Hospital Distrital de Santarém, E.P.E.

Anexos

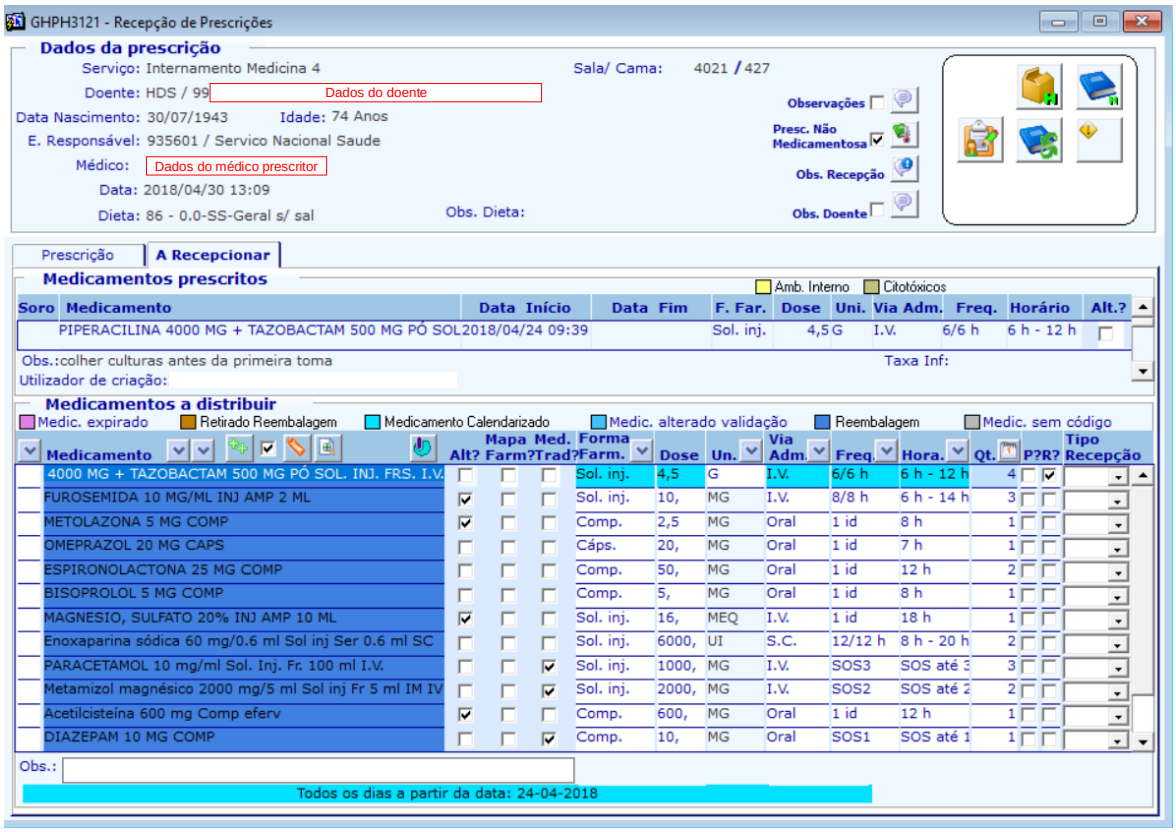
Anexo I – Planta dos Serviços Farmacêuticos do Hospital Distrital de Santarém, E.P.E.



Anexo II – Planta da Unidade de Preparação Centralizada de Citotóxicos



Anexo III – Exemplo de prescrição médica informatizada



Anexo IV – Medicamentos Estupefacientes e Psicotrópicos: Anexo X (modelo n.º 1509 da Imprensa Nacional-Casa da Moeda)

ANEXO X[5]

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

Serviços Farmacêuticos do

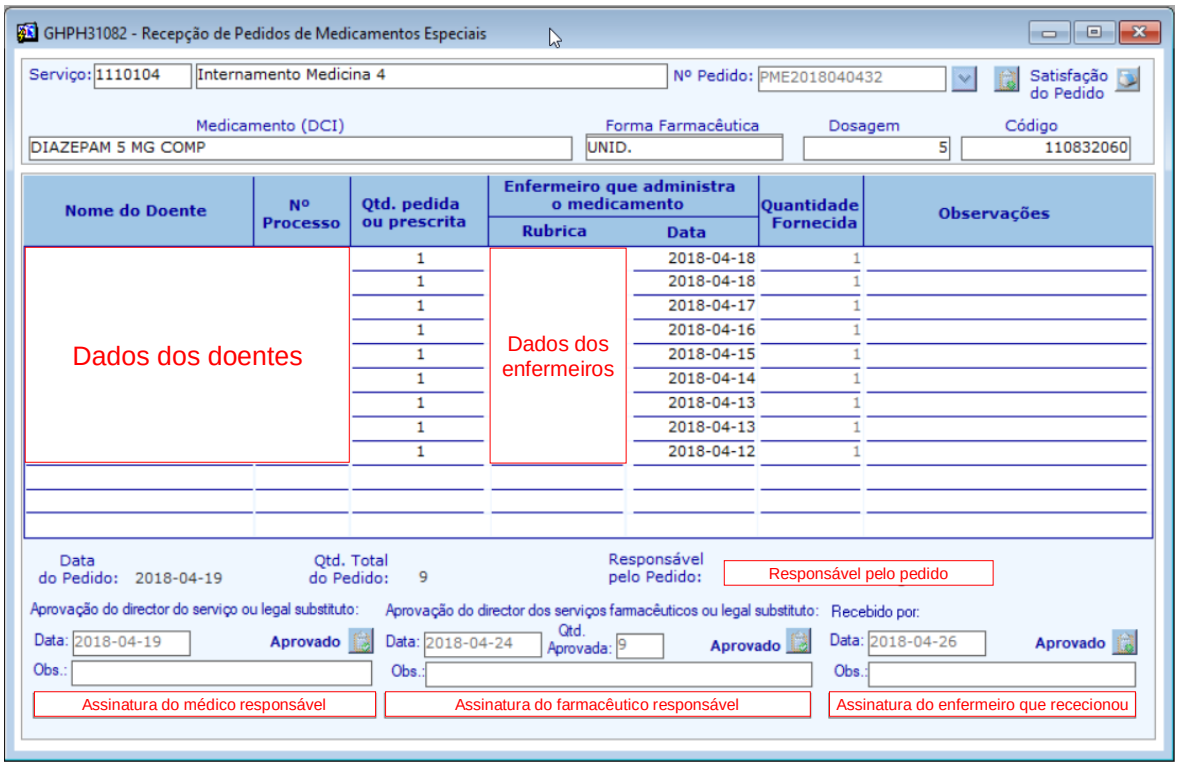
Código
SERVIÇO
SALA ☐

Medicamento (D.C.I.)	Forma Farmacêutica	Dosagem	Código

Nome do Doente	Cama/ Processo	Quantidade Pedida Ou Prescrita	Enfermeiro que administra o Medicamento		Quantidade Fornecida	Observações
			Rubrica	Data		
		Total			Total	

Assinatura legível do director de serviço ou legal substituo Data ___/___/___ N.º Mec. _____	Assinatura legível do director do serviço farmacêutico ou legal substituto. Data ___/___/___ N.º Mec. _____	Entregue por (ass. Legível) _____ N.º Mec. _____ Data ___/___/___ Recebido por (ass. Legível)_____ N.º Mec. _____ Data ___/___/___

Anexo V – Medicamentos Estupefacientes e Psicotrópicos: Anexo X informatizado



GHPH31082 - Recepção de Pedidos de Medicamentos Especiais

Serviço: 1110104 Internamento Medicina 4 — Nº Pedido: PME2018040432 — Satisfação do Pedido

Medicamento (DCI)	Forma Farmacêutica	Dosagem	Código
DIAZEPAM 5 MG COMP	UNID.	5	110832060

Nome do Doente	Nº Processo	Qtd. pedida ou prescrita	Enfermeiro que administra o medicamento		Quantidade Fornecida	Observações
			Rubrica	Data		
Dados dos doentes		1	Dados dos enfermeiros	2018-04-18	1	
		1		2018-04-18	1	
		1		2018-04-17	1	
		1		2018-04-16	1	
		1		2018-04-15	1	
		1		2018-04-14	1	
		1		2018-04-13	1	
		1		2018-04-13	1	
		1		2018-04-12	1	

Data do Pedido: 2018-04-19 — Qtd. Total do Pedido: 9 — Responsável pelo Pedido: Responsável pelo pedido

Aprovação do director do serviço ou legal substituto: Data: 2018-04-19 Aprovado — Obs.:

Assinatura do médico responsável

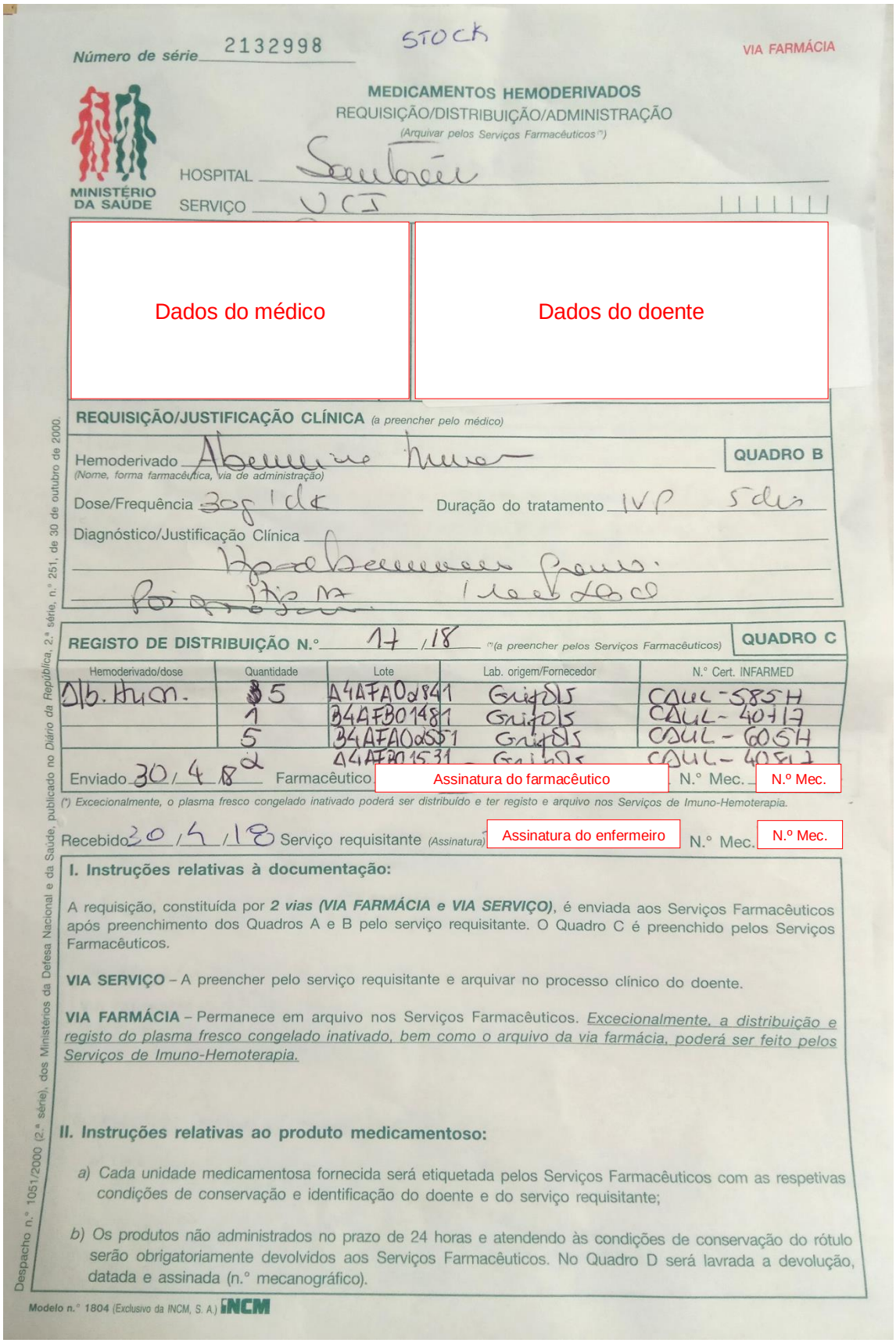
Aprovação do director dos serviços farmacêuticos ou legal substituto: Data: 2018-04-24 Qtd. Aprovada: 9 Aprovado — Obs.:

Assinatura do farmacêutico responsável

Recebido por: Data: 2018-04-26 Aprovado — Obs.:

Assinatura do enfermeiro que rececionou

Anexo VI – Hemoderivados: Impresso para requisição (modelo n.º 1804 da Imprensa Nacional-Casa da Moeda)



Número de série 2132998 STOCK

VIA FARMÁCIA

MINISTÉRIO DA SAÚDE

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

HOSPITAL Santarém
SERVIÇO UCI

Dados do médico

Dados do doente

REQUISIÇÃO/JUSTIFICAÇÃO CLÍNICA (a preencher pelo médico)

Hemoderivado Albumina humana — **QUADRO B**
(Nome, forma farmacêutica, via de administração)

Dose/Frequência 30g 1dd Duração do tratamento IVP 5dias

Diagnóstico/Justificação Clínica Hipoalbuminemia grave.
Por hipoxia na intubação

REGISTO DE DISTRIBUIÇÃO N.º 17/18 (*)(a preencher pelos Serviços Farmacêuticos) — **QUADRO C**

Hemoderivado/dose	Quantidade	Lote	Lab. origem/Fornecedor	N.º Cert. INFARMED
Alb. Hum.	5	A4AFA0d841	Grifols	CAUL-585H
	1	B4AFB01481	Grifols	CAUL-4017
	5	B4AFA0d551	Grifols	CAUL-605H
		A4AFB01531	Grifols	CAUL-4051

Enviado 30/4/18 Farmacêutico Assinatura do farmacêutico N.º Mec. N.º Mec.

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

Recebido 30/4/18 Serviço requisitante (Assinatura) Assinatura do enfermeiro N.º Mec. 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. *Excecionalmente, 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:

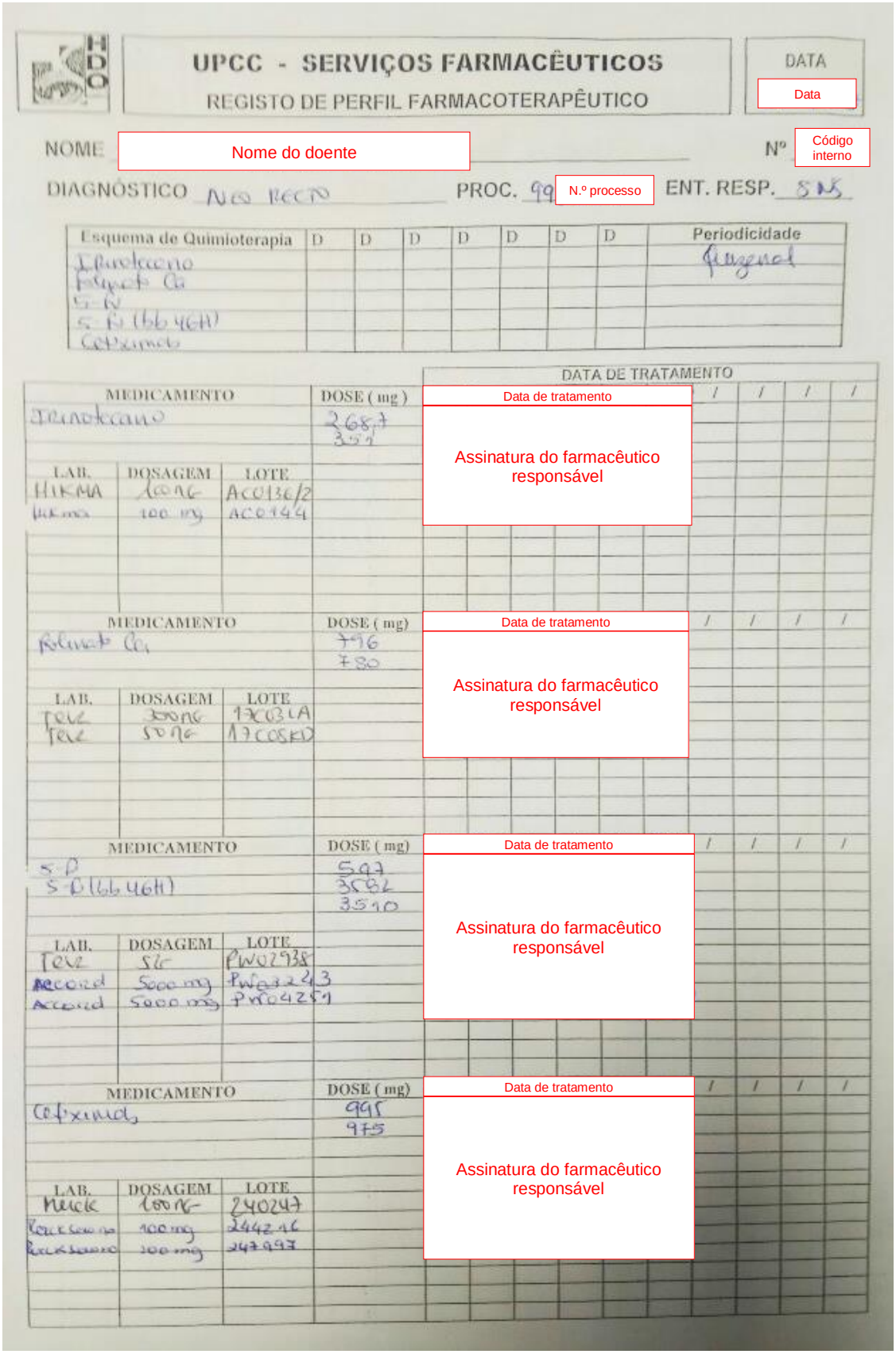
a) Cada unidade medicamentosa fornecida será etiquetada pelos Serviços Farmacêuticos com as respetivas condições de conservação e identificação do doente e do serviço requisitante;

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.

Modelo n.º 1804 (Exclusivo da INCM, S. A.) INCM

Anexo VII – Preparação de Citotóxicos: Registo de Perfil Farmacoterapêutico



UPCC - SERVIÇOS FARMACÊUTICOS

REGISTO DE PERFIL FARMACOTERAPÊUTICO

DATA: Data

NOME: Nome do doente

Nº: Código interno

DIAGNÓSTICO: Neo Recto

PROC. 99: N.º processo

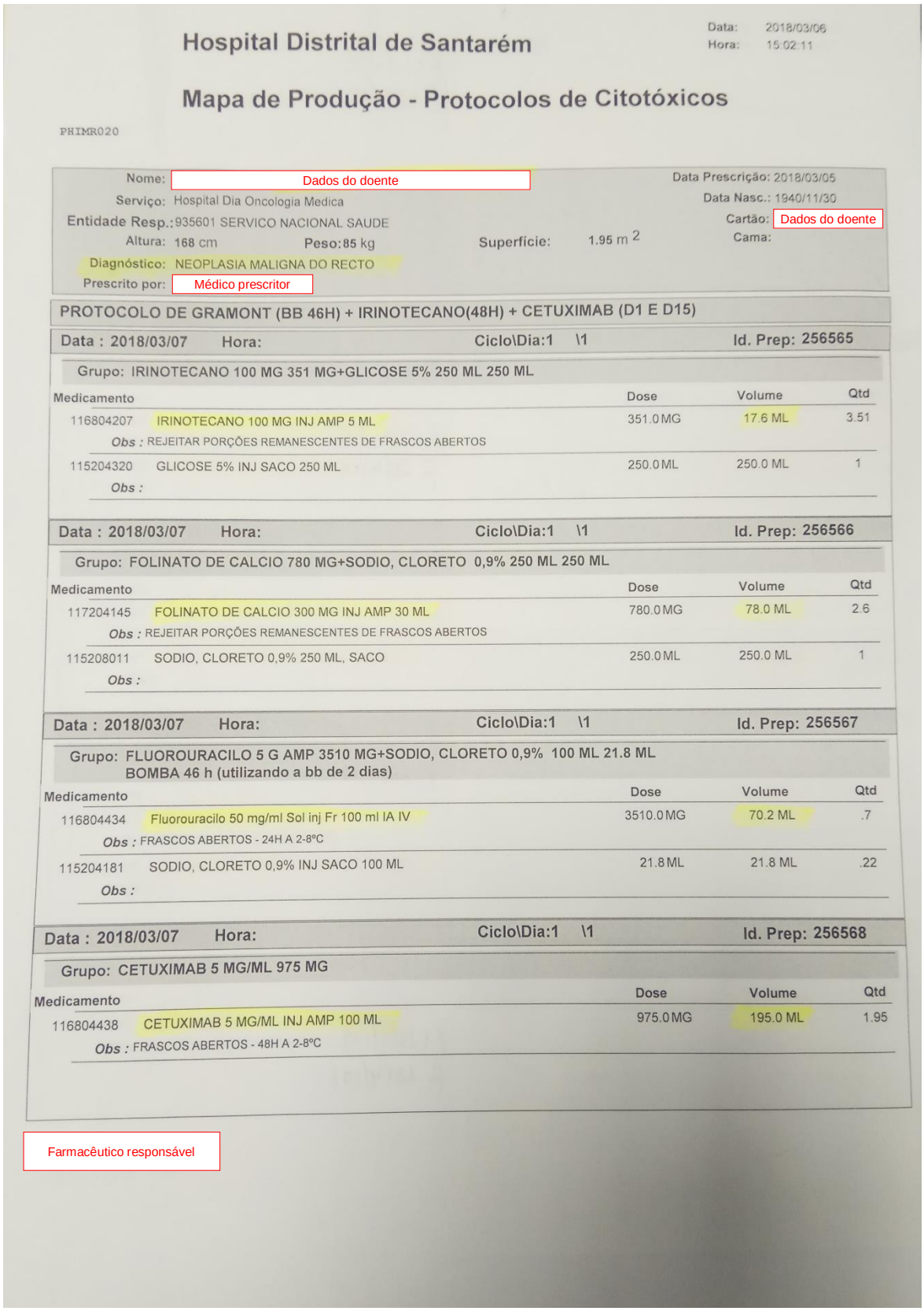
ENT. RESP. SNS

Esquema de Quimioterapia	D	D	D	D	D	D	D	Periodicidade
5-Fluoracilo								Semanal
Folinato Cálcio								
5-FU								
5-FU (bb 46H)								
Cetuximab								

DATA DE TRATAMENTO

MEDICAMENTO	DOSE (mg)	LAB.	DOSAGEM	LOTE	Data de tratamento	/	/	/	/
5-Fluoracilo	268,7 329	HIKMA HIKMA	1000 MG 100 MG	ACC136/2 ACC144	Assinatura do farmacêutico responsável				
Folinato Cálcio	796 780	TEVA TEVA	350 MG 50 MG	17C03LA 17C05K0	Assinatura do farmacêutico responsável				
5-FU 5-FU (bb 46H)	597 3582 3590	TEVA ACCORD ACCORD	5G 5000 mg 5000 mg	PW02938 PW02243 PW04251	Assinatura do farmacêutico responsável				
Cetuximab	995 975	MERCK MERCK SERONO MERCK SERONO	100 MG 100 mg 100 mg	240247 2442 16 247997	Assinatura do farmacêutico responsável				

Anexo VIII – Preparação de Citotóxicos: Mapa de Produção



Hospital Distrital de Santarém

Data: 2018/03/06
Hora: 15:02:11

Mapa de Produção - Protocolos de Citotóxicos

PHIMR020

Nome: Dados do doente
Serviço: Hospital Dia Oncologia Medica
Entidade Resp.: 935601 SERVICO NACIONAL SAUDE
Altura: 168 cm Peso: 85 kg Superfície: 1.95 m 2
Diagnóstico: NEOPLASIA MALIGNA DO RECTO
Prescrito por: Médico prescritor

Data Prescrição: 2018/03/05
Data Nasc.: 1940/11/30
Cartão: Dados do doente
Cama:

PROTOCOLO DE GRAMONT (BB 46H) + IRINOTECANO(48H) + CETUXIMAB (D1 E D15)

Data : 2018/03/07 Hora: Ciclo\Dia:1 \1 Id. Prep: 256565

Grupo: IRINOTECANO 100 MG 351 MG+GLICOSE 5% 250 ML 250 ML

Medicamento		Dose	Volume	Qtd
116804207	IRINOTECANO 100 MG INJ AMP 5 ML	351.0 MG	17.6 ML	3.51
	Obs : REJEITAR PORÇÕES REMANESCENTES DE FRASCOS ABERTOS			
115204320	GLICOSE 5% INJ SACO 250 ML	250.0 ML	250.0 ML	1
	Obs :			

Data : 2018/03/07 Hora: Ciclo\Dia:1 \1 Id. Prep: 256566

Grupo: FOLINATO DE CALCIO 780 MG+SODIO, CLORETO 0,9% 250 ML 250 ML

Medicamento		Dose	Volume	Qtd
117204145	FOLINATO DE CALCIO 300 MG INJ AMP 30 ML	780.0 MG	78.0 ML	2.6
	Obs : REJEITAR PORÇÕES REMANESCENTES DE FRASCOS ABERTOS			
115208011	SODIO, CLORETO 0,9% 250 ML, SACO	250.0 ML	250.0 ML	1
	Obs :			

Data : 2018/03/07 Hora: Ciclo\Dia:1 \1 Id. Prep: 256567

Grupo: FLUOROURACILO 5 G AMP 3510 MG+SODIO, CLORETO 0,9% 100 ML 21.8 ML
BOMBA 46 h (utilizando a bb de 2 dias)

Medicamento		Dose	Volume	Qtd
116804434	Fluorouracilo 50 mg/ml Sol inj Fr 100 ml IA IV	3510.0 MG	70.2 ML	.7
	Obs : FRASCOS ABERTOS - 24H A 2-8ºC			
115204181	SODIO, CLORETO 0,9% INJ SACO 100 ML	21.8 ML	21.8 ML	.22
	Obs :			

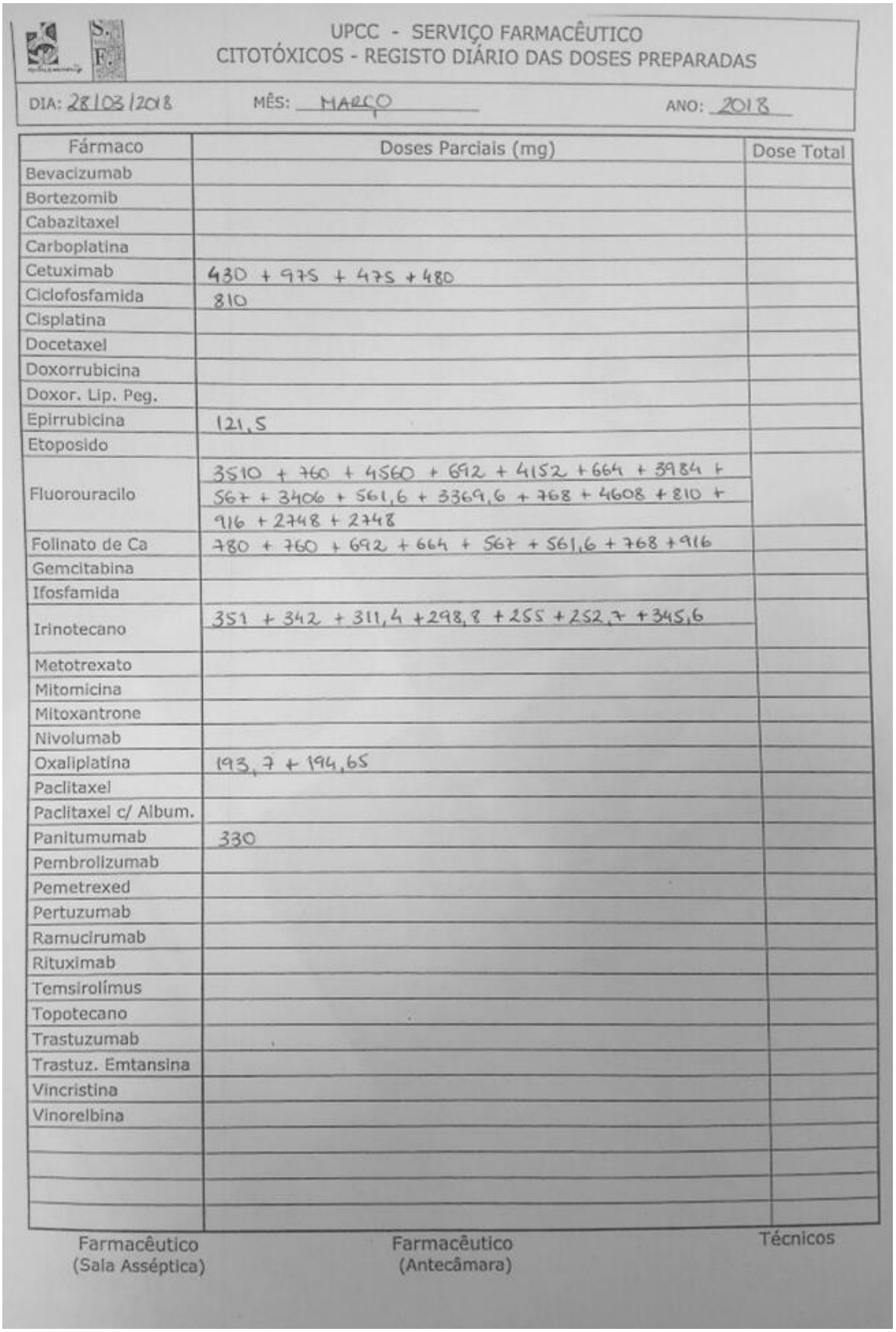
Data : 2018/03/07 Hora: Ciclo\Dia:1 \1 Id. Prep: 256568

Grupo: CETUXIMAB 5 MG/ML 975 MG

Medicamento		Dose	Volume	Qtd
116804438	CETUXIMAB 5 MG/ML INJ AMP 100 ML	975.0 MG	195.0 ML	1.95
	Obs : FRASCOS ABERTOS - 48H A 2-8ºC			

Farmacêutico responsável

Anexo IX – Preparação de Citotóxicos: Registo Diário das Doses Preparadas



UPCC - SERVIÇO FARMACÊUTICO
CITOTÓXICOS - REGISTO DIÁRIO DAS DOSES PREPARADAS

DIA: 28/03/2018 MÊS: MARÇO ANO: 2018

Fármaco	Doses Parciais (mg)	Dose Total
Bevacizumab		
Bortezomib		
Cabazitaxel		
Carboplatina		
Cetuximab	430 + 975 + 475 + 480	
Ciclofosfamida	810	
Cisplatina		
Docetaxel		
Doxorrubicina		
Doxor. Lip. Peg.		
Epirrubicina	121,5	
Etoposido		
Fluorouracilo	3510 + 760 + 4560 + 692 + 4152 + 664 + 3984 + 567 + 3406 + 561,6 + 3369,6 + 768 + 4608 + 810 + 916 + 2748 + 2748	
Folinato de Ca	780 + 760 + 692 + 664 + 567 + 561,6 + 768 + 916	
Gemcitabina		
Ifosfamida		
Irinotecano	351 + 342 + 311,4 + 298,8 + 255 + 252,7 + 345,6	
Metotrexato		
Mitomicina		
Mitoxantrone		
Nivolumab		
Oxaliplatina	193,7 + 194,65	
Paclitaxel		
Paclitaxel c/ Album.		
Panitumumab	330	
Pembrolizumab		
Pemetrexed		
Pertuzumab		
Ramucirumab		
Rituximab		
Temsirolimus		
Topotecano		
Trastuzumab		
Trastuz. Emtansina		
Vincristina		
Vinorelbina		

Farmacêutico (Sala Asséptica) Farmacêutico (Antecâmara) Técnicos

Anexo X – Informação sobre medicamentos: Resposta ao Pedido de Consulta Externa

Serviços Farmacêuticos

Pedido de Informação sobre os Medicamentos

Nº N.º resposta

Serviço: Diagnóstico Pré-Natal **Data:** 08/03/2018 **Nº Processo clínico:** 99 N.º processo
Hora:
Nome: Nome do doente
Data Nascimento: 30/04/1978 **Diagnóstico:**

Carácter de Urgência: ☐ **Elevado** ☐ **Médio** **Próxima Consulta:** 10/04/2018

Observações/História Clínica do doente:

Mulher, 40 anos, grávida de 11 semanas.

Medicação:
1-Fluoxetina 20 mg/dia
2-Inderal 10 mg/dia
3-Quetiapina 50 mg/dia
4-Valdispert 3 comp/dia

Pergunta efetuada aos Serviços Farmacêuticos:

Requerente: Nome do médico requerente

Efeitos da medicação sobre o embrião/feto/RN.

Resposta:

1. Fluoxetina:
Gravidez
Alguns estudos epidemiológicos sugerem um risco aumentado de malformações cardiovasculares associadas ao uso de fluoxetina durante o primeiro trimestre de gravidez. O mecanismo é ainda desconhecido. No seu conjunto, os dados indicam que o risco de um recém-nascido apresentar malformações cardiovasculares na sequência da exposição materna à fluoxetina é de 2/100, enquanto a taxa esperada para estas malformações é de aproximadamente 1/100 na população geral.

Dados epidemiológicos têm sugerido que a utilização de ISRS na gravidez, particularmente na fase final da gravidez, pode aumentar o risco de hipertensão pulmonar persistente no recém-nascido (HPPN). O risco observado foi aproximadamente de 5 casos em 1.000 gravidezes. Na população geral, ocorrem 1 a 2 casos de HPPN no recém-nascido em 1.000 gravidezes.

A fluoxetina não deve ser utilizada durante a gravidez a não ser que a situação clínica da mulher requeira tratamento com fluoxetina e justifique o risco potencial para o feto. A descontinuação abrupta da terapêutica deve ser evitada durante a gravidez. Se fluoxetina for utilizada durante a gravidez, deve ter-se cuidado, especialmente durante o final da gravidez ou imediatamente antes do início do trabalho de parto, visto terem sido notificados outros efeitos em recém-nascidos: irritabilidade, tremor, hipotonia, choro persistente, dificuldade de sucção e em dormir. Estes sintomas podem indicar tanto efeitos serotoninérgicos como síndrome de abstinência. O intervalo de tempo

1

Serviços Farmacêuticos

Pedido de Informação sobre os Medicamentos

Nº N.º resposta

para a ocorrência e a duração destes sintomas pode estar relacionado com a longa semivida da fluoxetina (4-6 dias) e do seu metabolito ativo, norfluoxetina (4-16 dias).

Segundo a FDA, a Fluoxetina tem um fator de risco C_M.

2. Inderal:

Gravidez

Tal como acontece com outros fármacos, Inderal não deve ser administrado durante a gravidez a menos que o seu uso seja essencial. Não existem provas de teratogenicidade com Inderal. No entanto, os beta bloqueantes reduzem a perfusão placentária, que pode resultar em morte fetal intra-uterina e partos imaturos e prematuros. Para além disso, podem ocorrer efeitos adversos (principalmente hipoglicemia e bradicardia no recém-nascido e bradicardia no feto). Existe um risco aumentado de complicações cardíacas e pulmonares no recém-nascido durante o período pós-natal.

Segundo a FDA, o Inderal tem um fator de risco C_M (D se usado no 2º e 3º trimestres).

3. Quetiapina:

Gravidez: Primeiro trimestre

A quantidade moderada de dados publicados de exposição durante a gravidez (ou seja, entre 300-1.000 resultados de gravidez), incluindo notificações individuais e alguns estudos observacionais não sugere um risco acrescido de malformações devido ao tratamento. No entanto, com base em todos os dados disponíveis, não pode retirar-se uma conclusão definitiva. Os estudos em animais demonstraram toxicidade reprodutiva. Assim, a quetiapina deve apenas ser utilizada durante a gravidez se os benefícios justificarem os potenciais riscos.

Gravidez: Terceiro trimestre

Os recém-nascidos expostos a antipsicóticos (incluindo quetiapina) durante o terceiro trimestre de gravidez estão em risco de ocorrência de reações adversas após o parto, incluindo sintomas extrapiramidais e/ou de abstinência, que podem variar em intensidade e duração. Foram notificados casos de agitação, hipertonia, hipotonia, tremor, sonolência, dificuldade respiratória ou perturbações da alimentação. Consequentemente, os recém-nascidos devem ser monitorizados cuidadosamente.

Segundo a FDA, a Quetiapina tem um fator de risco C_M.

4. Valdispert:

Gravidez

A quantidade de dados sobre a utilização de valeriana em mulheres grávidas é limitada ou inexistente. Os estudos em animais são insuficientes no que respeita à toxicidade reprodutiva. Valdispert 125 mg não é recomendado durante a gravidez e em mulheres com potencial para engravidar que não utilizam contraceção.

Segundo a FDA, o Valdispert tem um fator de risco C.

2

Serviços Farmacêuticos

Pedido de Informação sobre os Medicamentos

Nº N.º resposta

Bibliografia Consultada:

- Fluoxetina - Resumo das Características do Medicamento de Prozac®, Aprovado pelo INFARMED a 17/03/2016, Página 11, consultado a 27/03/2018.
- Inderal - Resumo das Características do Medicamento de Inderal®, Aprovado pelo INFARMED a 29/09/2017, Página 7, consultado a 27/03/2018.
- Quetiapina - Resumo das Características do Medicamento de Alzen SR®, Aprovado pelo INFARMED a 01/09/2016, Páginas 11, 12, 27 e 28, consultado a 27/03/2018.
- Valdispert - Resumo das Características do Medicamento de Valdispert® 125 mg, Aprovado pelo INFARMED a 14/01/2013, Páginas 3 e 4, consultado a 27/03/2018.
- FDA - Categorias com os fatores de risco.

3

Prontuário Terapêutico

Fármaco	Observações	Trimestre	Fator de Risco
Fluoxetina	Num estudo de coorte prospetivo, não foi encontrado aumento do risco; em estudos animais mostrou poder produzir alterações talvez permanentemente no cérebro.		C_M
Propranolol (Inderal)	Tem sido associado a atraso do crescimento intrauterino, bradicardia e hipoglicemia neonatais; o risco é maior na hipertensão grave. Deve ser suspenso 1 a 2 semanas antes do parto.	2º e 3º	C_M (D se usado no 2º e 3º trimestres)
Quetiapina	Usar apenas se o benefício potencial for superior aos riscos.	3º	C_M
Valeriana (Valdispert)	Não se sabe se é perigosa.		C

As listas que se seguem incluem fármacos que podem ter efeitos nocivos na gravidez e indicam o trimestre e o fator de risco, de acordo com os critérios definidos pela *Food and Drug Administration*. São baseados em dados humanos, mas a informação recolhida em animais é, por vezes, utilizada quando não existe outra mais pertinente. As definições usadas para os fatores de risco são as seguintes:

- **Categoria A** - sem risco fetal; seguro para utilizar na grávida;
- **Categoria B** - ausência de risco fetal demonstrada em experimentação animal ou em estudos humanos;
- **Categoria C** - risco fetal desconhecido, por falta de estudos alargados;
- **Categoria D** - evidência fetal em animais, mas a necessidade pode justificar o risco;
- **Categoria X** - nocivo para o feto; o risco ultrapassa o benefício e, portanto, está contraindicado na gravidez.
- **índice M** - classificação com base em informação do fabricante / titular da Autorização de Introdução no Mercado.

(**acedido em 27-03-2018**)

RELATÓRIO DE ESTÁGIO
2017-18

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