



RELATÓRIO DE ESTÁGIO

REALIZADO NO ÂMBITO DO MESTRADO INTEGRADO
EM CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS

Farmácia das Guardadeiras

Daniela Patrícia Cardoso Gomes

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

Relatório de Estágio Profissionalizante



Farmácia das Guardas

fevereiro de 2018 a julho de 2018

Daniela Patrícia Cardoso Gomes

Orientador: Dr. Telmo Azevedo

Tutor FFUP: Prof. Doutora Maria da Glória Correia da Silva Queiroz

agosto 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 referência. Tenho consciência de que a prática de plágio e autoplágio constitui um ilícito académico.

Faculdade de Farmácia da Universidade do Porto, 31 de agosto de 2018

Daniela Patrícia Cardoso Gomes

Agradecimentos

Começo por agradecer à Faculdade de Farmácia da UP. Foi a minha segunda casa durante 5 anos e estou certa de que se fosse hoje voltaria a escolher esta instituição para a minha formação. Agradeço também à Comissão de Estágios da FFUP especialmente à Prof. Doutora Glória Queiroz pela orientação, disponibilidade e ajuda prestada a longo do estágio.

Um obrigada gigante aos amigos que fiz ao longo do meu percurso académico, por tornarem os meus dias mais felizes e por me acompanharem ao longo da minha caminhada enquanto estudante universitária.

Um muito obrigado a toda a equipa da Farmácia das Guardadeiras, nomeadamente ao Telmo, Hugo, Laura e à Filipa por toda a disponibilidade, empenho e orientação que me deram durante estes 6 meses e pela forma acolhedora com que me receberam. Tiveram paciência infinita para mim.

Um agradecimento especial ao Pedro. Fizeste-me escolher este curso depois de uma conversa ao almoço (mesmo não tendo a noção da importância que aquela conversa teria para o meu futuro). Reúnes em ti todas as qualidades que qualquer farmacêutico deve ter, e que especialmente eu quero ter.

Obrigado à família Catarino e ao Rui por toda a ajuda ao longo destes anos e por me receberem em sua casa como se da minha se tratasse, em especial à Raquel e à Vânia por toda a ajuda e carinho ao longo de todos estes anos e por serem as irmãs que não tenho.

Um enorme obrigado ao Bruno. Por me ouvires todos os dias, pelos sábios conselhos, por toda a ajuda, acima de tudo por estares sempre lá para mim.

Por fim, mas não menos importante, aos meus pais e à minha avó. Agradeço-vos do fundo do coração por me apoiarem sempre, por acreditarem em mim e por todos os sacrifícios que fizeram para que este dia chegasse. Por todas as velinhas acesas, por todos os “Vai correr bem, vais ver!”. Sem vocês isto não seria possível por isso este relatório é dedicado a vocês. Adoro-vos!

Vai correr bem, vais ver!

Avó Mélia

Resumo

No decorrer da Unidade Curricular Estágio, o estudante do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas depara-se com o desafio ideal para colocar em prática todos os conhecimentos adquiridos durante o curso. Simultaneamente, adquirem-se novas competências humanas e pedagógicas resultantes das diferentes experiências com que o estudante se depara no decorrer do estágio. Na atualidade, os farmacêuticos assumem cada vez mais o papel de gestores. De facto, a farmácia comunitária não deixa de ser uma atividade comercial e, como tal, tem de ser financeiramente sustentável.

Na primeira parte do relatório é realçada a importância do farmacêutico no controlo e gestão da atividade farmacêutica e os vários aspetos onde este pode intervir. Aborda-se também os diversos produtos que são, atualmente, disponibilizados nas farmácias, bem como a importância do farmacêutico no aconselhamento dos mesmos, de forma a evitar resultados negativos associados à medicação. Discute-se, a prestação de outros serviços como a medição de parâmetros bioquímicos ou os cuidados farmacêuticos.

Na segunda parte do relatório são abordadas diferentes temáticas. (1) Devido a todas as questões que me iam sendo colocadas sobre os medicamentos genéricos, decidi realizar um folheto informativo sobre este tema porque, apesar de estes já serem comercializados em Portugal há vários anos, senti que ainda havia pouco esclarecimento sobre quais as diferenças reais entre os mesmos e os medicamentos de referência. (2) Considerando o aumento progressivo da incidência do cancro da pele em todo o mundo, esta é uma área para a qual ainda é preciso realizar muitas campanhas de sensibilização. Para além disso, o aparecimento de cancro da pele parece estar associado a comportamentos de risco na infância ou adolescência. Nesse sentido, senti que a melhor forma de abordar este tema seria junto dos mais novos, para que comesçassem também eles a adotar um comportamento responsável face à radiação solar. (3) Por ser um assunto difícil de abordar durante um atendimento, e sentir que ainda há muitos mitos associados a este tema, decidi desenvolver um projeto sobre contraceção oral de emergência (ou “pílula do dia seguinte”). Assim, o projeto consistiu em fazer um panfleto que abordasse apenas os tópicos fundamentais sobre este tema. (4) Por considerar que os cuidados farmacêuticos terão, cada vez mais, uma maior importância para o futuro da nossa profissão, decidi realizar um manual de apoio ao doente ostomizado. O objetivo deste projeto foi, não só, disponibilizá-lo aos utentes da Farmácia das Guardieiras com ostomia, mas também utilizá-lo como suporte científico para os restantes funcionários da mesma.

O estágio na Farmácia das Guardieiras constituiu uma verdadeira oportunidade de aprendizagem profissional e pessoal, tendo adquirido conhecimentos essenciais que me permitirão a realização da atividade farmacêutica ao nível da comunidade.

Índice

Declaração de Integridade	iii
Agradecimentos	iv
Resumo	vi
Índice	vii
Lista de Abreviaturas	xi
Índice de Tabelas	xii
Índice de Figuras	xii
Parte 1 – Descrição das atividades desenvolvidas no estágio	1
1. Introdução	1
2. Farmácia das Guardedeiras	2
2.1 Localização geográfica e horário de funcionamento	2
2.2 Recursos Humanos	2
2.3 Perfil dos utentes	2
2.4 Instalações e equipamentos	3
2.4.1 Espaço exterior	3
2.4.2 Espaço interior	3
2.5 Grupo das Farmácias Portuguesas	5
2.6 Sistema Informático (SI)	5
3. Gestão em farmácia comunitária	5
3.1 Gestão de Stocks	6
3.2 Fornecedores e elaboração de encomendas	6
3.2.1 Distribuidores	6
3.2.2 Laboratórios	7
3.3 Receção e conferência de encomendas	8
3.4 Marcação de preços	9
3.5 Armazenamento de produtos e controlo de temperatura e humidade	9
3.6 Controlo dos prazos de validade	9
3.7 Devoluções	10
4. Dispensa de medicamentos e produtos farmacêuticos em farmácia comunitária	10
4.1 Medicamentos Sujeitos a receita médica	11
4.1.1 Prescrição médica	11
4.1.2 Dispensa de medicamentos sujeitos a receita médica	13
4.1.3 Medicamentos genéricos e preços de referência	14
4.1.4 Dispensa de Medicamentos estupefacientes e psicotrópicos	14
4.1.5 Sistemas de comparticipação	15

4.1.6	Conferência e entrega de receituário	16
4.2	Medicamentos não sujeitos a receita médica	17
4.3	Outros produtos de saúde	17
4.3.1	Medicamentos de uso veterinário	18
4.3.2	Dispositivos médicos	18
5.	Prestação de serviços.....	18
5.1	Determinação de parâmetros bioquímicos	19
5.2	Valormed.....	19
6.	Formação contínua	20
Parte 2 – Projetos desenvolvidos.....		21
Projeto I – Medicamentos Genéricos: de que marca é a sua saúde?		21
1.	Contextualização e motivação	21
2.	Medicamentos Genéricos	21
2.1	Sistema de Preços de Referência	22
2.2	Vantagem econômica dos Medicamentos Genéricos	22
2.3	Qualidade, Segurança e Eficácia dos Medicamentos Genéricos.....	22
3.	Atividade prática desenvolvida.....	23
3.1	Conclusão da atividade desenvolvida	24
Projeto II – Proteção Solar.....		24
1.	Contextualização e motivação	24
2.	A Pele	24
2.1	Estrutura e função	24
2.1.1	Epiderme	25
2.1.2	Derme.....	26
2.1.3	Hipoderme	26
2.2.	A pele da criança	26
2.3.	Os fotótipos da pele	27
3.	Radiação Ultravioleta.....	27
3.1	Índice Ultravioleta.....	28
4.	Efeitos da exposição solar	28
5.	Medidas de prevenção.....	29
5.1	Protetores solares	29
6.	Cuidados no pós-solar	30
7.	Atividade prática desenvolvida.....	30
7.1	Conclusão da atividade desenvolvida	30
Projeto III – Contraceção Oral de Emergência.....		30
1.	Contextualização e motivação	30

2. Contraceção oral de emergência	31
3. Atividade prática desenvolvida	32
3.1 Conclusão da atividade desenvolvida	32
Projeto IV – Apoio ao Doente Ostomizado.....	32
1. Contextualização e motivação	32
2. Ostomia	33
2.1 Ileostomia.....	33
2.2 Colostomia	33
2.3 Urostomia.....	33
3. Adaptação à Ostomia.....	34
3.1 Diarreia	34
3.2 Odor	34
3.3 Obstipação	35
4. Alimentação	35
5. Medicação	35
6. Complicações	36
7. Dispositivos e Acessórios	37
8. Qualidade de vida	37
9. Atividade prática desenvolvida.....	38
9.1 Conclusão da atividade desenvolvida	38
Bibliografia.....	39
Anexos.....	43
Anexo 1	43
Anexo 2	44
Anexo 3	50
Anexo 4	52
Anexo 5	54
Anexo 6	55
Anexo 7	55
Anexo 8	56
Anexo 9	57
Anexo 10	59
Anexo 11	66
Anexo 12	67
Anexo 13	67
Anexo 14	68
Anexo 15	69

Anexo 16	71
Anexo 17	72

Lista de Abreviaturas

AIM	Autorização de Introdução no Mercado
ANF	Associação Nacional de Farmácias
AUP	Acetato de Ulipristal
CF	Cuidados Farmacêuticos
CNP	Código Nacional do Produto
COE	Contraceção Oral de Emergência
DCI	Denominação Comum Internacional
DGS	Direção Geral de Saúde
DIU	Dispositivo Intrauterino
DNA	Ácido Desoxirribonucleico
DOPA	Dihidroxifenilalanina
DT	Diretor Técnico
FEFO	<i>First Expired First Out</i>
FF	Forma Farmacêutica
FG	Farmácia das Guardieiras
FIFO	<i>First In First Out</i>
IUV	Índice Ultravioleta
IV	Infravermelha
IVA	Imposto sobre Valor Acrescentado
LNG	Levonorgestrel
MEP	Medicamentos Estupefacientes e Psicotrópicos
MG	Medicamentos Genéricos
MNSRM	Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica
MSRM	Medicamentos Sujeitos a Receita Médica
ND	Nota de Devolução
OMS	Organização Mundial de Saúde
PIC	Preço Inserido na Cartonagem
PR	Preço de Referência
PV	Prazo de Validade
PVF	Preço de Venda à Farmácia
PVP	Preço de Venda ao Público
SA	Substância Ativa
SAMS	Serviços de Assistência Médico-Social
SI	Sistema Informático
SNC	Sistema Nervoso Central
SNS	Sistema Nacional de Saúde
SPF	Fator de Proteção Solar
SPR	Sistema de Preços de Referência
SPR	Sistema de Preços de Referência
UV	Ultravioleta

Índice de Tabelas

Tabela 1 – “Cronograma das atividades desenvolvidas no estágio na FG”	1
Tabela 2 – “Formações frequentadas durante o estágio curricular”	20
Tabela 3 – “Principais medicamentos fotossensibilizantes”	56
Tabela 4 – “Contraceção oral de emergência disponível no mercado e seus respectivos mecanismos de ação e taxa de eficácia”	68
Tabela 5 – “Alimentos que podem alterar o aspeto e a consistência dos efluentes de uma ostomia”	71

Índice de Figuras

Figura 1 – “Localização da FG (indicada pelo ponto vermelho no mapa)”	43
Figura 2 – “Espaço exterior da FG”	43
Figura 3 – “Certificado de participação na formação: “Avène - módulos I, II e III”	44
Figura 4 – “Certificado de participação na formação “Ostomia - o primeiro ano de intervenção nas farmácias”	45
Figura 5 – “Certificado de participação na formação “Psoríase. Aconselhamento e intervenção farmacêutica”	46
Figura 6 – “Certificado de participação na formação “Emagreça onde mais precisa”	47
Figura 7 – “Certificado de participação na formação “Higiene e cuidados de saúde oral: o papel do farmacêutico”	48
Figura 8 – “Certificado de participação na formação “Abordagem local ao tratamento da ferida aguda”	49
Figura 9 – “Panfleto genéricos (frente)”	50
Figura 10 – “Panfleto genéricos (verso)”	51
Figura 11 – “Questionário de Fitzpatrick”	52
Figura 12 – “Os fotótipos de pele”	54
Figura 13 – “Efeitos diretos e indiretos provocados pela radiação UV sobre o DNA”	55
Figura 14 – “Comportamentos a adotar consoante o índice UV”	55
Figura 15 – “Folheto sobre proteção solar (frente)”	57
Figura 16 – “Folheto sobre proteção solar (verso)”	58
Figura 17 – “PowerPoint apresentado na escola EB1/JI do Lidador”	59
Figura 18 – “Registo fotográfico da atividade realizada com os alunos do 4ºA da escola EB1/JI do Lidador”	66
Figura 19 – “Amostras oferecidas às crianças”	67
Figura 20 – “Exposição dos desenhos das crianças realizada no dia mundial da criança”	67
Figura 21 – “Folheto informativo sobre contraceção oral de emergência (frente)”	69
Figura 22 – “Folheto informativo sobre contraceção oral de emergência (verso)”	70
Figura 23 – “Manual de Ostomia”	72

Parte 1 – Descrição das atividades desenvolvidas no estágio

1. Introdução

A atividade profissional cada vez mais especializada e personalizada obriga a que a formação académica seja acompanhada de complementos que permitam aos estudantes perceber a realidade para a qual têm de estar preparados para servir. É neste sentido que considero o estágio curricular do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas (MICF) o ponto mais alto destes 5 anos de formação.

O meu estágio curricular em farmácia comunitária foi realizado na Farmácia das Guardadeiras (FG), em Moreira da Maia, entre o dia 1 de fevereiro de 2018 e o dia 31 de julho do mesmo ano. Como já tinha frequentado esta farmácia enquanto estagiária no plano de Estágios Extracurriculares da Associação de Estudantes desta instituição, tive a certeza que esta seria a melhor escolha. Por um lado, porque o processo de adaptação seria mais rápido, e por outro porque sabia que nela trabalhavam profissionais competentes que me orientariam da melhor forma nesta etapa de formação científica e humana.

Numa fase inicial, o horário que cumpri foi de segunda a sexta das 9h às 17:30h mas com o passar do tempo comecei a fazer também o fecho (trabalhando das 13h às 21h) ou então sábados, domingos ou feriados, conforme fosse necessário.

O presente relatório encontra-se dividido em duas partes: uma primeira em que são descritas as atividades que fazem parte do quotidiano de qualquer farmácia como a gestão, atendimento ao balcão e prestação de diversos serviços farmacêuticos. Na segunda parte encontram-se alguns temas que desenvolvi durante o estágio, com o intuito de promover a saúde da população de Moreira da Maia. O cronograma das atividades desenvolvidas encontra-se na Tabela 1.

Tabela 1: Cronograma das atividades desenvolvidas no estágio na FG.

Atividades	Fevereiro				Março				Abril				Maio				Junho				Julho			
(semana)	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Gestão em Farmácia																								
Serviços farmacêuticos																								
Atendimento ao público																								
Formações																								
Projeto I																								
Projeto II																								
Projeto III																								
Projeto IV																								

2. Farmácia das Guardadeiras

2.1 Localização geográfica e horário de funcionamento

As instalações da Farmácia das Guardadeiras (FG) podem ser encontradas no número 1936 da Rua Conselheiro Luís Magalhães, à face da EN14 (Anexo 1). A sua localização central e proximidade com diversas infraestruturas como o banco, o centro comercial Mira Maia e bombas de combustível, conferem à FG uma grande visibilidade por parte da população. Para além disso nas traseiras da mesma encontra-se uma grande zona habitacional e o Aeroporto Francisco Sá Carneiro situa-se a cerca de 6 km da mesma, o que faz com que muitas vezes haja turistas a procurarem os serviços destas instalações. Cumprindo com o disposto definido na legislação em vigor [1, 2], o horário de funcionamento semanal da FG até 30 de junho foi assegurado de segunda a sábado, de forma contínua, entre as 9h00 e as 21h (incluindo feriados), sendo que a partir do dia 1 de julho o horário de funcionamento passou a ser de segunda a domingo, também de forma contínua, entre as 9h e as 21h. O que ficou acordado entre mim e o Diretor Técnico (DT) foi que numa fase inicial efetuaria o horário das 9h às 17:30h, de segunda a sexta, com uma hora de interrupção para almoço. Caso fosse necessário faria também o horário das 13h às 21h ou das 9h às 18h ao sábado. De acordo com a escala emitida pela Associação Nacional de Farmácias (ANF) e a respetiva Administração Regional de Saúde do Norte e, em conjunto com outras farmácias da área da Maia, a FG efetua turnos de serviço permanente, para além do horário de funcionamento normal, sendo estes efetuados aproximadamente duas vezes por mês.

2.2 Recursos Humanos

A direção técnica da FG está a cargo do Dr. Telmo Azevedo, sendo que esta é gerida por este, pelo Dr. Pedro Pereira e pelo Dr. Rui Damião (sendo que estes dois são detentores da propriedade da farmácia). Adicionalmente, e cumprindo a legislação [3, 4], a equipa integra 2 farmacêuticos, a Dra. Filipa Lino e o Dr. Hugo Duarte e 2 técnicos de farmácia, a técnica Laura Santos e o técnico Fernando Pontes. Também colaboram com a farmácia profissionais de nutrição que realizam atendimentos por marcação. Esta equipa é constituída por profissionais que trabalham na FG desde a sua abertura e por outros elementos mais jovens, o que faz com que haja um equilíbrio entre a experiência dos mais velhos e inovação dos mais novos, nomeadamente em estratégias de marketing e divulgação de campanhas importantes para o desenvolvimento da farmácia.

2.3 Perfil dos utentes

A freguesia em que a FG está inserida caracteriza-se por uma grande diversidade socioeconómica, o que permite compreender o tipo de utentes que frequenta esta farmácia. Durante a semana a maioria dos utentes são aqueles que fazem medicação crónica ou os utentes que apresentam uma doença aguda, sendo que ao fim de semana ou feriados, a maioria dos utentes são clientes não habituais.

2.4 Instalações e equipamentos

A farmácia comunitária é muitas vezes a porta de entrada dos utentes no Sistema de Saúde. Assim, de modo a corresponder às expectativas da população, a FG possui instalações e equipamentos apropriados com o objetivo de garantir a segurança e qualidade dos produtos e serviços disponibilizados bem como comodidade dos utentes e colaboradores [3, 4].

2.4.1 Espaço exterior

A FG encontra-se no rés-do-chão de um prédio habitacional (figura 2). O acesso dos utentes é efetuado através de uma porta de vidro automática, que facilita o acesso por utentes com mobilidade reduzida. Na fachada da FG é possível observar um letreiro contendo o nome e logotipo da farmácia e tem ainda uma “cruz verde” à face da EN14 que sinaliza a presença destas instalações. Atendendo aos requisitos descritos nas Boas Práticas Farmacêuticas para a farmácia comunitária, as farmácias devem ter “um aspeto característico e profissional” [3]. Na vitrine que se encontra perto da entrada é divulgado o horário de funcionamento da farmácia bem como a escala de turnos de serviço de todas as farmácias da Maia. Nas janelas encontram-se ilustrações das campanhas publicitárias em vigor.

2.4.2 Espaço interior

A FG dispõe de um espaço amplo e agradável e com bastante iluminação, uma vez que a sua fachada é envidraçada e cumpre os requisitos legais [3]. Estas instalações apresentam as seguintes divisões:

Zona de atendimento ao público: esta zona compreende uma área ampla, onde estão dispostos 4 balcões agrupados dois a dois. Todos os balcões têm computador com o sistema informático (SI) utilizado e todo o material necessário para o atendimento dos utentes. Adicionalmente, em todos os balcões são colocados produtos de modo rotativo, de forma a aumentar a sua visibilidade como por exemplo *sticks* labiais. Entre cada dois balcões está visível o recipiente do Valormed (secção 5.2). Esta disposição facilita o uso deste pelos utentes. O atendimento é feito por ordem de chegada, sendo dada prioridade a grávidas, idosos, pessoas com crianças ao colo e ainda pessoas com incapacidade ou deficiência, tal como previsto na lei [5]. Atrás desta zona encontram-se expostos vários medicamentos não sujeitos a receita médica (MNSRM), nomeadamente medicamentos de venda sazonal e também alguns suplementos alimentares e produtos de higiene oral. Nos balcões de atendimento existem gavetas onde se encontram arrumados medicamentos como pílulas, sistemas transdérmicos, testes de gravidez, entre outros, de forma a permitir um acesso mais rápido aos mesmos. Perto desta área está disponível uma mesa e cadeiras para crianças que tem sempre um desenho e lápis de colorir de forma a facilitar o atendimento de quem se faz acompanhar pelas mesmas. "As farmácias devem dispor de sistema de medição e registo de temperatura e humidade, que permita monitorizar a observância das adequadas condições de conservação dos medicamentos", tal como descrito na legislação em vigor [3]. Neste sentido, na FG a temperatura e humidade são controladas

através de um termohigrómetro. Este aparelho é constituído por 3 sondas que controlam as zonas de armazenamento e o frigorífico (sendo que neste local é mantida no intervalo 2 - 8°C. O frigorífico encontra-se perto na zona de atendimento ao público e neste são armazenados os medicamentos que requisitem temperaturas de conservação mais baixas como as insulinas, alguns injetáveis e produtos oculares, entre outros.

Gabinete de boas práticas: esta divisão é usada para fazer a determinação dos parâmetros bioquímicos (glicémia, colesterol, triglicerídeos), para serem administrados injetáveis [6] e apresenta também uma balança que permite a pesagem dos bebés. Para além disto, é neste local que são feitas as consultas de nutrição e as reuniões com os delegados de informação médica.

Zona de receção de encomendas: área equipada com um computador, impressora, leitor de código de barras, impressora de etiquetas e capas de arquivo (nomeadamente para arquivo de faturas).

Laboratório e Escritório: localiza-se no piso inferior da FG e é aqui que são guardados documentos essenciais para a atividade farmacêutica: o Prontuário terapêutico e a Farmacopeia Portuguesa [3]. Este espaço está equipado para que se possa proceder à preparação de manipulados.

Áreas de armazenamento: de uma forma geral, os medicamentos são armazenados de acordo com a sua forma farmacêutica (FF) em 4 áreas distintas. A primeira corresponde a uma área perto do espaço para atendimento ao público, em que os medicamentos estão organizados por ordem alfabética ou pela denominação comum internacional (DCI) - no caso dos medicamentos genéricos (MG) - em gavetas deslizantes apropriadas para o efeito. Os medicamentos com nome comercial estão dispostos do lado esquerdo destas gavetas e os MG do lado direito. Para além disto, existe uma gaveta usada exclusivamente para os medicamentos psicotrópicos. Nas gavetas superiores são armazenados os xaropes e saquetas, e acima destas encontra-se um armário que é usado para guardar produtos de grande volume nomeadamente os sensores de glicémia e os nebulizadores. A segunda área utilizada para armazenamento corresponde a uma pequena sala que fica atrás da área de atendimento. Aqui são guardadas as pomadas, inaladores, colutórios, pastas dentífricas, medicamentos de uso vaginal, entre outros (também dispostos por ordem alfabética). A terceira área de armazenamento situa-se perto da zona de receção de encomendas. Neste espaço é guardado essencialmente o material para primeiros socorros, de higiene íntima e chás. A última área de armazenamento situa-se no piso inferior e é neste local que se guarda o excesso de medicamentos que não cabe nas gavetas supramencionadas. Nestas áreas a temperatura é mantida no intervalo de 15 - 25°C e humidade ≤60% e controladas pelo termohigrómetro.

Instalações sanitárias e vestiário dos funcionários: A FG está equipada com duas instalações sanitárias: uma no piso superior e outra no piso inferior que se destinam ao uso dos clientes e dos colaboradores, respetivamente. O vestiário dos funcionários está equipado com cacifos.

Sala de convívio: neste espaço os colaboradores dispõem de sofá, mesa para refeições, frigorífico e micro-ondas.

Durante o estágio envolvi-me ativamente em todas as atividades da farmácia o que permitiu contactar com todas estas as áreas.

2.5 Grupo das Farmácias Portuguesas

A FG pertence ao grupo de farmácias que aderiu à campanha das Farmácias Portuguesas. Este é um serviço que permite aos utentes que possuam o cartão saúde acumularem pontos por cada compra que façam nestas instalações, podendo a médio-prazo trocar estes pontos por vales de desconto ou então por produtos que estão devidamente catalogados.

2.6 Sistema Informático (SI)

Na FG o SI utilizado é o Sifarma 2000®. Este foi desenvolvido pela *Glintt* com apoio da ANF e está presente em 90% das farmácias [7]. Este sistema é fundamental para a realização de tarefas quotidianas como gestão de *stocks*, receção e gestão de encomendas, gestão e regularização de devoluções, processamento de receituário, gestão de lotes por faturar, gestão e controlo dos prazos de validade, entre outras, o que nos permite concluir que se trata de uma ferramenta extremamente útil na prática farmacêutica. Especificamente no atendimento, podemos considerar que se trata de um programa intuitivo e contém informação útil como por exemplo contraindicações, reações adversas, precauções e posologia. Assim, este *software* faz parte integrante dos Cuidados Farmacêuticos (CF).

No dia 14 de abril, a FG aderiu à nova versão do Sifarma® no entanto esta transição foi feita de forma gradual uma vez que este ainda só apresenta o módulo de atendimento.

Como comecei a fazer atendimentos logo na primeira semana, contactei desde cedo com o SI e considero que se trata de uma ferramenta muito intuitiva e fácil de utilizar.

3. Gestão em farmácia comunitária

A farmácia comunitária é um espaço onde se promove saúde, no entanto não se pode negar o facto de se tratar também de um espaço comercial que tem de ser financeiramente sustentável. Face ao contexto económico atual, gerir uma farmácia é cada vez mais desafiante. Assim, os farmacêuticos têm de assumir o papel de gestor, rentabilizando a atividade sem descuidar os valores éticos pela qual a profissão se rege. Deste modo, uma farmácia com uma gestão adequada terá a sua rentabilidade aumentada e atuará de forma apropriada face aos problemas do quotidiano. De entre as atividades de gestão destacam-se a gestão de *stocks*, fundamental para garantir medicamentos e produtos farmacêuticos nas quantidades e prazos necessários aos utentes, promoção de campanhas publicitárias, realização e receção de

encomendas, marcação de preços, realização de vendas, devoluções e quebras e ainda gestão e controlo dos prazos de validade (PV).

3.1 Gestão de Stocks

A gestão de *stocks* tem como finalidade garantir níveis de *stocks* mínimos necessários para satisfazer a necessidade dos utentes e, em simultâneo, evitar o prejuízo para a farmácia, que se pode verificar quando há excesso de *stocks* ou a rutura destes. A gestão de *stocks* dever ter em conta o perfil de utentes da farmácia, a sazonalidade dos produtos, a existência de campanhas publicitárias, entre outros. Tal como acima mencionado, o Sifarma® é uma ferramenta fundamental para esta tarefa porque permite definir a existência de um *stock* mínimo e máximo para cada produto. Permite também consultar o histórico de vendas, que nos indica se um produto está a ter maior procura que outros. Outros aspetos relevantes são a existência de eventuais bonificações e condições de pagamento e até certas normas estabelecidas pelas autoridades competentes como a necessidade de as farmácias terem "em *stock* mínimo três medicamentos de cada grupo homogéneo de entre os cinco medicamentos com preço (a cobrar ao utente) mais baixo" [8]. Na FG utiliza-se frequentemente o método do "ponto de encomenda", que permite definir o momento a que se deve realizar encomenda do produto, de forma a evitar rutura de *stock*, sendo que este momento corresponde àquele em que se atinge o *stock* mínimo.

3.2 Fornecedores e elaboração de encomendas

Na FG as encomendas são maioritariamente efetuadas aos armazenistas de distribuição grossista, no entanto, caso se justifique, os produtos são também encomendados diretamente aos laboratórios. As encomendas são realizadas ao fornecedor tendo em consideração diversos fatores, como os preços praticados e a rapidez do fornecimento.

3.2.1 Distribuidores

O principal distribuidor da FG é a *Alliance Healthcare*®, sendo que a *A. Sousa & Cª, Lda*® e a *OCP Portugal*® se destacam como fornecedores secundários. A escolha do fornecedor depende da qualidade do serviço prestado, frequência de entregas realizada e das condições comerciais acordadas. Assim, na FG há mais que um fornecedor principal, o que confere uma maior segurança relativamente ao cumprimento dos níveis de *stocks* mínimos, diminuindo a probabilidade de ocorrência de produtos esgotados. Para além disso, a FG recebe em média 5 encomendas por dia, o que permite ter um produto disponível na farmácia apenas uma ou duas horas após pedido do utente.

O Sifarma® permite efetuar três tipos de encomendas:

- Encomendas diárias: efetuadas quando se atinge o "ponto de encomenda". Nestas situações, o Sifarma® direciona automaticamente esses produtos para uma proposta de encomenda, que é então detalhadamente conferida pelo responsável da farmácia. O responsável pode ainda adicionar ou retirar produtos, alterar as quantidades, transferir para outros armazenistas de

acordo com determinadas condições comerciais, etc. No final da revisão, o responsável pode aprovar a encomenda, que é enviada ao fornecedor.

- Encomendas manuais: neste tipo de encomendas o contacto com o fornecedor é efetuado via telefone ou pelo computador. O contacto via telefone pode ser vantajoso em situações de produtos “rateados” que aparecem como indisponíveis no Sifarma®. Contrariamente às encomendas instantâneas, estas não ficam registadas no sistema informático. Assim, no momento da entrega da encomenda na farmácia, é necessário, no menu de “Gestão de Encomendas” do Sifarma®, criar uma encomenda manual, e só posteriormente fazer a respetiva receção.

- Encomendas instantâneas: realizadas no momento da dispensação farmacêutica, quando o utente pretende um produto que não está disponível na farmácia. Este tipo de encomendas pode ser realizado por telefone ou através do sistema informático e permitem escolher o fornecedor pretendido, informar o utente da disponibilidade do produto, preço e hora prevista de chegada. No caso da *Alliance Healthcare*® e da *OCP Portugal*® estas encomendas ficam registadas no Sifarma® e são geralmente entregues em caixotes individuais, com o produto e a respetiva fatura. O Projeto Via Verde do Medicamento permite um tipo de encomenda instantânea especial: este possibilita a aquisição de determinados medicamentos (Pradaxa®, Risperdal®, Symbicort®, Atrovent®, Lovenox®, Brintelix® etc.) que pode ser ativada quando a farmácia não tem *stock* do medicamento pretendido. Nestes casos, a farmácia coloca a encomenda Via Verde ao distribuidor aderente, com base numa receita médica válida. O distribuidor satisfaz o pedido com o *stock* reservado para este canal, atribuído pelo titular de Autorização de Introdução no Mercado (AIM) do medicamento [9].

Durante o estágio tive a possibilidade de realizar todos diferentes tipos de encomendas acima descritas. No entanto, devido à elevada complexidade das encomendas diárias informatizadas, numa fase inicial estas eram supervisionadas pelo DT e feitas por mim de forma esporádica.

3.2.2 Laboratórios

As encomendas feitas aos laboratórios são geralmente efetuadas via *e-mail* ou durante a reunião com delegados comerciais. Nesta última situação, o farmacêutico responsável pelas compras e o respetivo delegado estudam o histórico de vendas da farmácia e, juntos, elaboram uma nota de encomenda que deve ser conferida no momento de receção da mesma. Algumas destas encomendas têm uma periodicidade regular e incluem grandes volumes de compras com margens comerciais relevantes porque muitas vezes estão sujeitas a descontos. Na FG este tipo de encomendas é geralmente efetuado para produtos de dermocosmética e higiene corporal (*Pierre Fabre*® e *Uriage*®), suplementos alimentares (*My Pharma*®), dispositivos médicos, laboratórios de MG como por exemplo a *Generis*® ou então à *Chicco*®.

3.3 Receção e conferência de encomendas

A receção e conferência de encomendas é uma etapa fundamental para a gestão em farmácia. O primeiro passo a realizar quando uma encomenda chega às instalações da FG é assinar um documento que comprova que a mesma foi entregue pelo distribuidor. Todos os produtos chegam acondicionados em caixas de plástico (“banheiras”) ou de cartão seladas e acompanhados pela respetiva fatura, em duplicado. As faturas originais são guardadas para posterior envio para a contabilidade, e os duplicados são utilizados para a realização da conferência da encomenda. Nas faturas está sempre identificada a farmácia, o fornecedor, o número da fatura, a identificação de todos os produtos por código nacional do produto (CNP), nome comercial ou DCI, quantidade pedida e quantidade enviada, preço de venda à farmácia (PVF), preço de venda ao público (PVP) no caso de produtos com preço inserido na cartongem (PIC), imposto sobre o valor acrescentado (IVA) aplicado a cada produto, bônus e descontos e o valor faturado com e sem IVA. Os medicamentos estupefacientes e psicotrópicos (MEP) têm um controlo de stocks restrito, e neste caso é enviada a requisição dos mesmos, que é assinada pelo fornecedor e pelo farmacêutico responsável na farmácia. Para a receção de encomendas no SI é necessário selecionar qual a encomenda que pretendemos rececionar, e começar por introduzir o número da fatura e o valor total com IVA da mesma. De seguida, começam a introduzir-se os produtos recebidos através do seu CNP, ou utilizando o leitor ótico para leitura do código de barras. A ordem de receção é sempre feita tendo em conta a existência de medicamentos de frio, sendo dada prioridade aos mesmos, devido às condições de armazenamento que estes exigem. A conferência da encomenda consiste em comparar as quantidades enviadas segundo a fatura com as que realmente chegaram à farmácia, em verificar e se necessário corrigir o PVF de cada produto, assim como o PVP para produtos com PIC, em calcular o PVP de produtos sem PIC de acordo com as margens de comercialização aplicadas pela farmácia (tal como explicado na secção seguinte), e por fim verificar se o preço total da encomenda no SI corresponde ao preço final da fatura. Quando os produtos rececionados apresentam PVP diferente daquele inserido no SI é necessário verificar se existe ou não esse mesmo produto em stock. Em caso afirmativo, na FG os produtos rececionados são identificados com um elástico, de forma a fazer a distinção destes dos mais antigos que devem ser vendidos primeiro. Certificados todos os parâmetros supracitados, procede-se ao término da receção da encomenda, com transferência dos produtos não enviados/esgotados para o outro fornecedor. Caso se verifique alguma inconformidade, como embalagens danificadas, produtos faturados não enviados ou não encomendados, é realizada uma reclamação via telefónica ao fornecedor, sendo posteriormente enviado novo produto ou realizada uma nota de crédito.

A receção e conferência de encomendas foi a primeira atividade que realizei na FG, e uma das quais efetuei diariamente até ao final do estágio. É uma atividade fundamental para a perceção do stock da farmácia e para a familiarização com os medicamentos, principalmente com os seus nomes comerciais.

3.4 Marcação de preços

Todos os produtos sem PIC, que podem ser tanto MNSRM como outros produtos de saúde, apresentam um PVP definido pela farmácia. O cálculo do PVP resulta da soma do PVF, da margem de comercialização e do IVA. Por sua vez, a margem de comercialização dos MNSRM é influenciada pela competitividade do mercado e pela quantidade de vendas do produto, e pode ser tanto maior quanto menor o preço de venda do armazenista [10]. Após receção da encomenda, é realizada a etiquetagem dos produtos sem PIC, exigida por lei [11, 12]. Na FG a etiqueta é sempre colocada de modo a que não oculte informações relevantes para o utente, o PV e o lote.

Durante o estágio, e sempre que rececionei encomendas, efetuei o cálculo do PVP para produtos de venda livre e procedi à etiquetagem com o PVP definido na embalagem correspondente.

3.5 Armazenamento de produtos e controlo de temperatura e humidade

Os diferentes locais e condições para armazenamento de produtos farmacêuticos e medicamentos estão descritos na secção 2.4.2. Estes são arrumados de acordo com as regras *First Expired First Out* ou *First In First Out*, de modo a garantir uma correta gestão de *stocks* e dos PV e agilizar os atendimentos. Assim, aquando o armazenamento dos produtos existe o cuidado de colocar aqueles que apresentam PV menor à frente ou em cima, para que sejam os primeiros a ser vendidos. Na FG as encomendas diárias realizadas aos armazenistas grossistas são maioritariamente guardadas nas gavetas deslizantes existentes na zona de atendimento ao público, restituindo os *stocks* em falta como resultado das vendas diárias.

As condições de conservação de medicamentos e produtos farmacêuticos devem ser rigorosamente controladas, nomeadamente no que diz respeito à temperatura e humidade. Na FG existe um sistema de ar condicionado que, juntamente com o frigorífico (para os medicamentos em que se justifique), mantém os medicamentos de acordo com as suas exigências de conservação.

Durante todo o estágio contribui para a arrumação dos produtos, quer nas quatro zonas de armazenamento, quer na zona de atendimento ao público. Fui também responsável pela organização e estruturação dos lineares de produtos sazonais, leites e papas para bebés e produtos de higiene íntima.

3.6 Controlo dos prazos de validade

O PV de um medicamento é definido como o tempo em que as características (físicas, químicas, toxicológicas, entre outras) deste se mantêm dentro de limites especificados durante o processo de fabrico. Um dos momentos em que se efetua o controlo do PV é durante a receção de encomendas. Isto também pode ser feito através da emissão de uma “Lista de Controlo de

Prazos de Validade”, onde constam todos os produtos existentes na farmácia cujo PV termina no período definido. De seguida, é necessário recolher esses produtos e confirmar o seu PV e caso este não esteja corretamente indicado no SI, é necessário atualizar a ficha do produto. Caso seja necessário fazer a devolução de um produto, esta é efetuada como descrito de seguida, sendo o motivo de devolução o "Prazo de Validade".

Por várias ocasiões contribui para o controlo dos PV, com recurso a listagens emitidas através do SI, ou então verificando fisicamente, caixa a caixa.

3.7 Devoluções

Por vezes pode ser necessário proceder a devoluções de medicamentos e/ou outros produtos de saúde, retirando-os do *stock* de produtos disponíveis na farmácia. Isto pode acontecer quando o PV expira, quando utentes desistem da compra de medicamentos que foram especificamente encomendados, quando as embalagens dos produtos chegam às instalações danificadas, quando os produtos encomendados não correspondem aos que efetivamente foram enviados para a farmácia, quando o INFARMED emite circulares de suspensão de comercialização pelo INFARMED, quando há emissão de circulares de recolha voluntária emitida pelo detentor da AIM, entre outros. As devoluções são efetuadas com recurso a uma Nota de Devolução (ND). A criação de uma ND envolve a identificação do distribuidor, seguida da leitura ótica dos produtos a devolver. Para cada produto, é necessário indicar a quantidade que vai ser devolvida, o motivo de devolução e o número interno correspondente à fatura de origem. Após a sua criação, a ND é impressa em 3 vias, que devem ser carimbadas, datadas e assinadas, sendo que a original e duplicada são enviadas para o distribuidor e a triplicada é arquivada na farmácia a aguardar a regularização. As ND podem ser aceites ou não e a sua regularização é efetuada no menu "Regularização de Devoluções" do Sifarma 2000®. Se estas ND forem rejeitadas, o produto volta à farmácia, sendo necessário indicar no Sifarma 2000® que a devolução não foi aceite. Nesta situação é necessário indicar o número de embalagens e o motivo da não aceitação. Em seguida procede-se à quebra de *stock* do produto que é depositado no contentor de Valormed. Quando aceites, a regularização ocorre através do envio de nota de crédito.

Foram diversas as ocasiões em que realizei devoluções, sendo o motivo mais frequente a desistência de reservas de utentes. Por várias vezes realizei a regularização de devoluções, sendo que esta também foi uma das tarefas pela qual fiquei responsável.

4. Dispensa de medicamentos e produtos farmacêuticos em farmácia comunitária

A dispensa de medicamentos e produtos farmacêuticos é a última etapa do circuito do medicamento em que há intervenção de um profissional de saúde. Assim, o farmacêutico desempenha um papel fundamental no que diz respeito à transmissão da informação necessária

ao utente, para que este usufrua do tratamento na sua plenitude e de forma adequada, assegurar o uso racional da medicação e promover a adesão à terapêutica [13].

4.1 Medicamentos Sujeitos a receita médica

A legislação define medicamento como “toda a substância ou associação de substâncias apresentada como possuindo propriedades curativas ou preventivas de doenças em seres humanos ou dos seus sintomas ou que possa ser utilizada ou administrada no ser humano com vista a estabelecer um diagnóstico médico ou, exercendo uma ação farmacológica, imunológica ou metabólica, a restaurar, corrigir ou modificar funções fisiológicas” [14]. Quanto à sua forma de dispensação ao público estes podem ser divididos em Medicamentos Sujeitos a Receita Médica (MSRM) e MNSRM [14]. São considerados MSRM aqueles que [14]: “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”; “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”; “Contenham substâncias, ou preparações à base dessas substâncias, cuja atividade ou reações adversas seja indispensável aprofundar”; “Destinem-se a ser administrados por via parentérica”. Estes medicamentos são prescritos por um profissional de saúde habilitado e, nas farmácias, apenas podem ser disponibilizados após apresentação de receita médica que tem de ser validada.

4.1.1 Prescrição médica

Entende-se por receita médica o “documento através do qual são prescritos, por um médico ou médico dentista” [14]. Dependendo do tipo e da duração do tratamento, os medicamentos podem estar sujeitos a receita médica renovável, especial ou restrita [10]. A receita médica renovável é prescrita em tratamentos de longa duração ou crónicos, e permite a aquisição de medicação várias vezes sem necessidade de uma nova prescrição médica [10]. Atualmente estas prescrições têm validade de 6 meses. Todas as prescrições destinadas a tratamentos agudos apresentam uma validade de apenas 30 dias. Adicionalmente, os MEP necessitam de uma receita médica especial, assim como todos os medicamentos que possam originar abusos medicamentosos, toxicod dependência ou serem utilizados para fins ilegais [10]. Atualmente, as prescrições médicas podem ser manuais ou eletrónicas, podendo ainda no último caso serem materializadas ou desmaterializadas (sem papel) [15]. As receitas eletrónicas desmaterializadas constituem cada vez mais a grande maioria das prescrições, sendo que as manuais são cada vez menos prescritas [15]. As receitas eletrónicas desmaterializadas correspondem ao atual modelo de prescrição em vigor para o Serviço Nacional de Saúde (SNS), tendo sido a sua obrigatoriedade imposta pela legislação [16]. A prescrição é realizada em *softwares* que permitem a sua validação e registo no sistema central de prescrições, ficando a receita médica disponível em formato digital na rede [8]. Adicionalmente, os prescritores podem receitar um número ilimitado de diferentes medicamentos, com um limite de 6 (seis) embalagens para medicamentos destinados a tratamentos de longa duração e um limite de 2 (duas)

embalagens para medicamentos destinados a tratamentos de curta duração. Este tipo de receitas permite o levantamento da medicação pelos utentes de modo individual, isto é, os utentes podem ir levantando tanto o tipo de medicação como a quantidade que queiram, desde que as linhas de prescrição da receita se encontrem dentro do PV. As receitas manuais diferem das receitas eletrónicas, uma vez que estão restringidas a um limite de 4 medicamentos e 4 embalagens prescritos por receita, com um máximo de 2 embalagens prescritas por medicamento, exceto no caso dos unitários em que podem ter um máximo de 4 embalagens por receita [17]. Além disto, aquando a dispensa de medicamentos, os utentes têm de aviar toda a medicação, pois caso contrário a receita não permitirá o aviamento futuro. As receitas manuais só podem ser prescritas em situação de falência informática, inadaptação do prescriptor, prescrição no domicílio ou em casos em que o prescriptor não ultrapassa as 40 receitas mensais [17]. Não podem estar rasuradas, conter caligrafias diferentes ou estarem escritas por canetas diferentes. Todas as receitas manuais são não renováveis e por isso têm validade de 30 dias. Todas as prescrições médicas têm de ser efetuadas por DCI da substância ativa, devendo também apresentar FF, dose, dimensão da embalagem e posologia [17]. Em determinadas situações previstas por lei, é possível a prescrição por nome comercial do medicamento. Estas situações incluem medicamentos de marca sem similar ou sem MG similar participados e casos em que o prescriptor aciona exceções: exceção a) o medicamento tem margem ou índice terapêutico estreito; exceção b) há suspeita de intolerância, alergia ou reações adversas a um medicamento com a mesma substância ativa; exceção c) continuidade de um tratamento com duração estimada superior a 28 dias [17]. Nestas situações apenas é possível a dispensa do medicamento indicado pelo médico, exceto na exceção c), em que apesar da justificação, o utente pode optar por medicamentos equivalentes ao prescrito de menor preço [8]. Adicionalmente, para além da identificação do medicamento, deve sempre constar na receita a identificação do doente através do nome e número do SNS, assim como o respetivo regime de participação. Especificamente, as receitas manuais necessitam de conter a vinheta do médico prescriptor, data e assinatura e, se aplicável, vinheta do local de prescrição [8]. Sempre que não esteja indicado na prescrição o tamanho da embalagem e a dose do medicamento deverá ser dispensada a embalagem de menor dose e menor tamanho daquele medicamento [8].

Durante o estágio percebi que a questão das receitas eletrónicas ou manuais ainda era motivo de confusão. Assim, muitos não entendiam que com as receitas “novas” (eletrónicas) podiam levantar apenas um medicamento de cada vez, ou então achavam que o médico na receita já tinha definido tratar-se de um MG ou de “marca”, quando na realidade aquilo que estava discriminado era o DCI. Outro motivo de confusão é o facto de diferentes linhas de prescrição terem diferentes PV, o que levava a que muitas vezes os utentes deixassem terminar o mesmo sem levantar a medicação a tempo.

4.1.2 Dispensa de medicamentos sujeitos a receita médica

Aquando a dispensa de medicamentos sujeitos a receita médica é necessário efetuar a validação da prescrição médica. A validação consiste em verificar se todos os requisitos da prescrição médica estão cumpridos e, enquanto farmacêuticos, avaliar a medicação prescrita quanto à doença a que se destina e a possíveis interações medicamentosas. No caso de se tratar de uma receita eletrónica, tanto materializada como desmaterializada, após introdução do número da receita e do código de dispensa, são disponibilizados no SI todos os medicamentos prescritos e todas as possibilidades de escolha por parte do utente para cada medicamento, bastando selecionar qual o medicamento que o utente pretende e em que quantidade. No caso de o utente apresentar um regime de comparticipação complementar à comparticipação do SNS, este deve ser selecionado no separador “Planos” do Sifarma 2000®. Nas receitas eletrónicas materializadas é impresso no verso da receita a medicação dispensada, os dados da farmácia, o valor total com e sem comparticipação e a pessoa que levanta a medicação e assina. Nas receitas eletrónicas desmaterializadas toda esta informação é automaticamente enviada para o SNS, com exceção dos planos de comparticipação complementares, em que é impresso um talão que é assinado pela pessoa que levanta a medicação. Relativamente às receitas manuais, é necessária atenção redobrada no ato da dispensa, pois a prescrição dos medicamentos é feita manualmente. É fulcral a confirmação de que o medicamento que introduzimos no SI e que consequentemente dispensamos corresponde ao prescrito. Assim, os medicamentos a dispensar são introduzidos manualmente no SI, tal como os planos de comparticipação, incluindo os do SNS. Os planos de comparticipação especial são indicados pela letra R ou pela vinheta verde, no caso de regime de pensionista, e pela letra O, em caso de outro regime de comparticipação identificado por menção ao respetivo diploma legal. Tal como as receitas eletrónicas materializadas, também nas receitas manuais é necessária impressão no verso. Antes de terminado o atendimento, o Sifarma 2000® solicita a leitura ótica do CNP de todas as embalagens dispensadas, sendo esta uma ferramenta extremamente útil pois confirma que as embalagens que estão a ser dispensadas correspondem às que estão no SI, evitando-se assim erros de dispensa.

Apesar da obrigatoriedade da prescrição médica em receitas eletrónicas desmaterializadas, na FG é frequente o aparecimento de receitas manuais. O ato da dispensa de medicamentos está bastante facilitado com o primeiro tipo de prescrição, e não há possibilidade de cometer erros se todos os passos forem corretamente realizados no SI. No caso de prescrições manuais, a caligrafia e todos os requisitos da prescrição que necessitam de ser verificados dificultam a dispensa. Adicionalmente, todos os organismos de comparticipação existentes e os respetivos condicionalismos, assim como todos os despachos que podem ser necessários adicionar manualmente, podem facilmente ser motivo de erro na faturação e de devolução do receituário, motivo pelo qual me foram cuidadosamente explicados pelo DT.

4.1.3 Medicamentos genéricos e preços de referência

Entende-se por MG todo aquele que apresente a mesma composição qualitativa e quantitativa em substâncias ativas, a mesma FF e cuja bioequivalência com o medicamento de referência tenha sido demonstrada por estudos de biodisponibilidade adequados [18].

No caso de MG comparticipados é aplicado o sistema de preços de referência, um subsistema do sistema de comparticipação. O preço de referência para cada grupo homogéneo corresponde à “média dos 5 PVP mais baixos praticados no mercado, tendo em consideração todos os medicamentos que integram o grupo homogéneo” [19]. É sobre este valor que incide a comparticipação do Estado no preço dos medicamentos inseridos em cada grupo homogéneo, de acordo com o regime e escalão aplicável [19]. Assim, sempre que seja dispensado um medicamento com PVP superior ao preço de referência, “o utente pagará a diferença de valor entre o preço de referência e o PVP” do medicamento que adquire [19]. Deste modo, está estabelecido que a farmácia deverá ter sempre em *stock*, ou disponibilizar dentro de 12 horas aos seus utentes, 3 medicamentos com a mesma substância ativa, dose e FF dentro dos 5 medicamentos que apresentem PVP mais baixo para cada grupo homogéneo [19]. Contudo, o utente tem sempre direito de opção, podendo escolher qualquer um dos medicamentos disponíveis, independentemente do preço, caso seja sua vontade [19].

4.1.4 Dispensa de Medicamentos estupefacientes e psicotrópicos

Os MEP atuam ao nível do sistema nervoso central (SNC), afetando os processos mentais e alterando a percepção, emoções e/ou comportamentos de quem os toma [20]. Substâncias como a cocaína, heroína ou cannabis são utilizadas para a preparação de medicamentos que se destinam a uso terapêutico, no entanto estas substâncias também são conhecidas pelo seu uso abusivo, e levam a dependência física e psíquica e, por isso mesmo, estão sujeitas a uma apertada regulamentação legal [20]. Em Portugal, a utilização dos MEP é regulada pela legislação [21, 22]. A prescrição de MEP é realizada em receitas médicas especiais, indicadas pelas letras RE no caso de receita eletrónica materializada ou manual, ou pela linha LE no caso de receita eletrónica desmaterializada [8].

A validação da prescrição requer o preenchimento de um formulário relativo à identificação do utente a quem o MEP se destina (nome e morada) e do utente que levanta a medicação na farmácia (nome, morada, data de nascimento e número de identificação pessoal), assim como do médico prescritor (nome) e número da receita. É necessário a apresentação de um documento de identificação no ato da dispensa [17]. Após a dispensa, o Sifarma 2000® imprime automaticamente um comprovativo da dispensa de MEP, com registo do medicamento dispensado e quantidade, sendo que este deve ser arquivado na farmácia, por ordem de aviamento, durante 3 anos [8]. No caso de receitas manuais deve ser arquivado juntamente com o comprovativo de dispensa uma fotocópia da receita. Mensalmente, é obrigatório o envio do registo de saídas de MEP ao INFARMED, até ao dia 8 do mês seguinte, assim como uma cópia das receitas manuais contendo estes medicamentos [23].

Ao longo do estágio tive oportunidade de dispensar MEP, experienciando, assim, o elevado controlo a que este tipo de medicamentos está sujeito, nomeadamente a necessidade de proceder à identificação e registo de quem estava a adquirir a medicação.

4.1.5 Sistemas de comparticipação

A comparticipação de medicamentos é um fator importante na adesão à terapêutica e com relevância notável no controlo das doenças crónicas e o SNS baseia-se no princípio da igualdade e tem como objetivo promover a saúde da população. Neste sentido, esta entidade apresenta diferentes regimes de comparticipação, geral ou especial, que por sua vez apresentam diferentes escalões de comparticipação, definindo diferentes percentagens de comparticipação do Estado no PVP dos medicamentos. Assim, no regime geral de comparticipação existem 4 escalões: o escalão A, que corresponde a 90% de comparticipação; o escalão B, que corresponde a 69% de comparticipação; o escalão C, que corresponde a 37% de comparticipação; e o escalão D, que corresponde a 15% de comparticipação [24, 25]. Os medicamentos que integram cada escalão são divididos de acordo com a sua classificação farmacoterapêutica e, por isso, no escalão A estão incluídos os medicamentos utilizados para o tratamento de doenças crónicas ou mais incapacitantes, e no escalão D se incluem os medicamentos indicados para patologias consideradas menos graves. Relativamente ao regime especial de comparticipação do SNS, este é aplicado a situações específicas que abrangem determinadas patologias ou grupo de doentes [8]. Os beneficiários do regime especial correspondem aos pensionistas residentes em Portugal e dependendo dos seus rendimentos, favorecendo estes de uma comparticipação acrescida de 5% para o escalão A e de 15 % para os escalões B, C e D [8, 26]. Adicionalmente, a comparticipação é de 95% para todos os escalões em medicamentos com PVP igual ou inferior ao quinto preço mais baixo do grupo homogêneo em que se inserem [8]. Sempre que às receitas prescritas por médicos especialistas estejam associados despachos específicos, acrescem ainda condições especiais de comparticipação [8]. Estes despachos estão dirigidos a patologias específicas, normalmente doenças crónicas e com medicação de elevado preço, como lúpus, psoríase e doença de Alzheimer. Particularmente, todos os produtos de vigilância de diabetes são abrangidos por uma comparticipação especial pelo SNS, sendo que as tiras de teste podem ser comparticipadas até 85% do PVP e as lancetas e agulhas até 100% do PVP [27].

Adicionalmente, existem outras entidades que comparticipam medicamentos, como subsistemas de saúde ou determinadas entidades. São exemplos a Caixa Geral de Depósitos, Serviços de Assistência Médico-Social (SAMS), CTT e Seguro Multicare. O valor de comparticipação destas entidades é adicional à comparticipação do SNS e, por isso, nestes casos a comparticipação é feita por duas entidades simultaneamente.

Durante a dispensa de MSRM com prescrição médica, foram inúmeras as ocasiões em que surgiram prescrições com variadas comparticipações por diferentes entidades, principalmente SAMS e CTT.

4.1.6 Conferência e entrega de receituário

Quando cumpridas todas as regras previstas na lei, que incluem a correta dispensa da medicação de acordo com o que foi prescrito e em conformidade com os aspetos legais, é devolvido o valor das comparticipações dos medicamentos à farmácia [28]. Com o objetivo de confirmar se a dispensa de MSRM incluídos nos escalões de comparticipação foi efetuada corretamente, é realizada a conferência do receituário. As receitas eletrónicas desmaterializadas não são sujeitas a conferência, uma vez que as irregularidades são detetadas pelo SI, sendo que no caso das receitas manuais, receitas eletrónicas materializadas e talões impressos automaticamente pelo SI em caso de receitas eletrónicas desmaterializadas com comparticipações adicionais ao SNS, são diariamente verificados por quem efetuou a dispensa, que assina, data e carimba. Posteriormente, são colocados separadamente segundo os organismos de comparticipação e respetivo lote e número de receita. Quando um determinado lote (constituído por 30 receitas) está completo, é novamente verificado, sendo de seguida emitido o verbete de identificação de cada lote, que contém a identificação da farmácia, ano, mês, entidade, plano de comparticipação, número total de receitas, PVP, preço pago pelo utente e preço a pagar pela entidade. Cada verbete é anexado ao conjunto de receitas que lhe corresponde e, no final de cada mês, é emitida a “Relação de Resumo de Lotes” e uma fatura individual para cada entidade de comparticipação [28]. Todos estes documentos são assinados e carimbados na farmácia. As receitas com o respetivo verbete e documentação correspondente relativas ao SNS são enviadas para o Centro de Conferência de Faturas, enquanto que os lotes dos restantes organismos são enviados para a ANF, que funciona como intermediário de pagamento de comparticipações entre as diferentes entidades e a farmácia.

Este envio tem de ser efetuado até ao dia 8 do mês seguinte. É enviada a guia de fatura e “Relação de Resumo de Lotes” relativos à comparticipação do SNS para o Centro de Conferência de Faturas, juntamente com as receitas manuais e eletrónicas materializadas e respetivos verbetes [28]. Relativamente às restantes entidades comparticipadoras, são enviadas três vias da “Relação de Resumo de Lotes” e das faturas para a ANF. No caso das receitas eletrónicas desmaterializadas apenas é realizado o envio dos talões impressos automaticamente em caso de comparticipações adicionais ao SNS às respetivas entidades, que deve conter sempre o número de beneficiário do utente relativo ao sistema complementar de comparticipação. Caso existam erros de dispensa não detetados aquando a conferência do receituário, as receitas são devolvidas à farmácia e não é reembolsado o valor da comparticipação pelas entidades, o que representa prejuízo para a farmácia.

No final do mês de abril acompanhei e auxiliei o fecho da faturação do receituário, tendo efetuado impressão de verbetes de lotes, relação de resumo de lotes e de faturas mensais a enviar para as entidades comparticipadoras.

4.2 Medicamentos não sujeitos a receita médica

Os MNSRM destinam-se ao alívio e tratamento de queixas de saúde passageiras e sem gravidade, pressupondo-se a sua administração de forma responsável e autónoma pelo utente, com ou sem assistência e aconselhamento pelo profissional de saúde [29]. Assim é imprescindível o aconselhamento destes por profissionais de saúde que devem avaliar o doente como um todo e averiguar a existência de outras doenças ou a toma de outra medicação, bem como assegurar que aconselha outras medidas não farmacológicas que se adequem à situação. Por outro lado, é da responsabilidade do profissional de saúde promover o uso racional e responsável deste tipo de medicamentos uma vez que, por não serem sujeitos a receita médica, são muitas vezes utilizados erradamente e desnecessariamente. Nestes casos, a farmácia pode fazer o diagnóstico de transtornos menores e o aconselhamento farmacêutico de MNSRM, o que contribui para a qualidade do SNS e permite uma poupança em termos económicos.

Durante os atendimentos que efetuei foram variados os MNSRM que dispensei, principalmente analgésicos, antigripais, antitússicos e expetorantes, anti-histamínicos, suplementos vitamínicos, entre outros.

4.3 Outros produtos de saúde

Para além de medicamentos e substâncias medicamentosas, as farmácias podem também fornecer ao público medicamentos e produtos veterinários, medicamentos e produtos homeopáticos, produtos naturais, dispositivos médicos, suplementos alimentares e produtos de alimentação especial, produtos fitofarmacêuticos, produtos cosméticos e de higiene corporal, artigos de puericultura e produtos de conforto [3]. No presente relatório apenas farei referência aos que representam um maior número de vendas na FG.

Os produtos cosméticos e de higiene corporal apresentam uma elevada procura por parte dos utentes na FG, razão pela qual preenchem a maioria dos lineares na zona de atendimento ao público e são uma grande aposta da farmácia. Definem-se como “qualquer substância ou mistura destinada a ser posta em contacto com as diversas partes superficiais do corpo humano, designadamente epiderme, sistemas piloso e capilar, unhas, lábios e órgãos genitais externos, 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” [30]. Ao nível de produtos de hidratação corporal, proteção solar e tratamento de condições frequentes no rosto como acne e rosácea, destacam-se, na FG, as marcas *Uriage®* e *Avène®*. A marca *Klorane®* é a principal de produtos capilares, *Bexident®*, *Elgydium®* e *Parodontax®* são as principais marcas de higiene oral e, nos produtos de higiene íntima destaca-se a marca *Lactacyd®*.

Os suplementos alimentares são “géneros alimentícios que se destinam a complementar e/ou suplementar o regime alimentar normal e que constituem fontes concentradas de determinadas substâncias nutrientes ou outras com efeito nutricional ou fisiológico (...) que se destinam a ser tomados em unidades medidas de quantidade reduzida” [31]. Com vista a

melhorar a performance mental e a fadiga, estes produtos são muito procurados, como por exemplo o multivitamínico *Centrum®* e suplementos de magnésio, como *Magnesona®*.

4.3.1 Medicamentos de uso veterinário

De acordo com a legislação, considera-se um medicamento veterinário “toda a substância, ou associação de substâncias, apresentada como possuindo propriedades curativas ou preventivas de doenças em animais ou dos seus sintomas” [32]. Em termos de relevância no nível de vendas, há a destacar, além dos anticoncepcionais (ex: *Pilusoft®*, *Pilucat®*, *Piludog®*, *Megecat®*), os desparasitantes quer de uso interno (ex: *Paravet®*, *Drontal®*, *Tenil Vet®*), quer de uso externo (ex: *Frontline®*, *Advantix®*, *Bravecto®*).

A partir do mês de maio comecei a fazer cada vez mais vendas de produtos de uso veterinário.

4.3.2 Dispositivos médicos

Entende-se por dispositivo médico “qualquer instrumento, aparelho, equipamento, *software*, material ou artigo utilizado isoladamente ou em combinação (...) cujo principal efeito pretendido no corpo humano não seja alcançado por meios farmacológicos, imunológicos ou metabólicos (...) destinado pelo fabricante a ser utilizado em seres humanos para fins de: diagnóstico, prevenção, controlo, tratamento ou atenuação de uma doença” [33]. Os dispositivos médicos podem ser enquadrados em diferentes classes de acordo com potenciais riscos decorrentes da conceção técnica e do fabrico. Assim, existem dispositivos médicos de baixo risco (classe I), médio risco (classe IIa e IIb) e alto risco (classe III), dependendo da duração do contacto com o corpo humano, se é um dispositivo invasivo ou não invasivo, qual a anatomia afetada pela utilização e os riscos potenciais decorrentes da conceção técnica e do fabrico [33]. Na FG estão disponíveis dispositivos médicos essenciais como nebulizadores, canetas de insulina, tiras e lancetas para controlo da glicemia, seringas, compressas, pulsos e pés elásticos, sacos coletores de urina e testes de gravidez.

Devido à grande prevalência de doentes diabéticos na região, os produtos desta categoria que são mais requeridos pelos utentes da FG são lancetas e tiras para controlo da glicemia. Outros produtos com alguma procura são seringas, gazes e compressas e testes de gravidez.

5. Prestação de serviços

Além da dispensa de medicamentos, as farmácias podem prestar outros serviços farmacêuticos de promoção de saúde e do bem-estar dos utentes [4]. A FG presta aos seus utentes serviços de primeiros socorros, administração da vacina da gripe, medição de parâmetros bioquímicos e fisiológicos e campanhas de informação [6]. Adicionalmente, após marcação prévia, são disponibilizadas consultas de nutrição em espaço de atendimento privado. Atualmente, as farmácias não são meros locais de venda de medicamentos, mas sim espaços de saúde importantes reconhecidos pelos utentes [6].

5.1 Determinação de parâmetros bioquímicos

Devido à facilidade de acesso e à disponibilidade imediata, as farmácias são atualmente locais de eleição para a medição de parâmetros bioquímicos e fisiológicos. A determinação destes parâmetros é de grande importância, pois permite o seu controlo e em alguns casos pode ser um auxiliar de diagnóstico de graves patologias. Os parâmetros bioquímicos detetados na FG são a glicemia capilar, o colesterol total e triglicérideos. Relativamente aos parâmetros fisiológicos, é feita a medição da pressão arterial. A medição da glicemia é realizada por punção com lanceta e com recurso a um dispositivo automático *Glucocard MX®*. A Direção Geral de Saúde (DGS) estabelece o valor de 126mg/dl em jejum como o valor de referência para diagnóstico de diabetes, no entanto valores superiores a 110 mg/dl e a 140mg/dl em jejum e pós-prandial, respetivamente, devem ser tidos em atenção [34]. Para além de fazer a medição destes parâmetros, o farmacêutico deve sempre aconselhar medidas não farmacológicas como a prática de exercício físico, o consumo moderado de hidratos de carbono simples e a realização de diversas refeições ao longo do dia de modo a que sejam evitados picos de glicemia. A determinação do colesterol total e de triglicérideos é realizada pelo aparelho *Accutrend Plus®*. De modo semelhante à determinação da glicemia capilar, em casos de valores não correspondentes aos ideais, a menção à prática de exercício físico, assim como uma alimentação com um baixo nível de gorduras e sal e elevado consumo de fruta e vegetais deve ser sempre efetuada. Utentes com valores de colesterol total superiores a 190mg/dl e com valores de triglicérideos superiores a 150 mg/dl em jejum, repetidamente, devem ser encaminhados para o médico [35].

A pressão arterial é um parâmetro fisiológico solicitado diariamente na FG, sendo medida utilizando um tensiómetro digital de braço. Esta determinação deve ser sempre precedida de descanso e deve ser realizada em ambiente calmo, com o paciente sentado, com os pés apoiados no chão, a palma da mão virada para cima e o cotovelo apoiado numa superfície plana. Os valores não devem exceder os 140-90mmHg, salvo exceções e, mais uma vez, aquando esta medição deve ser sempre prestado aconselhamento farmacêutico [36].

Fazer medições de parâmetros bioquímicos eram uma constante na FG, nomeadamente no período da manhã devido à exigência de o utente se encontrar em jejum para algumas das determinações.

5.2 Valormed

A FG colabora com a Valormed® na recolha de resíduos de embalagens vazias e medicamentos fora de uso. Trata-se de um processo de recolha e posterior tratamento seguros, extremamente importante em termos de saúde pública, uma vez que evita que estes resíduos estejam “acessíveis” como outro qualquer resíduo urbano [37]. Quando os contentores se encontram cheios, são pesados e é preenchida a ficha que acompanha o contentor, com o nome da farmácia, número de registo, peso do contentor e rubrica do operador.

Durante o estágio foi possível constatar que são cada vez mais as pessoas que usam o contentor o Valormed® para deixar os seus medicamentos fora de uso ou embalagens. Para além disso também realizei o processo de fecho do contentor e preenchimento da ficha que o acompanha para posteriormente ser realizado o transporte pelo distribuidor responsáveis.

6. Formação contínua

O Código Deontológico da Ordem dos Farmacêuticos prevê que os farmacêuticos devem atualizar-se técnica e cientificamente ao longo do tempo de modo a melhorar e aperfeiçoar constantemente a sua atividade, uma vez que as ciências farmacêuticas e médicas estão em constante evolução [38]. Assim, através de formações, congressos e seminários, o farmacêutico comunitário deve não só manter-se atualizado de aspetos científicos, mas também de aspetos éticos e legais. As formações frequentadas (Tabela 2) constituíram um importante aporte de novos conhecimentos, sendo que os certificados das mesmas estão disponíveis no Anexo 2.

Tabela 2 - Formações frequentadas durante o estágio curricular.

Data	Formação	Duração (horas)	Local
19 de março	"Avene - Módulos I, II e III"	6	Sede da Pierre Fabre® Porto
16 de abril	"Ostomia - Primeiro ano de intervenção nas farmácias"	2	ANF Porto
18 de abril	"Psoríase. Aconselhamento e Intervenção Farmacêutica"	2	ANF Porto
9 de maio	"Emagreça onde mais precisa"	2	ANF Porto
15 de maio	"Higiene e cuidados de Saúde Oral: o papel da Farmácia"	2	ANF Porto
23 de maio	"Abordagem local ao tratamento da ferida aguda"	2	ANF Porto

Parte 2 – Projetos desenvolvidos

Projeto I – Medicamentos Genéricos: de que marca é a sua saúde?**1. Contextualização e motivação**

Em Portugal, a introdução no mercado dos medicamentos genéricos e a sua produção e distribuição, foi primeiramente regulada pelo Decreto-Lei n.º 81/90, de 12 de Março [39]. No entanto, aquilo que se verificou foi que até ao início do século XXI, as quotas de mercado destes medicamentos foram residuais (inferiores a 0,5%) [40]. Este padrão tem vindo a alterar-se ao longo dos anos uma vez que em 2012 a quota de MG era de 41,2% [41] e em 2017 atingiu mesmo os 47,8% [42], podendo isto ser entendido como um resultado de vários fatores, nomeadamente: o aumento da confiança nos MG, alteração de políticas e legislação, não esquecendo ainda o preço apelativo destes. O consumo dos medicamentos genéricos é vantajoso não só para o utente, mas também para o SNS e para o Estado [43], resultando dos esforços realizados pelo INFARMED e Ministério da Saúde [43] para a promoção do consumo destes medicamentos, como uma medida de controlo ou redução das despesas com os mesmos. São exemplo disso os incentivos às farmácias e as ações de informação e esclarecimento à população.

Apesar disso, nos primeiros dias de estágio senti que os utentes da FG ainda tinham muitas dúvidas sobre os MG e muitas vezes questionavam: “- A eficácia é igual? [sic]”, “- Qual é o melhor? [sic]”. Nesse sentido, decidi realizar este projeto para que sempre que surgisse alguma dúvida, os utentes pudessem não só sair da FG esclarecidos, mas também levar informação útil consigo para que pudesse esta ser transmitida a familiares ou amigos.

2. Medicamentos Genéricos

A legislação atual define MG como “um medicamento com a mesma composição qualitativa e quantitativa em substâncias ativas, a mesma forma farmacêutica e cuja bioequivalência com o medicamento de referência haja sido demonstrada por estudos de biodisponibilidade apropriados” [14]. Podemos considerar que como têm a mesma SA, produzem o mesmo efeito terapêutico que o medicamento de marca que serviu de referência, no entanto podem apresentar na sua composição excipientes, forma ou tamanho diferentes destes (no caso das formas orais sólidas) [14].

Os medicamentos genéricos podem ser identificados pela sigla MG presente na embalagem exterior e são prescritos pela DCI das SA, acompanhada da dosagem e forma farmacêutica, sendo opcional por parte do médico indicar o nome do fabricante [14]. A bioequivalência dos MG tem de ser demonstrada através de estudos de biodisponibilidade [14], no entanto, como as SA que os constituem já se encontram no mercado há vários anos e já foram sujeitas a estudos intensivos de investigação, apresentam uma maior garantia de eficácia e um melhor conhecimento do seu perfil de segurança. Isto leva a uma simplificação do processo para

obtenção de AIM uma vez que os MG estão dispensados da apresentação de relatórios de ensaios farmacológicos e toxicológicos, pré-clínicos e clínicos [14].

2.1 Sistema de Preços de Referência

O sistema de comparticipação dos medicamentos por preço de referência foi implementado em Portugal [19], com o objetivo de diminuir a despesa do Estado com os medicamentos, incentivar a racionalização e aumentar a acessibilidade aos mesmos. Este sistema tem por base a definição de um preço de referência (PR) para os medicamentos comparticipados para os quais já existam medicamentos genéricos autorizados [44, 45], sendo que este preço é obtido calculando a média dos “cinco PVP mais baixos praticados no mercado, tendo em consideração os medicamentos que integrem” [19] o mesmo grupo homogéneo. É ainda importante referir que o sistema de preços de referência (SPR) exclui os medicamentos protegidos por patente, ou medicamentos que ainda não estavam a ser comercializados à data da elaboração dos PR [46]. O SPR define que os medicamentos pertencentes ao mesmo grupo homogéneo, ou seja, que apresentam a mesma SA, FF, modo de administração e com indicações terapêuticas sobreponíveis [44, 47], terão um valor máximo de comparticipação que é definido “de acordo com o escalão ou regime de comparticipação aplicável” [19]. Caso um medicamento de um determinado grupo homogéneo apresente um PVP superior ao PR do mesmo, cabe ao utente pagar a diferença entre esse mesmo PVP e o PR [40].

2.2 Vantagem económica dos Medicamentos Genéricos

Os MG são mais baratos que os medicamentos de marca. Na realidade, esta diferença de preços chega a rondar os 20 a 35% [48] e para os casos em que exista PR, caso se verifique que um medicamento apresenta um PVP superior a esse mesmo PR, o encargo passa para o utente. Obviamente, se o medicamento for comparticipado na totalidade, o utente poderá pensar que lhe é indiferente escolher um medicamento de marca ou genérico mas, na realidade, como o SNS é financiado por todos os contribuintes, o utente estará mais tarde a pagar de forma indireta essa diferença através de impostos [49]. Por outro lado, a existência de medicamentos genéricos e de PR faz com que o PVP de medicamentos de marca na maioria das vezes baixe, o que acaba por beneficiar também os utentes que se mantenham fiéis a estes últimos [49]. Há ainda que pensar nos casos dos doentes com medicação crónica, e no quão importante é garantir que haja uma total adesão à terapêutica por parte dos mesmos, pois tal também se traduz em menos despesas de saúde para o Estado.

2.3 Qualidade, Segurança e Eficácia dos Medicamentos Genéricos

Os MG têm de respeitar os mesmos requisitos legais que os medicamentos de marca [14]. No entanto, na maioria dos casos, estes apenas precisam de demonstrar a sua bioequivalência (BE) com base em ensaios de biodisponibilidade (BD). Os ensaios BD/BE têm, assim, como objetivo assegurar que o MG é intercambiável com o medicamento de marca [50], e são ensaios em que os intervalos de variação permitidos são muito estreitos [50, 51]. Entende-se que dois

medicamentos são bioequivalentes quando, após absorção, a SA se encontra no local de ação, de forma disponível e na mesma quantidade que aquela que se verifica para o medicamento de marca que lhe serviu de referência, ou seja, quando apresentam igual biodisponibilidade [52]. Por outro lado, torna-se evidente que os efeitos terapêuticos observados, ou seja, a eficácia, está correlacionada com a concentração da SA atingida no local de ação [53], a qual está também dependente do esquema posológico e da concentração de SA administrada [53]. Assim, se dois medicamentos apresentarem biodisponibilidades similares, os seus efeitos serão necessariamente os mesmos, constituindo este um método indireto de avaliação da segurança e eficácia dos MG, e efetivamente existem estudos que comprovam não existir diferença a nível de qualidade, eficácia e segurança entre MG e medicamentos de marca [54]. Há, no entanto, algumas exceções: no caso de se tratem de FF injetáveis, a demonstração de BE não constitui uma exigência pois a sua biodisponibilidade é total após administração [50, 51]; por outro lado, no caso de se tratarem de medicamentos de uso tópico, pode ser exigida à companhia farmacêutica a realização de ensaios clínicos comparativos com os medicamentos de referência [50, 51]. Isto deve-se ao facto de nestes casos a absorção sistémica ser residual [50].

Os medicamentos comercializados no espaço europeu, quer sejam produzidos na Europa ou em países terceiros que tenham acordos com os mesmos, têm de ser fabricados em unidades industriais legalmente autorizadas para o efeito pelas autoridades europeias do medicamento [53]. Para além disto, esta autorização é concedida por um período limitado de tempo, o que obriga à sua revalidação periódica, após avaliação do seu desempenho. Caso se trate de medicamentos produzidos fora do espaço europeu, estes são avaliados quanto à sua qualidade aquando da sua importação pela autoridade do medicamento.

O Sistema de Garantia de Qualidade do Medicamento inclui a avaliação técnico-científica que está na base da concessão da AIM aos MG, a farmacovigilância e a comprovação laboratorial [55]. Depreende-se então que questionar a qualidade, segurança e eficácia dos MG é questionar a eficiência de todo o sistema europeu de avaliação do medicamento, ou, no caso de Portugal, do INFARMED [55].

3. Atividade prática desenvolvida

A atividade prática deste projeto consistiu em elaborar um panfleto (Anexo 3) que foi distribuído na FG entre os dias 19 de fevereiro e 30 de março, com o objetivo de, não só esclarecer muitas dúvidas que muitas vezes nos eram colocadas pelos utentes, mas também fomentar o consumo destes medicamentos por parte dos mesmos. O folheto era composto por informação que explicava a diferença entre MG e medicamentos de marca, se estes têm a mesma qualidade que os outros, porque é que existem diferenças de preço entre estes e os medicamentos de referência e onde se podiam informar mais sobre este assunto.

3.1 Conclusão da atividade desenvolvida

A população demonstrou um grande interesse pelos panfletos, e o facto de estes estarem dispostos em todos os balcões de atendimento, facilitou o acesso dos utentes aos mesmos. É importante realçar o interesse da população mais idosa que, por falta de acesso a meios de informação, viu nesta atividade uma oportunidade para esclarecer questões que anteriormente nunca havia sido esclarecidas.

Projeto II – Proteção Solar

1. Contextualização e motivação

Nos últimos anos, muitos países têm desenvolvido programas de sensibilização para a proteção solar, tendo por base o significativo aumento da incidência de cancro da pele [56]. Na verdade, este é o cancro mais comum em todo o mundo [57], e isto deve-se em grande parte aos maus hábitos do ser humano, nomeadamente no que diz respeito ao tempo que este passa exposto à radiação solar, as horas que escolhe para o fazer, o uso de solários, entre outros [58]. Para além disso, há estudos que demonstram que a exposição solar intensa nas primeiras décadas de vida está associada ao aparecimento de problemas cutâneos no futuro [59], devido ao carácter cumulativo e irreversível das lesões provocadas pela radiação ultravioleta (UV) [57], embora seja reconhecido o papel essencial desta radiação para a produção de vitamina D.

Nesse sentido, achei pertinente fazer uma atividade de sensibilização para este tema junto de um pequeno grupo de crianças, de forma a esclarecer e sensibilizá-las para o uso diário de proteção solar, e elaborei um folheto que foi disponibilizado aos utentes da FG, para que também a população adulta pudesse estar atenta a possíveis alterações cutâneas que possam surgir.

2. A Pele

A pele é o maior órgão do corpo humano, sendo responsável por cerca de 15% do peso corporal total [60]. Constitui uma barreira de defesa contra o ambiente externo, e a sua espessura, pigmentação e constituição variam de acordo com as necessidades da área do corpo em que se localize [60].

2.1 Estrutura e função

De uma forma geral, a pele é considerada um órgão fundamental para a sobrevivência dos mamíferos [60]. Este órgão pode ser dividido essencialmente em 3 camadas: epiderme, que é composta pelo estrato córneo (epiderme não viável) e pela epiderme viável; derme e tecidos subcutâneos (ou hipoderme) [60]. É também composta por diversos apêndices: folículos capilares, ductos sudoríparos, glândulas apócrinas e unhas [60]. Tal constituição confere-lhe funções de barreira contra agentes químicos, bactérias, alergénios, fungos e radiação; capacidade de manutenção da temperatura e humidade corporal, e capacidade excretora [60].

Para além disso, a pele é também um órgão sensorial que apresenta constante capacidade de regeneração e reparação [60].

2.1.1 Epiderme

A epiderme é formada por um conjunto de camadas de células – os queratinócitos – em vários estádios de diferenciação (entre os quais estão as células produtoras de pigmento, os melanócitos). Estas células têm como origem a lâmina basal e migram deste até à superfície da pele. A lâmina basal é composta por melanócitos, células de Langerhans, células Merkel [60] e ainda células estaminais que têm capacidade de se diferenciar e originar novas células, e células que têm como função ancorar a epiderme à membrana basal [60]. A lâmina basal situa-se entre a derme e epiderme viável.

O estrato córneo é uma camada heterogénea que constitui a parte mais externa da epiderme e apresenta essencialmente funções de barreira. Tem aproximadamente 10-20 μm de espessura, no entanto esta pode variar em certas zonas do corpo, como as palmas das mãos e dos pés, em que a espessura é superior [60]. Cada célula do estrato córneo é composta principalmente por queratinas insolúveis ($\cong 70\%$) e lípidos ($\cong 20\%$) e a região intercelular é composta por lípidos e desmossomas. O *turnover* total do estrato córneo demora cerca de 2-3 semanas, no entanto, em caso de problemas de cutâneos como psoríase este tempo é consideravelmente diminuído para 2-4 dias, o que pode comprometer o bom funcionamento deste estrato [60].

Os melanócitos são uma das células que compõe a lâmina basal [60]. A sua principal função é produzir melanina - composto de elevado peso molecular derivado da tirosina, que para além de ser responsável pela pigmentação do cabelo, pele e olhos, também apresenta função protetora da radiação UV.

A radiação UV provoca danos no DNA que levam à produção de citoquinas, fatores de crescimento e outras substâncias inflamatórias que vão estimular a produção de melanina: o aumento da produção de óxido nítrico (NO) nos melanócitos ativa cascatas de transdução de sinal que iniciam a melanogénese nos melanossomas [61]. O substrato inicial para a produção de melanina é a L-tirosina, que é hidroxilada pela enzima tirosinase a L-dihidroxifenilalanina (L-DOPA). De seguida a L-DOPA é oxidada a DOPAquinona sendo de seguida convertida em eumelanina ou feomelanina [60, 61]. A eumelanina confere coloração acastanhada a preta, sendo que a feomelanina confere coloração amarelada-avermelhada [62]. Os melanossomas são depois transferidos do citoplasma dos melanócitos para os queratinócitos [60]. Desta forma, este pigmento formado é distribuído pela epiderme e forma uma camada protetora contra a radiação, que absorve os raios UV, impedindo-os de penetrar a pele e causar lesões cutâneas [60].

A produção de melanina é um processo complexo que envolve cerca de 80 *loci* genéticos. Assim, mutações nestes genes levam a estados patológicos como vitiligo, albinismo e síndrome de Waardenburg [60].

2.1.2 Derme

A derme é 15 a 40 vezes mais espessa que a epiderme, ou seja, apresenta aproximadamente 0.1-0.5 cm de espessura [60], e é composta por cerca de 70% de fibras, o que lhe confere propriedades de suporte proteção em caso de impacto, vasos linfáticos, raízes pilosas e ainda tecido conectivo elástico (elastinas e colagénio) [60]. De uma forma geral, pode ser dividida em duas subcamadas: a camada inferior que forma uma fronteira líquida com a subcutânea (hipoderme) e a camada superior que faz fronteira com a epiderme [63]. O sistema vascular desta camada é responsável pela nutrição da epiderme.

O estilo de vida e outros fatores como a exposição à radiação UV têm um grande impacto nos níveis de colagénio e elastina [63]. À medida que envelhecemos, a produção deste tecido elástico está diminuído e a capacidade para a derme fixar água também está diminuída, o que faz com que esta fique com um aspeto menos denso e mais envelhecido [63].

2.1.3 Hipoderme

A hipoderme é a camada mais profunda da pele, composta por células adiposas cobertas por uma grande quantidade de vasos sanguíneos e fibras de colagénio [63]. Apresenta essencialmente funções de proteção contra traumas físicos e de depósito de calorías, sendo que a sua espessura varia de acordo com a zona do corpo em causa [63].

2.2. A pele da criança

A pele da criança é muito mais fina e sensível do que a pele de um adulto [64]. Na realidade, chega a apresentar apenas 1/5 da espessura da pele deste [64], o que se traduz num igual número de camadas em que cada uma destas é mais fina. A epiderme apresenta menor densidade de queratinócitos compactados e as glândulas sebáceas ainda não estão completamente ativas. Para além disso, apesar de a pele das crianças apresentar melanócitos, a sua atividade está reduzida, o que faz com que a sua pele seja menos pigmentada [64]. Outro fator a considerar é que a diminuição da espessura da pele, nomeadamente da derme, faz com que as crianças tenham maior dificuldade a suportar variações de temperatura [64]. Tudo isto torna as crianças mais vulneráveis a agressões externas como à exposição solar, bactérias e até mesmo ao impacto, sendo que isto se mantém até aproximadamente aos 6 anos de idade [64].

Em média as crianças passam mais tempo no espaço exterior do que os adultos, fazendo com que estejam mais expostos à radiação solar [65]. Aliás, estima-se que cerca de 80% da exposição solar total de uma pessoa ocorra até aos 18 anos de idade [65]. Isto combinado com a sua vulnerabilidade cutânea, com a irreversibilidade dos danos provocados pela radiação UV [65] e pelo efeito cumulativo desta, pode traduzir-se, no futuro, numa maior propensão ao surgimento de melanoma maligno. Há estudos epidemiológicos que confirmam uma maior incidência de cancro da pele em pessoas com historial de queimaduras solares durante a infância e adolescência [65].

2.3. Os fotótipos da pele

A classificação dos vários tipos de pele em fotótipos constitui uma base orientadora sobre qual será o tipo de reação da pele à exposição solar e os níveis de proteção que a mesma exige [66]. Esta classificação foi desenvolvida por Thomas Fitzpatrick em 1975, e considera dois fatores principais: a disposição genética (cor dos olhos, cor do cabelo, cor da pele antes da exposição solar e número de sardas em zonas não expostas) e a reação da pele à exposição solar [66]. A classificação de Fitzpatrick permite identificar 6 fotótipos da pele (I-VI) [66] e baseia-se na resposta a um questionário (Anexo 4). Este questionário é composto por 8 questões, em a cada resposta de uma questão está atribuído um valor de 1 a 4 [66]. O somatório destes valores corresponde a um fototipo na escala de Fitzpatrick (Anexo 5) [66]. É importante considerar que esta classificação é apenas uma orientação, uma vez que para cada fotótipo podem haver variantes.

3. Radiação Ultravioleta

O sol emite energia radiante (radiação solar) em vários comprimentos de onda, desde a radiação UV aos raios infravermelhos (IV). Apesar de a exposição à radiação solar ter muitos benefícios, nomeadamente estimular a produção de vitamina D [67], é também sabido que em caso de exposição excessiva e/ou sem proteção, esta pode levar a consequências negativas, nomeadamente levar a queimaduras solares e até mesmo melanoma maligno.

A radiação solar tem a capacidade de penetrar a pele, sendo que a que corresponde aos comprimentos de onda mais longos (IV: 700nm-1mm) penetram mais profundamente e a radiação UV apenas consegue penetrar até à derme [68]. Apesar disto, a luz com o comprimento de onda mais curto interage com as células da pele, gerando danos celulares [69].

A radiação UV pode ser dividida em 3 subtipos de radiação: UV-A (315-400nm), UV-B (280-315nm), e UV-C (100-280nm) [67]. Numa situação ideal, a radiação UV-C e 90% da radiação UV-B são completamente filtradas pela camada de ozono, portanto, apenas a radiação UV-A e uma pequena percentagem da UV-B atingem a superfície terrestre [67]. No entanto, aquilo que se verifica é que, com as alterações climáticas, a depleção da camada de ozono possa levar a um aumento da radiação UV total que atinge a superfície terrestre [68]. Sendo este tipo de radiação mutagénica, uma exposição prolongada à luz solar está associada a fotoenvelhecimento e cancro da pele, sendo isto consequência de processos de toxicidade direta e indireta da mesma sob o DNA (Anexo 6) [68].

O efeitos diretos da radiação UV ocorrem quando o DNA absorve fótons a partir da radiação UV-B, o que provoca a um rearranjo estrutural dos nucleótidos [68]. Quando isto acontece, ocorrem vários processos, entre os quais a paragem da divisão celular, para prevenir mais danos no DNA, permitindo que os mecanismos de reparação do mesmo atuem [68]. A incidência da radiação UV-B aumenta durante os meses de verão, sendo a principal responsável pelas queimaduras solares e levando a alterações celulares que predispõem para o desenvolvimento de cancro da pele [70].

De forma indireta, os raios UV também danificam o DNA: a absorção de fótons a partir da radiação UV-A leva à transferência de energia a partir de fotossensibilizadores celulares como porfirinas, bilirrubina e melanina para moléculas de oxigénio, criando o anião radical superóxido ($O_2^{\cdot-}$) [68]. Esta molécula é extremamente reativa, provocando dano oxidativo celular. A intensidade desta radiação mantém-se constante ao longo de todo o ano, e devido às alterações celulares que provoca, é a principal responsável pelo fotoenvelhecimento (perda de elasticidade da pele, aparecimento de rugas, e envelhecimento prematuro), tendo também um importante papel nas fotoalergias [70].

3.1 Índice Ultravioleta

O índice ultravioleta (IUV) descreve o nível de radiação UV solar na superfície terrestre que efetivamente contribui para a formação de queimadura solar na pele humana [70]. Este índice varia entre 0 e 11⁺ e é um indicador prático do risco da exposição solar (Anexo 7) [70]. Quanto mais elevado for o IUV, maior a probabilidade de lesões cutâneas, oftálmicas e menor o tempo que decore até ao aparecimento destas lesões. Evidências recentes demonstram que os hábitos pessoais face à exposição à radiação UV (exposição direta à luz do sol ou até mesmo a utilização de solários), está associado a um aumento da incidência de cancro da pele [70].

4. Efeitos da exposição solar

A exposição solar está associada tanto a efeitos positivos como a efeitos negativos. É sabido que esta é essencial para a produção de vitamina D, que por sua vez contribui para o crescimento e manutenção da densidade óssea [69], e contribui para melhorar o humor, estados depressivos, aumentar a energia, fadiga e excesso de sono – sintomas que tipicamente caracterizam a desordem afetiva sazonal – através do aumento da produção de serotonina a nível cerebral [69]. Por outro lado, a radiação está associada a problemas oculares como cataratas, e a nível agudo ao bronzado, a queimaduras solares, fotodermatoses por fotossensibilidade [69]. De forma tardia, a luz solar está associada a efeitos crónicos como fotoenvelhecimento cutâneo [68] e cancro da pele (melanoma e não melanoma). As queimaduras solares estão mais associadas à radiação UV-B [68], uma vez que esta não penetra tão profundamente nas camadas da pele, atuando mais à superfície. Caracterizam-se pelo aparecimento de eritema, por vezes com descamação ou bolhas. As fotodermatoses por fotossensibilidade resultam da ação combinada de substâncias químicas, sobretudo medicamentos (Anexo 8), com a exposição à radiação [71, 72]. O fotoenvelhecimento cutâneo está muito associado à radiação UV-A devido à produção de radicais de oxigénio que levam à acentuação de rugas, manchas e perda de elasticidade da pele.

O cancro da pele é o tipo de cancro mais frequente nos indivíduos caucasianos. Pode afetar qualquer pessoa, em qualquer idade, sendo mais comum a partir dos 50 anos [73]. Está maioritariamente associado aos raios UV-B, no entanto, os raios UV-A também tem algum efeito fotocarcinogénico. Existem vários tipos de carcinomas cutâneos: carcinoma baso-celular, carcinoma espinho-celular (raramente letais) [74] e o melanoma que é a forma mais maligna de cancro da pele devido à sua tendência para formar metástases em estadios precoces [75]. Está associado a uma exposição solar aguda e intermitente à radiação [75]. Queimaduras solares na

infância também podem estar associadas ao aparecimento desta forma de cancro cutâneo. Para a identificação de um melanoma há sinais a que se deve estar atento, comumente designados pela regra ABCDE [75]: A – Assimetria; B – Bordos regulares; C – Cor uniforme; D – Diâmetro inferior a 6mm; E – Evolução ao longo do tempo.

5. Medidas de prevenção

Quando se pensa em estar exposto ao sol, há vários fatores a considerar, começando pelo horário a que tal é feito: as horas consideradas mais seguras são ao início da manhã até às 11h e final de tarde depois das 17h; entre as 11h e as 12h e as 16h e 17h são horas arriscadas uma vez que o índice UV é moderado a alto, sendo que as horas mais perigosas são entre as 12h e as 16h [76]. Por outro lado, pelos motivos supramencionados, deve ter-se especial cuidado com a exposição solar das crianças e também dos idosos, e esta exposição solar deve ser feita de forma progressiva e gradual para todas as faixas etárias. Uma proteção solar completa passa pelo uso de vestuário como chapéu, uma *t-shirt* de cor escura (especialmente para as crianças), e óculos de sol com proteção UV-A e UV-B, não esquecendo, obviamente o protetor solar. Este deve ser aplicado 15 minutos antes da exposição e deve ser renovado a cada 2 horas. O fator de proteção dos mesmos (SPF) deve ser adaptado ao fototipo de cada um, nunca devendo ser inferior a 30 e aplicado em todas as áreas expostas de forma abundante, incluindo nos lábios, couro cabeludo, orelhas, nuca e nariz. Manter a hidratação é essencial e deve ser evitado o uso de solários.

5.1 Protetores solares

Os protetores solares são produtos que têm a capacidade de diminuir os efeitos da radiação sobre a pele. Estes são compostos por dois tipos de filtros: físicos (ou minerais) e químicos [77, 78]. Os primeiros, apesar de serem cosmeticamente menos apelativos por deixarem uma mancha branca e opaca, são muito utilizados em pessoas com afeções dermatológicas ou em crianças, por terem a pele mais sensível [77, 78]. Estes refletem a luz solar, atuando como uma barreira física que impede a penetração da radiação UV na pele [78]. Normalmente são compostos por óxido de zinco ou dióxido de titânio [77]. Por outro lado, os filtros químicos são formados por moléculas que absorvem a radiação, diminuindo a quantidade da mesma que atinge o estrato córneo [77, 78]. Os protetores solares com este tipo de filtro são mais apelativos e incolores. Um dos principais ingredientes utilizados na sua composição é o PABA (ácido *p*-aminobenzóico) [77], um precursor do ácido fólico, e tem vindo a ser utilizado para estes protetores desde 1920 [78]. O seu máximo de absorção observa-se em 283nm, o que faz com que absorva parte da região UV-C e toda a região UV-B [77].

O SPF indica o tempo de resistência da pele à exposição solar com protetor solar, relativamente ao tempo de resistência da mesma sem proteção [79]. Por exemplo, para uma pele correspondente ao fototipo II, que aguente aproximadamente 15 minutos até ficar vermelha sem proteção, utilizando um protetor solar com SPF 30 vai aguentar 30 vezes mais esse tempo [79].

6. Cuidados no pós-solar

Apesar de ser essencial o uso de medidas preventivas, os cuidados no pós-solar não devem ser descurados. Os cremes pós-solares são formulações muito hidratantes, refrescantes e regeneradoras que hidratam e promovem a reparação dos tecidos lesados, diminuindo a descamação da pele. Em caso de queimadura (que não requeira atenção médica), devem ser aconselhados banhos de água fria ou aplicar compressas de água fria na zona afetada para diminuir a inflamação e dor; aumentar a ingestão de líquidos, evitando bebidas alcoólicas e açucaradas; aplicar um creme regenerador na área afetada, evitando aqueles que contenham vaselina ou gorduras.

7. Atividade prática desenvolvida

A atividade prática deste projeto consistiu em elaborar um folheto (Anexo 9) que foi distribuído na FG no mês de junho, com o objetivo de sensibilizar os utentes para a importância da proteção solar. Este tinha também como objetivo alertá-los para que estejam atentos a possíveis alterações cutâneas que possam surgir, uma vez que o diagnóstico precoce do cancro da pele é essencial. Para além disso, no dia 12 de abril fiz uma apresentação (Anexo 10) com duração de 1h para as crianças da turma 4ºA da escola EB1 J/I do Lidador sobre este mesmo tema (Anexo 11). No final da apresentação dei um saco com algumas amostras de protetores solares a cada aluno (Anexo 12) e foi-lhes solicitado que fizessem, cada um, um desenho subordinado ao tema da atividade. Estes desenhos foram posteriormente expostos na FG no dia mundial da criança (Anexo 13).

7.1 Conclusão da atividade desenvolvida

Este projeto foi o mais gratificante de todos, pelo facto de ter sido realmente útil a visita à escola e por sentir contribuí para a formação académica e pessoal destas crianças. No dia da criança também foram várias aquelas que durante o dia muito orgulhosamente foram ver o seu desenho exposto. A população também demonstrou interesse pelos panfletos, principalmente para a parte em que explicava as alterações cutâneas a que deve estar atentas. Apesar de ser do conhecimento geral a importância da utilização de protetor solar, por vezes as pessoas só o fazem com as crianças e quando estas vão para a praia, daí considerar que atividades deste género nunca são demais.

Projeto III – Contraceção Oral de Emergência

1. Contextualização e motivação

A utilização de métodos de contraceção oral é uma realidade desde a década de 60. Este é considerado um marco importante na vida sexual feminina, uma vez que lhes permite exercer um maior controlo sobre a sua vida reprodutiva e evitar uma gravidez indesejada [80]. Em 2012, estimava-se que 85 milhões de gravidezes (correspondendo a um total de 40% do total destas) foram não intencionais ou não planeadas [81].

Por sentir que de uma forma geral ainda há muita falta de informação ou “mitos” associados a este tema, decidi fazer um projeto que permitisse que os utentes da FG ficassem esclarecidos sobre o uso deste tipo de contraceção. Entendi, que a melhor forma seria fazer um folheto informativo para que todos os utentes tivessem acesso fácil e sem constrangimentos a esta informação.

2. Contraceção oral de emergência

A contraceção oral de emergência (COE) – ou “pílula do dia seguinte” – pode ser definida como um método farmacológico que permite evitar a gravidez, em caso de relação sexual desprotegida ou de falha de outro método contraceptivo alternativo (esquecimento da toma da pílula, uso incorreto de preservativo, deslocação do dispositivo intrauterino (DIU), anel vaginal expulso antes do tempo) [82, 83]. Está também indicada para prevenir a gravidez em casos em que tenha havido vômitos, diarreia ou toma de antibióticos aquando do ato sexual. A pílula do dia seguinte tem uma eficácia de 95%, e deve ser tomada até 3 a 5 dias após o ato sexual, sendo que a sua eficácia é tão maior quanto mais rapidamente for iniciado o tratamento [83].

Relativamente ao seu modo de ação, a COE atrasa ou previne a ovulação, não sendo, portanto abortiva. Aquando da toma, é importante identificar possíveis substâncias que possam interferir na eficácia da COE como por exemplo antiepiléticos (carbamazepina, fenitoina, fenobarbital, primidona), antirretrovirais (efavirenz, nevirapina, ritonavir), antituberculosos (rifampicina) e medicamentos ou suplementos contendo Erva de São João [84].

A COE não deve ser encarada como um método contraceptivo, nem previne as doenças sexualmente transmissíveis. Em caso de toma, deve utilizar-se um método alternativo de barreira até à menstruação seguinte e, idealmente, não deve ser utilizada mais do que uma vez no mesmo ciclo menstrual [84].

A pílula do dia seguinte pode provocar alguns efeitos adversos como náuseas, vômitos, tensão mamária, cefaleias, dor abdominal e alterações do ciclo menstrual [82]. Caso ocorram náuseas ou vômitos nas primeiras 3 horas após a toma da COE, a mesma deve ser repetida, acompanhada de um antiemético 30 minutos antes da mesma.

Em Portugal estão disponíveis 2 formas de COE [84], regulamentadas na legislação [85]: levonorgestrel (LNG) – um progestativo – disponível com os nomes comerciais de *Norlevo®* e *Postinor®*, e o acetato de ulipristal (AUP) – modulador dos recetores progesterona – disponível com o nome comercial de *EllaOne®* (Anexo 14) [84]. O LNG está disponível nos centros de saúde, em consultas de ginecologia e obstetrícia do SNS, e nos centros de atendimento jovem, de forma gratuita; nas farmácias (para LNG e AUP) e nos locais licenciados pelo INFARMED para a venda de MNSRM (para o LNG) [85].

O LNG atrasa ou inibe a ovulação até um prazo máximo de 5 dias, atuando a nível hipofisário bloqueando o pico de LH [84]. Caso já tenha ocorrido subida dos níveis desta hormona, este não será eficaz – porque atua na fase pré-ovulatória [84]. Está indicada uma toma única de 1,5 mg caso a relação sexual tenha acontecido há menos de 72h (3 dias) [84]. A eficácia desta molécula está dependente do intervalo de tempo que decorre entre o ato sexual e a toma: a eficácia nas primeiras 24h é de 95% [84], diminuindo para apenas 58% quando passadas 48h [84].

O AUP atua quer antes do pico de LH, quer durante o mesmo, o que faz com que seja considerado a opção mais eficaz [86]. Atua na regulação dos recetores de progesterona, impedindo a rotura do folículo [86]. Este pode ser tomado até 120h (5 dias) após a relação sexual desprotegida, numa toma única de 30mg [84]. O AUP deve ser tomado com precaução em mulheres com asma não controlada [86]. Diversos estudos demonstraram que o AUP apresenta uma taxa de falha de 1,4%, sendo esta mesma taxa para o LNG de 2 a 3% [83, 84].

3. Atividade prática desenvolvida

Subordinado ao tema deste projeto, decidi realizar um folheto informativo (Anexo 15) que esclarecesse as principais questões e aspetos a que se deve estar atento quando se recorre à COE, nomeadamente a importância de se repetir a administração da mesma em caso de náuseas ou vômitos. Por ser um tema que as pessoas não abordam facilmente durante o atendimento, achei que a forma mais simples e menos constrangedora seria disponibilizar essa informação de forma impessoal nos vários balcões de atendimento da FG. Os folhetos estiveram disponíveis durante o mês de maio, sendo que sempre que necessário, também é disponibilizada uma fotocópia aos utentes.

3.1 Conclusão da atividade desenvolvida

Apesar de não ser um assunto fácil de falar com os utentes, tentei sempre que possível esclarecer os pontos principais da toma deste tipo de medicação aquando da venda do mesmo. Nesse momento sentia que as pessoas se mostravam atentas e agradeciam a informação que lhes era transmitida. Atividades como esta ajudam a desmistificar estigmas muitas vezes gerados acerca destes assuntos.

Projeto IV – Apoio ao Doente Ostomizado

1. Contextualização e motivação

O doente ostomizado tem o direito de viver a disfrutar da sua vida em plenitude, sem que a ostomia seja uma preocupação ou limitação para a realização das atividades que deseja. Para estes doentes, uma simples ida à praia, passar mais que 3 horas fora de casa sem ter a certeza se terão uma casa de banho por perto, ou até simplesmente deslocar-se a locais públicos, pode tornar-se num momento constrangedor, tendo, obviamente, tudo isto tem repercussões quer a nível físico, quer psicológico.

No passado mês de Abril, foi publicada em Diário da República a primeira alteração que define os serviços farmacêuticos que podem ser prestados pelas farmácias, entre eles a prestação de cuidados ao doente ostomizado [87]. Por ser um tema sobre o qual os meus conhecimentos eram praticamente nulos e por existir a possibilidade de poder prestar assistência a este tipo de doentes, achei que seria adequado fazer um projeto com este tema, que contribuísse não só para a minha formação pessoal, mas também para a dos restantes profissionais da FG.

2. Ostomia

Um estoma (do grego «*ostoma*», que significa boca) pode ser definido com uma abertura, normalmente situada na parede abdominal, destinada à passagem de efluentes fecais ou urinários para o exterior. Ao resultado da cirurgia que cria esta abertura dá-se o nome de ostomia [88]. Estas podem ser temporárias (caso seja possível reestabelecer o trânsito intestinal) ou definitivas (em caso de lesões irreversíveis no trato intestinal ou urinário). Existem 3 tipos de ostomias: as digestivas (colostomia e ileostomia); as urinárias (urostomia) e ainda as traqueostomias/estomas de alimentação/fístulas. Em todos os casos, o estoma deve encontrar-se com o mesmo aspeto húmido, brilhante, com uma cor que evidencie a passagem de circulação e suave ao toque. Caso o estoma apresente uma coloração roxa, preta ou branca, o doente deverá contactar o médico imediatamente [89]. Apesar de ser uma zona sem terminações nervosas, é bastante irrigada, pelo que requer especial cuidado no manuseamento da mesma para evitar hemorragias [90].

Há várias situações que podem levar a uma operação cirúrgica da qual resulte um estoma, nomeadamente em caso de acidente ou de doença. As doenças mais frequentemente associadas a este tipo de intervenção são: cancro do reto e cancro do cólon, colite ulcerosa, doença de Crohn, doença diverticular, cancro do ânus, rectites radiogénicas e carcinoma da bexiga [91].

2.1 Ileostomia

Uma ileostomia é o resultado da abertura gerada no intestino delgado (íleo). Por não chegar a ocorrer a absorção de líquidos no intestino grosso, a consistência do efluente é muito líquida [91]. Isto faz com que estes doentes tenham de ter especial atenção na manutenção do equilíbrio eletrolítico [88]. Por outro lado, devido à riqueza em enzimas digestivas e ao pH alcalino do efluente, torna-se essencial vigiar regularmente a pele periestomal devido às irritações que possam surgir [88, 92].

2.2 Colostomia

Uma colostomia pode ser definida como o resultado da abertura gerada no intestino grosso, sendo que esta pode ser ascendente, transversa, descendente ou sigmóidea [88]. O intestino grosso é um local onde ocorre grande parte da absorção de líquidos no trato gastrointestinal. Assim, o aspeto das fezes estará dependente do local da ostomia: para uma colostomia ascendente, as fezes terão uma consistência líquida ou semilíquida e, tal como para uma ileostomia, este efluente é muito suscetível de provocar irritações cutâneas [88, 92]. Se for uma colostomia transversa, a eliminação será semissólida, sendo ainda irritativa para a pele. Por fim, sendo uma colostomia descendente ou sigmóidea, as fezes já são sólidas [88].

2.3 Urostomia

Uma urostomia destina-se a permitir a saída de efluentes urinários para o exterior. Nestes casos, a eliminação da urina é feita de forma constante. A urina, normalmente, tem um pH ácido, o que a torna irritante para a pele periestomal [88].

3. Adaptação à Ostomia

Uma ostomia requer preparação e um período de adaptação, quer antes da cirurgia, quer no pós-operatório. O aconselhamento pré-operatório deve ser iniciado logo que é proposta uma cirurgia da qual resulte uma ostomia [93]: nesta fase, o mais importante é esclarecer todas as dúvidas que o doente tenha, para que a sua adaptação à sua nova condição provoque o menor trauma psicológico, emocional e físico [94]. Deverão ser abordadas questões relativamente à sua atividade laboral, física, social e sexual [95], de forma que a ostomia não seja um entrave para a realização das mesmas. Caso o doente ache pertinente, os familiares mais próximos podem também esclarecer as suas dúvidas para que ajudem também nesta adaptação [94]. Antes da cirurgia é também feita a marcação do local do estoma, normalmente por uma enfermeira estoma terapeuta [93]. Esta marcação deve ser feita tendo em conta pregas cutâneas, cicatrizes anteriores, a linha da cintura, sendo que idealmente, este deverá ficar numa zona lisa do abdómen e de fácil visualização e acesso para o doente [96].

No pós-operatório o doente ostomizado deve desde logo fazer o autocuidado do estoma para que aprenda a fazer a higiene da ostomia e a cuidar da pele periestomal, a mudar o dispositivo e prevenir complicações [97]. O dispositivo deve ser trocado quando se encontra meio-cheio [93], ou caso o doente sinta algum desconforto [93] como, por exemplo, ardor. A remoção deve ser feita de forma a não magoar o estoma ou a pele periestomal. Depois segue-se a lavagem com água morna e sabão neutro [93] e, antes da aplicação de outro dispositivo deve secar-se muito bem a pele periestomal. Nesta fase é fulcral que o doente adeque a alimentação ao tipo de ostomia.

3.1 Diarreia

Em caso de uma ileostomia ou de colostomia ascendente, a diarreia é algo com que o doente terá de saber lidar e que será muito frequente, pelas razões invocadas anteriormente. O principal a ter em conta será prevenir a desidratação com perda de água, sódio e potássio [98]. Para tal, estes doentes deverão beber bastantes líquidos durante o dia e poderão adaptar a sua alimentação de forma aumentar a consistência das fezes, nomeadamente, ingerir alimentos que tipicamente provocam o espessamento do volume fecal, como bananas, arroz cozido, massa, queijo, iogurte, batatas, pão ou aveia [88, 98]. Para fazer a reposição dos níveis de sódio deve ingerir-se bolachas com sal, sumos de vegetais, e alguns alimentos processados com elevado teor de sódio. Por outro lado, o potássio pode ser repostado através da ingestão de fruta e vegetais como bananas, laranja e batatas [88, 98]. De notar que alimentos com elevada quantidade de açúcares podem agravar quadros de diarreia [98].

3.2 Odor

O odor é algo que incomoda particularmente o doente ostomizado, principalmente quando este esteja em locais públicos, não só pelo cheiro, mas também pelo barulho provocado. Alguns alimentos que podem ajudar a controlar esta situação são iogurtes, sumos de laranja e tomate e de arando e ainda salsa [88, 98]. Para além disso, comer devagar e mastigar bem a comida,

evitar a ingestão de ar enquanto se mastiga, comer menos de cada vez e evitar alimentos que agravem a produção de gases são comportamentos que devem ser adotados [98].

3.3 Obstipação

Não é muito comum em caso de ileostomia haver obstipação. Se tal acontecer, o doente deve contactar um médico. Por outro lado, é uma situação que pode acontecer em colostomias. Nesse caso, o doente ostomizado deve beber mais líquidos e gradualmente inserir na sua dieta alimentos ricos em fibra [88, 98]. De qualquer das formas, o doente nunca deverá recorrer ao uso de laxantes sem indicação médica.

4. Alimentação

De uma forma geral, a alimentação da pessoa ostomizada (colostomia ou ileostomia) deve ser variada, realizando pequenas refeições a cada 3 a 4 horas, já que saltar refeições aumenta a probabilidade de ocorrência de gases e fezes líquidas [93]. Deve ingerir gorduras monoinsaturadas, proteínas, hidratos de carbono, vitaminas e minerais, ou seja, ter uma alimentação variada que vai sendo ajustada no dia-a-dia. Deve, assim, ter conhecimento de quais os alimentos que aumentam ou diminuem a consistência das fezes, que podem exacerbar o odor dos efluentes, que provoquem alterações na cor (Anexo 16). Para além disso deve ingerir 1,5 a 2 litros de água diários (em caso de colostomia) ou 2,5 a 3 litros por dia em caso de ileostomia ou urostomia [89, 98]. A dieta deve ainda ser acompanhada da realização de exercício físico e controlo do peso [89]. Um doente ostomizado obeso terá maior dificuldade no autocuidado do estoma, aplicação dos sistemas coletores com consequente aumento do aparecimento de complicações [89]. Ao experimentar um novo alimento, o doente deve fazê-lo em pequena quantidade [89] e estar atento a possíveis sinais ou sintomas que não sejam habituais, sendo que estes deverão ser ingeridos, sempre que possível, a uma temperatura tépida. Relativamente às bebidas alcoólicas, é importante salientar que a cerveja pode liquidificar as fezes [98] e provocar dilatação abdominal. Em caso de urostomia, há alguns aspetos a considerar, nomeadamente, aumentar a ingestão de citrinos e ameixas, 2 a 3 vezes por semana, e procurar manter o pH da urina ácido [88, 98]. Para tal devem ser ingeridos alimentos que ajudem a acidificar a urina como é o caso de carnes, queijo, ovos, frutos secos, arroz, peixe e o arando [88, 98]. Alimentos como o leite, bananas, feijão, espinafres e a maioria dos vegetais provocam o efeito contrário [88, 98].

5. Medicação

As alterações anatómicas da pessoa ostomizada podem afetar a absorção não só de nutrientes, mas também de medicamentos [99], ou então torna-os mais sensíveis aos mesmos. Os doentes com ileostomia, por terem uma alteração anatómica extensa, são os que têm mais problemas na absorção de medicamentos. Nestes, a motilidade intestinal e o esvaziamento gástrico também podem estar alterados, o que leva a uma absorção inferior à desejável [93]. Neste caso, devem ser prescritas fórmulas líquidas de absorção rápida ou então formas de libertação modificada [99]. As pessoas com colostomia distal não apresentam, em princípio,

alterações na absorção de medicação. Se o doente ostomizado for do sexo feminino, não pode, portanto, utilizar a pílula como método contraceptivo: deverá optar por outro método como o DIU, anel vaginal ou implante.

De uma forma geral, estes são os aspetos que devem ser considerados relativamente aos fármacos [99]:

- > Anticolinérgicos como antidepressivos tricíclicos, anti parkinsónicos, fenotiazidas e anti-histamínicos podem diminuir a atividade peristáltica intestinal, desencadeando quadros de obstipação.

- > Analgésicos como a meperidina, morfina ou codeína podem causar obstipação por diminuição da motilidade intestinal.

- > Antiácidos como o bicarbonato de sódio alcalinizam a urina, o que nos doentes com urostomia pode levar à formação de cristais. Os antiácidos contendo cálcio também podem levar à litíase cálcica e ainda causar obstipação nos doentes com colostomias. Preparações com magnésio podem provocar diarreia osmótica em doentes com ileostomias.

- > Diuréticos podem provocar variações de volume de urina.

- > Laxantes e antidiarreicos só devem ser administrados após avaliação médica e quando as medidas de suporte forem insuficientes; na pessoa com ileostomia, os laxantes aumentam o risco de desidratação e desequilíbrio eletrolítico.

Há medicamentos que podem provocar alterações na cor das fezes ou da urina [99]. Suplementos de ferro conferem às fezes uma cor esverdeada muito escura; carvão ativado faz com que as fezes se tornem pretas; nitrofurantoína confere à urina uma cor acastanhada e a doxorrubicina uma cor avermelhada [93].

6. Complicações

As complicações que surgem no doente ostomizado podem ser categorizadas em duas classes: complicações imediatas e complicações tardias. As complicações imediatas têm este nome por surgirem nos primeiros dias do pós-operatório (48 a 72h) [93]. De entre estas destacam-se o aparecimento de edema (que normalmente está relacionado com a manipulação do intestino durante a cirurgia), hemorragias, afundamento, infeção (pode chegar à formação de um abscesso, com manifestação de dor, inflamação, supuração e hipertermia), e ainda necrose [93, 100]. A necrose pode ser profunda, parcial ou total e caracteriza-se pela mudança de cor do estoma de rosa para negro. Após a alta hospitalar podem surgir complicações tardias como evisceração, estenose, hérnia periestomal, prolapso ou retração [93, 100].

O aparecimento de complicações cutâneas é algo frequente numa ostomia, pelo que é algo para que este tipo de doentes devem estar preparados. Podem surgir dermatites de contacto ou alérgicas, granulomas (nomeadamente por contacto com fezes), e formação de cristais [93, 96]. A formação de cristais normalmente acontece nas urostomia e normalmente é provocada pela alcalinização da urina, o que leva à formação de cristais de fosfatos [93]. Estes cristais provocam alterações na mucosa do estoma, aparecendo sob a forma de depósitos esbranquiçados [93].

7. Dispositivos e Acessórios

O dispositivo escolhido deve ser adaptado ao tipo de ostomia em causa. De uma forma geral, existem 3 tipos de sacos: os fechados, os drenáveis e ainda os sacos de urostomia [93]. Os sacos fechados têm esta designação porque se destinam a ser usados apenas uma vez. Atualmente, estes sacos têm um filtro que ajuda no controlo do odor libertado pelos gases e são utilizados para colostomias. Os sacos drenáveis têm, tal como a designação indica, uma extremidade drenável que está fechada ou por um a tira de velcro ou por um *clip* e regra geral, são utilizados para ileostomias. Por fim, os sacos de urostomia têm uma torneira que permite fazer a drenagem do mesmo [93]. Normalmente os sistemas de colostomia são formados por apenas uma peça [93], ou seja, o próprio saco tem uma parte adesiva que faz a fixação do mesmo no estoma. Existem ainda sistemas de duas peças, ou seja, formados por uma placa com características adesivas, na qual encaixa o saco. Este tipo de sistema está disponível quer para todos os tipos para os sacos fechados, drenáveis ou de torneira, e apresentam a vantagem de a sua manutenção não requerer a remoção da parte adesiva, o que ajuda a evitar a maceração da pele periestomal [93].

Existem também cintos que ajudam na fixação do saco, pastas protetoras da pele periestomal que deve ser aplicada entre a mesma e a placa adesiva, e toalhetes ou *sprays* que removem o adesivo. Também é frequente os doentes ostomizados utilizarem saquetas de gelificantes absorventes que previnem o vazamento de efluentes, ou saquetas de gelificantes de controlo de odor [93].

Estes dispositivos e acessórios são, desde março de 2017, comparticipados na totalidade, o que constitui um grande avanço para estes doentes, que muitas vezes não conseguiam comprar todos os materiais que precisavam devido ao grande encargo económico que a compra dos mesmos representava.

8. Qualidade de vida

A qualidade de vida da pessoa ostomizada é algo que deve ser encarado de forma séria. Aquilo que para uns é apenas uma alteração anatómica e funcional, para outros pode levar ao isolamento, provocar angústia ou até mesmo estados depressivos [94]. A adaptação que é feita depende muito do tipo de interação que se estabelece entre o doente e o enfermeiro estoma terapeuta ou o médico. Informar os conviventes também ajuda no retorno às antigas atividades como ir ao café, viajar ou ir à praia.

Viajar ou pequenas saídas passam a ser vistas como momentos inquietantes. A simples ideia de não ter uma casa de banho ou todas as condições para fazer a troca do sistema pode ser o suficiente para que o doente já não queira sair de casa. Atos simples como transportar sempre uma pequena bolsa de higiene com algumas toalhetes, um sistema para troca ou até muda de roupa interior é o suficiente para que o doente se sinta assegurado face qualquer eventualidade [93]. De qualquer das formas, uma alternativa é o doente fazer-se acompanhar de uma declaração de informação clínica que ateste a sua condição que justifique a sua prioridade no acesso às casas de banho. Ir à praia ou praticar natação também não deve ser motivo de preocupação uma vez que não há risco que o estoma fique molhado [93], desde que o sistema

esteja bem aplicado. É também importante que a pessoa com ostomia seja aberta com o seu companheiro sexual de forma a evitar constrangimentos. De uma forma geral, uma ostomia deve ser encarada como algo superável e não o contrário.

9. Atividade prática desenvolvida

A atividade prática deste projeto consistiu em elaborar um manual sobre ostomia (Anexo 17) que foi disponibilizado aos funcionários da FG, aos utentes ostomizados ou então aos seus familiares. O principal objetivo deste projeto era informar não só os profissionais de saúde desta farmácia para que possam, no futuro, prestar um melhor atendimento aos seus utentes, mas também esclarecer dúvidas que os doentes possam ter. No manual estão descritas as principais complicações que podem surgir com o estoma e a forma de as solucionar, inclusivamente com técnicas «caseiras».

9.1 Conclusão da atividade desenvolvida

Apesar de este tipo de projetos não envolver o contacto com os utentes da farmácia de forma tão abrangente, creio que se revelou muito útil, principalmente pelo facto de se tratar de um tema sobre o qual não se fala muito. É importante fazer com que os doentes se sintam à vontade para falar com o farmacêutico sobre qualquer tema, pois só assim poderão esclarecer todas as suas dúvidas. Os farmacêuticos devem estar informados sobre este tema e preparados para, caso se justifique, conseguir perceber, através de simples questões, a extensão de uma complicação, perguntando, por exemplo, se o estoma sofreu alguma alteração de cor. Perguntas com esta – que são aparentemente simples e certamente ninguém terá vergonha de responder – poderão fazer toda a diferença.

Bibliografia

1. INFARMED, Portaria nº 277/2012, de 12 de setembro - Define o horário padrão de funcionamento das farmácias de oficina, regula o procedimento de aprovação e a duração, execução, divulgação e fiscalização das escalas de turnos, bem como o valor máximo a cobrar pelas farmácias de turno pela dispensa de medicamentos não prescritos em receita médica do próprio dia ou do dia anterior, e revoga a Portaria n.º 31-A/2011, de 11 de janeiro.
2. INFARMED, Primeira alteração à 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.
3. INFARMED, Decreto Lei nº 307/2007, de 31 de agosto - Regime jurídico das farmácias de oficina.
4. INFARMED, Decreto-Lei n.º 171/2012, de 1 de agosto - Procede à segunda alteração ao Decreto-Lei n.º 307/2007, de 31 de agosto, que estabelece o regime jurídico das farmácias de oficina.
5. Trabalho, Solidariedade e Segurança Social Lei nº 28/2016 de 29 de agosto - Combate as formas modernas de trabalho forçado, procedendo à décima primeira alteração ao Código do Trabalho, aprovado pela Lei n.º 7/2009, de 12 de fevereiro, à quinta alteração ao regime jurídico da promoção da segurança e saúde no trabalho, aprovado pela Lei n.º 102/2009, de 10 de setembro, e à terceira alteração ao regime jurídico do exercício e licenciamento das agências privadas de colocação e das empresas de trabalho temporário, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 260/2009, de 25 de setembro.
6. INFARMED, Portaria n.º 1429/2007, de 2 de novembro - Define os serviços farmacêuticos que podem ser prestados pelas farmácias.
7. Glintt: O que fazemos, Mercado, Pharma. Disponível em em: www.glintt.com.pt/. [Acedido em 2 de abril de 2018].
8. INFARMED, Normas relativas à dispensa de medicamentos e produtos de saúde
9. INFARMED, Circular Informativa N.º 019/CD/100.20.200 - Projeto Via Verde do Medicamento, de 15 de fevereiro de 2015.
10. INFARMED, Decreto-Lei nº 20/2013, de 14 de fevereiro. Procede à sétima alteração ao Decreto-Lei n.º 176/2006, de 30 de agosto, que estabelece o regime jurídico dos medicamentos de uso humano, transpondo a Diretiva n.º 2010/84/UE do Parlamento Europeu e do Conselho, de 15 de dezembro de 2010.
11. INFARMED, Decreto-Lei nº 112/2011, de 29 de novembro. Regime da formação do preço dos medicamentos sujeitos a receita médica e dos medicamentos não sujeitos a receita médica comparticipados.
12. INFARMED, Decreto-Lei nº 19/2014, de 5 de fevereiro. Procede à quarta alteração ao Decreto-Lei n.º 48-A/2010, de 13 de maio, que aprova o regime geral das comparticipações do Estado no preço dos medicamentos, e à terceira alteração ao Decreto-Lei n.º 112/2011, de 29 de novembro, que aprova o regime da formação do preço dos medicamentos sujeitos a receita médica e dos medicamentos não sujeitos a receita médica comparticipado.
13. J Costa (2014). A reorganização da farmácia comunitária face à nova realidade económica. Universidade Fernando Pessoa, Faculdade de Ciências da Saúde. Porto
14. INFARMED, Decreto-Lei n.º 176/2006, de 30 de Agosto - Estatuto do Medicamento
15. INFARMED, Portaria nº 224/2015, de 27 de julho. 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.
16. INFARMED, Despacho n.º 2935-B/2016, de 24 de fevereiro - 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.
17. INFARMED, Portaria n.º 224/2015 de 27 de julho - 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.
18. Ministério da Saúde Decreto-Lei n.º 20/2013 de 14 de fevereiro - Procede à sétima alteração ao Decreto-Lei n.º 176/2006, de 30 de agosto, que estabelece o regime jurídico dos medicamentos de uso humano, transpondo a Diretiva n.º 2010/84/UE do Parlamento Europeu e do Conselho, de 15 de dezembro de 2010.
19. INFARMED, Decreto-Lei n.º 97/2015 de 1 de junho - Procede à criação do Sistema Nacional de Avaliação de Tecnologias de Saúde.
20. INFARMED, Saiba mais sobre - Psicotrópicos e Estupefacientes.
21. INFARMED, Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de Janeiro -Regime jurídico do tráfico e consumo de estupefacientes e psicotrópicos
22. INFARMED, Lei n.º 13/2012, de 26 de março - Altera pela décima nona vez o Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de janeiro, que aprova o regime jurídico aplicável ao tráfico e consumo de estupefacientes e substâncias psicotrópicas, acrescentando a mefedrona e o tapentadol às tabelas que lhe são anexas.

23. ANF - Associação Nacional das Farmácias. Circular n.º 0609-2016 - Registo de psicotrópicos e estupefacientes – envio de relatórios e cópias das receitas manuais digitalizadas, de 9 de março de 2016.
24. INFARMED, Decreto-Lei n.º 48-A/2010 de 13 de Maio - Aprova o regime geral das comparticipações do Estado no preço dos medicamentos, altera as regras a que obedece a avaliação prévia de medicamentos para aquisição pelos hospitais do Serviço Nacional de Saúde, procedendo à primeira alteração ao Decreto-Lei n.º 195/2006, de 3 de Outubro, e modifica o regime de formação do preço dos medicamentos sujeitos a receita médica e dos medicamentos não sujeitos a receita médica comparticipados, procedendo à segunda alteração ao Decreto-Lei n.º 65/2007, de 14 de Março.
25. INFARMED, Decreto-Lei n.º 106-A/2010, de 01 de Outubro - Adota medidas mais justas no acesso aos medicamentos, combate à fraude e ao abuso na comparticipação de medicamentos e de racionalização da política do medicamento no âmbito do Serviço Nacional de Saúde (SNS) e altera os Decretos-Leis n.os 176/2006, de 30 de Agosto, 242-B/2006, de 29 de Dezembro, 65/2007, de 14 de Março, e 48-A/2010, de 13 de Maio.
26. INFARMED, Portaria n.º 1319/2010 de 28 de Dezembro - Estabelece as condições de atribuição do regime especial de comparticipação de medicamentos, no âmbito do Decreto-Lei n.º 70/2010, de 16 de Junho, que estabelece as regras para a determinação da condição de recursos a ter em conta na atribuição e manutenção das prestações do subsistema de protecção familiar e do subsistema de solidariedade, bem como para a atribuição de outros apoios sociais públicos, e procede às alterações na atribuição do rendimento social de inserção, tomando medidas para aumentar a possibilidade de inserção dos seus beneficiários, procedendo à primeira alteração ao Decreto-Lei n.º 164/99, de 13 de Maio, à segunda alteração à Lei n.º 13/2003, de 21 de Maio, à quinta alteração ao Decreto-Lei n.º 176/2003, de 2 de Agosto, à segunda alteração ao Decreto-Lei n.º 283/2003, de 8 de Novembro, e à primeira alteração ao Decreto-Lei n.º 91/2009, de 9 de Abril.
27. INFARMED, Portaria n.º 222/2014 de 4 de novembro - Define o regime de preços e comparticipações a que ficam sujeitos os reagentes (tiras-teste) para determinação de glicemia, cetonemia e cetonúria e as agulhas, seringas e lancetas destinadas a pessoas com diabetes.
28. INFARMED, Portaria n.º 223/2015 de 27 de julho - Regula o procedimento de pagamento da comparticipação do Estado no preço de venda ao público (PVP) dos medicamentos dispensados a beneficiários do Serviço Nacional de Saúde (SNS).
29. INFARMED, Despacho n.º 17690/2007, de 23 de Julho - Revoga o anexo ao despacho n.º 2245/2003, de 16 de Janeiro - lista das situações de automedicação.
30. INFARMED, Decreto-Lei n.º 189/2008, de 24 de Setembro - Estabelece o regime jurídico dos produtos cosméticos e de higiene corporal, transpondo para a ordem jurídica nacional as Directivas 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 Directiva 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
31. Ministério da Agricultura, do Desenvolvimento Rural e das Pescas Decreto-Lei 296/2007 de 22 de Agosto - Procede à primeira alteração ao Decreto-Lei n.º 136/2003, de 28 de Junho, relativo à aproximação das legislações dos Estados membros respeitantes aos suplementos alimentares comercializados como géneros alimentícios, e transpõe para a ordem jurídica interna a Directiva n.º 2006/37/CE (EUR-Lex), da Comissão, de 30 de Março, no que diz respeito à inclusão do metilfolato de cálcio e do bisglicinato ferroso na lista de substâncias vitamínicas e minerais.
32. Ministério da Agricultura, do Desenvolvimento Rural e das Pescas Decreto-Lei n.º 148/2008, de 29 de Julho - Diário da República, 1.ª série - N.º 145 - 29 de Julho de 2008.
33. INFARMED, Decreto-Lei n.º 145/2009 de 17 de Junho - 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 respectivos acessórios e transpõe para a ordem jurídica interna a Directiva n.º 2007/47/CE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 5 de Setembro.
34. Direção Geral de Saúde (2011). Norma nº 002/2011 - Diagnóstico e Classificação da Diabetes Mellitus. Lisboa
35. Direção Geral de Saúde (2017). Norma nº019/2011 - Abordagem Terapêutica das Dislipidemias no Adulto. Lisboa
36. Direção Geral de Saúde (2013). Norma nº 020/2011 - Hipertensão Arterial: definição e classificação. Lisboa
37. VALORMED: Quem somos Disponível em em:
<http://www.valormed.pt/pt/conteudos/conteudo/id/5>. [Acedido em 19 de Maio de 2018].
38. Ordem dos Farmacêuticos Código Deontológico da Ordem dos Farmacêuticos.
39. Ministério da Saúde Decreto-Lei n.º 81/90 de 12 de Março - Regula a produção, autorização de introdução no mercado e distribuição de medicamentos genéricos.
40. M Vasco (2007). A importância dos medicamentos genéricos. *Cadernos de Economia*; 80: 52-58.
41. INFARMED (2016). *Estatística do Medicamento 2016*.
42. INFARMED (2017). *Comunicado de imprensa - Quota de medicamentos genéricos atinge recorde de 47,8%*. Lisboa

43. S Online: Genéricos: Dedicção, literacia e confiança. Disponível em em: <https://saudeonline.pt/2018/01/22/genericos-dedicacao-literacia-e-confianca/>. [Acedido em 3 de Julho de 2018].
44. INFARMED, Portaria n.º195-B/2015, de 30 de junho - Regula a determinação dos grupos homogéneos para efeitos da comparticipação no sistema de preços de referência
45. INFARMED, Portaria n.º 271/2017 - Procede à primeira alteração da Portaria n.º 195-B/2015, de 30 de junho, que regula a determinação dos grupos homogéneos para efeitos da comparticipação no sistema de preços de referência.
46. INFARMED: Guia dos Genéricos e Preços de Referência. [Acedido em 5 de junho de 2018].
47. C Portela and Pinto M (2005). Sistema de Preços de Referência e impacto sobre a despesa farmacêutica em Portugal.
48. INFARMED: Quais são as vantagens dos medicamentos genéricos? Disponível em em: http://www.infarmed.pt/web/infarmed/perguntas-frequentes-area-transversal/medicamentos_uso_humano/muh_medicamentos_genericos. [Acedido em 6 de junho de 2018].
49. P Barros, *Vantagem económica dos genéricos*.
50. P Caneira, *O sistema de avaliação dos medicamentos genéricos*.
51. Committee for Medicinal Products for Human Use (2010). *Guideline on the investigation of bioequivalence*.
52. INFARMED: Avaliação Biodisponibilidade/Bioequivalência. Disponível em em: www.infarmed.pt. [Acedido em 10 de junho de 2018].
53. A Bica, *Qualidade, segurança e eficácia de base científica*.
54. A S Kesselheim, Misono A S, Lee J L, Stedman M R, Brookhart M A, Choudhry N K, et al. (2008). Clinical equivalence of generic and brand-name drugs used in cardiovascular disease: a systematic review and meta-analysis. *Jama*; 300: 2514-2526.
55. M Portela, *Comprovação da qualidade de Medicamentos Genéricos*.
56. R M Lucas (2011). An epidemiological perspective of ultraviolet exposure—public health concerns. *Eye & contact lens*; 37: 168-175.
57. EuroMelanoma: Cancro da pele. Disponível em em: <https://www.euromelanoma.org/portugal/cancro-da-pele>. [Acedido em 16 de junho de 2018].
58. K Sondenheimer and Krutmann J (2018). Novel means for photoprotection. *Frontiers in Medicine*; 5:
59. C Ribeiro, Relvas A, Carvalho L, Costa V, Gomes L, and Costa M (2017). Proteção solar: Conhecimentos e hábitos na população pediátrica. *Nascer e Crescer*; 26: 31-35.
60. Z Zaidi and Lanigan S W (2010). In: eds. *Skin: structure and function*. 1-15.
61. S W science: Melanin synthesis. Disponível em em: http://www.skinwhiteningscience.com/melanin_synthesis.html. [Acedido em 17 de junho de 2018].
62. P M Plonka and Grabacka M (2006). Melanin synthesis in microorganisms-biotechnological and medical aspects. *Acta Biochimica Polonica*; 53: 429-443.
63. Eucerin: Estrutura e funções da pele. Disponível em em: <https://www.eucerin.com.br/sobre-pele/conhecimentos-basicos-sobre-a-pele/estrutura-e-funcoes-da-pele>. [Acedido em 17 de junho de 2018].
64. Eucerin: Baby and children's skin. Disponível em em: <https://int.eucerin.com/about-skin/basic-skin-knowledge/baby-and-childrens-skin>. [Acedido em 18 de julho de 2018].
65. N Pustišek, Šikanić-Dugić N, Hiršl-Hečej V, and Domljan M L (2010). Acute skin sun damage in children and its consequences in adults. *Collegium antropologicum*; 34: 233-237.
66. S Sachdeva (2009). Fitzpatrick skin typing: applications in dermatology. *Indian Journal of Dermatology, Venereology, and Leprology*; 75: 93.
67. OMS: Ultraviolet radiation and health. Disponível em em: http://www.who.int/uv/uv_and_health/en/. [Acedido em 22 de junho de 2018].
68. U Panich, Sittithumcharee G, Rathviboon N, and Jirawatnotai S (2016). Ultraviolet radiation-induced skin aging: the role of DNA damage and oxidative stress in epidermal stem cell damage mediated skin aging. *Stem cells international*; 2016:
69. Eucerin: O que é a luz solar e como afecta a pele? Disponível em em: <https://www.eucerin.pt/sobre-a-pele/conhecimentos-basicos-da-pele/sol-e-pele>. [Acedido em 20 de julho de 2018].
70. WHO (2002). In: eds. *Global solar UV index*.
71. E Bogumiła Zuba, Koronowska S, Osmola-Mańkowska A, and Jenerowicz D (2016). Drug-induced photosensitivity. *Acta dermatovenerologica Croatica*; 24: 55-55.
72. A M Drucker and Rosen C F (2011). Drug-induced photosensitivity. *Drug safety*; 34: 821-837.
73. EuroMelanoma: Tipos de cancro da pele. Disponível em em: <https://www.euromelanoma.org/portugal/learn-about-skin-cancer/tipos-de-cancro-da-pele>. [Acedido em 24 de junho de 2018].
74. WHO: Skin cancers. Disponível em em: http://www.who.int/uv/health/uv_health2/en/index1.html. [Acedido em 24 de junho de 2018].
75. SkinCancerFoundation (2018). Melanoma.
76. APCO: Relógio solar. Disponível em em: <http://apcancrocuteano.pt/index.php/prevencao/relogio-solar>. [Acedido em 24 de junho de 2018].

77. J Flor, Davolos M R, and Correa M A (2007). Protetores solares. *Química Nova*; 153-158.
78. N P Patel, Highton A, and Moy R L (1992). Properties of topical sunscreen formulations: A review. *The Journal of dermatologic surgery and oncology*; 18: 316-320.
79. SkinCancerFoundation: Sunscreens explained. Disponível em em: <https://www.skincancer.org/prevention/sun-protection/sunscreen/sunscreens-explained>. [Acedido em 25 de junho de 2018].
80. J I F d Santos (2010). *Contracepção hormonal: evolução ao longo dos anos*.
81. G Sedgh, Singh S, and Hussain R (2014). Intended and unintended pregnancies worldwide in 2012 and recent trends. *Studies in family planning*; 45: 301-314.
82. AAPCA (2005). Emergency contraception. *Pediatrics*; 116: 1026.
83. WHO: Emergency contraception. Disponível em em: <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/emergency-contraception>. [Acedido em 27 de junho de 2018].
84. A Pacheco, Costa A, and Martins I (2015). Recomendações Sobre Contraceção De Emergência. *Soc. Port. da Contraceção*;
85. Assembleia da República *Lei n.º 19/2009, de 12 de Maio - Altera o Código das Sociedades Comerciais e o Código do Registo Comercial, transpondo para a ordem jurídica interna as Directivas n.os 2005/56/CE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 26 de Outubro, relativa às fusões transfronteiriças das sociedades de responsabilidade limitada, e 2007/63/CE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 13 de Novembro, que altera as Directivas n.os 78/855/CEE e 82/891/CEE, do Conselho, no que respeita à exigência de um relatório de peritos independentes aquando da fusão ou da cisão de sociedades anónimas, e estabelece o regime aplicável à participação dos trabalhadores na sociedade resultante da fusão*
86. S E Snow, Melillo S N, and Jarvis C I (2011). Ulipristal acetate for emergency contraception. *Annals of Pharmacotherapy*; 45: 780-786.
87. INFARMED, Portaria n.º 97/2018 - *Diário da República n.º 69/2018, Série I de 9 de abril de 2018 - Primeira alteração à Portaria n.º 1429/2007, de 2 de novembro, que define os serviços farmacêuticos que podem ser prestados pelas farmácias*.
88. AHC: Eating Well after Ostomy Surgery. Disponível em em: <https://www.albertahealthservices.ca/assets/info/nutrition/if-nfs-eating-well-after-ostomy-surgery.pdf>. [Acedido em 30 de junho de 2018].
89. UPMC: Care of stoma. Disponível em em: <http://www.upmc.com/patients-visitors/education/ostomy/Pages/care-of-stoma.aspx>. [Acedido em 1 de julho de 2018].
90. B S Rolstad and Erwin-Toth P L (2004). Peristomal skin complications: prevention and management. *Ostomy Wound Management*; 50: 68-77.
91. A Cabral (2009). Associação Portuguesa de Ostomizados (APO). *Jornal Da Secção Regional Do Centro Da Ordem Dos Enfermeiros*; 20: 14.
92. M S A Vinhas (2011). *Complicações das ostomias urinárias e digestivas*. U.PORTO. Porto
93. A Pinheiro, Tavares M, Seíça A, and Alves E, *Guia de Ostomias para o Profissional*. 2013, ConvaTec.
94. A Dabirian, Yaghmaei F, Rassouli M, and Tafreshi M Z (2011). Quality of life in ostomy patients: a qualitative study. *Patient preference and adherence*; 5: 1.
95. L Manderson (2005). Boundary breaches: the body, sex and sexuality after stoma surgery. *Social science & medicine*; 61: 405-415.
96. B John, Kim M-Y, and Kelly D (2018). Risk factors associated with peristomal skin complications: integrative literature. *World Council of Enterostomal Therapists Journal*; 38:
97. D L Butler (2009). Early postoperative complications following ostomy surgery: a review. *Journal of Wound Ostomy & Continence Nursing*; 36: 513-519.
98. UPMC: Ostomy Nutrition Guide. Disponível em em: <http://www.upmc.com/patients-visitors/education/nutrition/Pages/ostomy-nutrition-guide.aspx>. [Acedido em 1 de julho de 2018].
99. UOAA (2017). *Ostomy Nutrituin Guide*. EUA
100. J C Colwell (2017). In: eds. *Managing the IBD Patient with Ostomy Complications*. 311-318.

Anexos

ANEXO 1



Figura 1 - Localização da FG (indicada pelo ponto vermelho no mapa).



Figura 2 - Espaço exterior da FG.

ANEXO 2

Pierre Fabre
Dermo-Cosmétique

CERTIFICADO DE FREQUÊNCIA DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL

Certifica-se que (nome) _____

natural de Travão, nascido(a) a 11 / 1 / 1996,

com nacionalidade Portuguesa, portador(a) do cartão de Cidadão Nº 11314353,

válido de, / / , frequentou em (data) 19 / 3 / 2018,

com a duração total de 6 horas, a acção de formação profissional.

Designação da acção

(Módulo Avène 1, 2, 3)

Carimbo da PFDC

O (a) Formador(a)

João Loureiro
Inês Carneiro
Formadora Pierre Fabre
Certificado de Competência
Pedagogias Nº FCS0602015

Certificado Nº C573005 / 2016

Firmo João Dermo-Cosmétique Portugal LDA. Sede social: Rua Rodrigo da Fonseca, Nº 178 - 3º e 5º - 1070-243 Lisboa
Matriculada no conservatório do registo Comercial de Lisboa Sida o Nº 64502 - Nº 501 737 835 - Capital Social 500 000€

Tel: 213 825 320 - Fax: 213 888 701 / 213 860 336

A. DERMA. DUCRAY KLORENE FUJITERRE KLORENE GALÉNIC

Figura 3 - Certificado de participação na formação: "Avène - módulos I, II e III".



ESCOLA DE
PÓS-GRADUAÇÃO
EM SAÚDE E GESTÃO

CERTIFICADO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL

Certifica-se que **Daniela Patrícia Cardoso Gomes**, natural de **Massarelos**, nascida a **11-01-1996**, de nacionalidade **Portuguesa**, portadora do **Documento de Identificação** n.º **14749353-6-ZY2**, válido até **24-08-2019**, frequentou a ação de formação **Ostomia - O primeiro ano de intervenção nas Farmácias**, que decorreu em **Porto**, realizado a **16 de abril de 2018**.

Conteúdo Programático

- O primeiro ano de ostomia nas farmácias num novo enquadramento
- Viver bem com ostomia e com as farmácias
- Experiências, dificuldades e intervenção farmacêutica

TOTAL 2 HORAS

Direção da EPGSG

Certificado n.º 3411/2018 de acordo com o modelo publicado na portaria n.º 474/2010

DEPARTAMENTO DE FORMAÇÃO
Rua Marechal Saldanha, 1. 1249-069 Lisboa
Tel: (+351) 213 400 600. Fax: (+351) 210 410 494
www.escolasaudagestao.pt * escola@anf.pt
Infosaúde N.º Contribuinte 505 215 330



Figura 4 - Certificado de participação na formação "Ostomia - o primeiro ano de intervenção nas farmácias".



ESCOLA DE
PÓS-GRADUAÇÃO
EM SAÚDE E GESTÃO

CERTIFICADO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL

Certifica-se que **Daniela Patrícia Cardoso Gomes**, natural de **Massarelos**, nascida a **11-01-1996**, de nacionalidade **Portuguesa**, portadora do **Documento de Identificação** n.º **14749353-6-ZY2**, válido até **24-08-2019**, frequentou a ação de formação **Psoríase. Aconselhamento e Intervenção Farmacêutica**, que decorreu em **Porto**, realizado a **18 de abril de 2018**.

Conteúdo Programático

- Fisiopatologia
- Diagnóstico
- Tratamentos disponíveis
- O papel do farmacêutico

TOTAL 2 HORAS



Direção da EPGSG

Certificado n.º 2712/2018 de acordo com o modelo publicado na portaria n.º 474/2010

DEPARTAMENTO DE FORMAÇÃO
Rua Marechal Saldanha, 1. 1249-069 Lisboa
Tel: (+351) 213 400 600. Fax: (+351) 210 410 494
www.escolasadegestao.pt * escola@anf.pt
Infosaúde N.º Contribuinte 505 215 330

GRUPO
anf



Figura 5 - Certificado de participação na formação "Psoríase. Aconselhamento e intervenção farmacêutica".

Auditório do Edifício ANF, Porto, 9 de Maio de 2018

Certificado de Participação



Certifica-se que

DANIELA PATRICIA CARDOSO GOMES

participou na sessão

"Emagreça onde mais precisa",

A Direcção da Delegação do Norte da ANF

A handwritten signature in black ink.

anf

Associação Nacional das Farmácias

N.º Contribuinte: 500 585 494

Rua Eng.º Ferreira Dias, 72B – 4100-266 Porto – Telefone: 22 516 79 80 Fax: 22 040 10 07

Figura 6 - Certificado de participação na formação "Emagreça onde mais precisa".



ESCOLA DE
PÓS-GRADUAÇÃO
EM SAÚDE E GESTÃO

CERTIFICADO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL

Certifica-se que **Daniela Patrícia Cardoso Gomes**, natural de **Massarelos**, nascida a **11-01-1996**, de nacionalidade **Portuguesa**, portadora do **Documento de Identificação** n.º **14749353-6-ZY2**, válido até **24-08-2019**, frequentou a ação de formação **Higiene e cuidados de Saúde Oral: o papel da Farmácia**, que decorreu em **Porto**, realizado a **15 de maio de 2018**.

Conteúdo Programático

- A Saúde Oral em Portugal
- Intervenção farmacêutica na prevenção e nos cuidados de saúde oral
- Aconselhamento Farmacêutico aos utilizadores de prótese dentária

TOTAL 2 HORAS

Direção da EPGSG

Certificado n.º 5628/2018 de acordo com o modelo publicado na portaria n.º 474/2010

DEPARTAMENTO DE FORMAÇÃO
Rua Marechal Saldanha, 1. 1249-069 Lisboa
Tel: (+351) 213 400 600. Fax: (+351) 210 410 494
www.escolasaudagestao.pt * escola@anf.pt
Infosaúde N.º Contribuinte 505 215 330

GRUPO
anf



Figura 7 - Certificado de participação na formação "Higiene e cuidados de saúde oral: o papel do farmacêutico".



ESCOLA DE
PÓS-GRADUAÇÃO
EM SAÚDE E GESTÃO

CERTIFICADO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL

Certifica-se que **Daniela Patrícia Cardoso Gomes**, natural de **Massarelos**, nascida a **11-01-1996**, de nacionalidade **Portuguesa**, portadora do **Documento de Identificação** n.º **14749353-6-ZY2**, válido até **24-08-2019**, frequentou a acção de formação **Abordagem local ao tratamento da ferida aguda**, que decorreu em **Porto**, realizado a **23 de maio de 2018**.

Conteúdo Programático

Abordagem local ao tratamento da ferida aguda:

- Introdução;
- Fisiologia da cicatrização das feridas agudas;
- Avaliação e Classificação da ferida aguda;
- Fatores que influenciam a cicatrização;
- Limpeza e preparação do leito da ferida;
- Opções Terapêuticas na abordagem à ferida aguda;
- Resolução de casos clínicos.

TOTAL 2 HORAS



Direção da EPGSG

Certificado n.º 4894/2018 de acordo com o modelo publicado na portaria n.º 474/2010

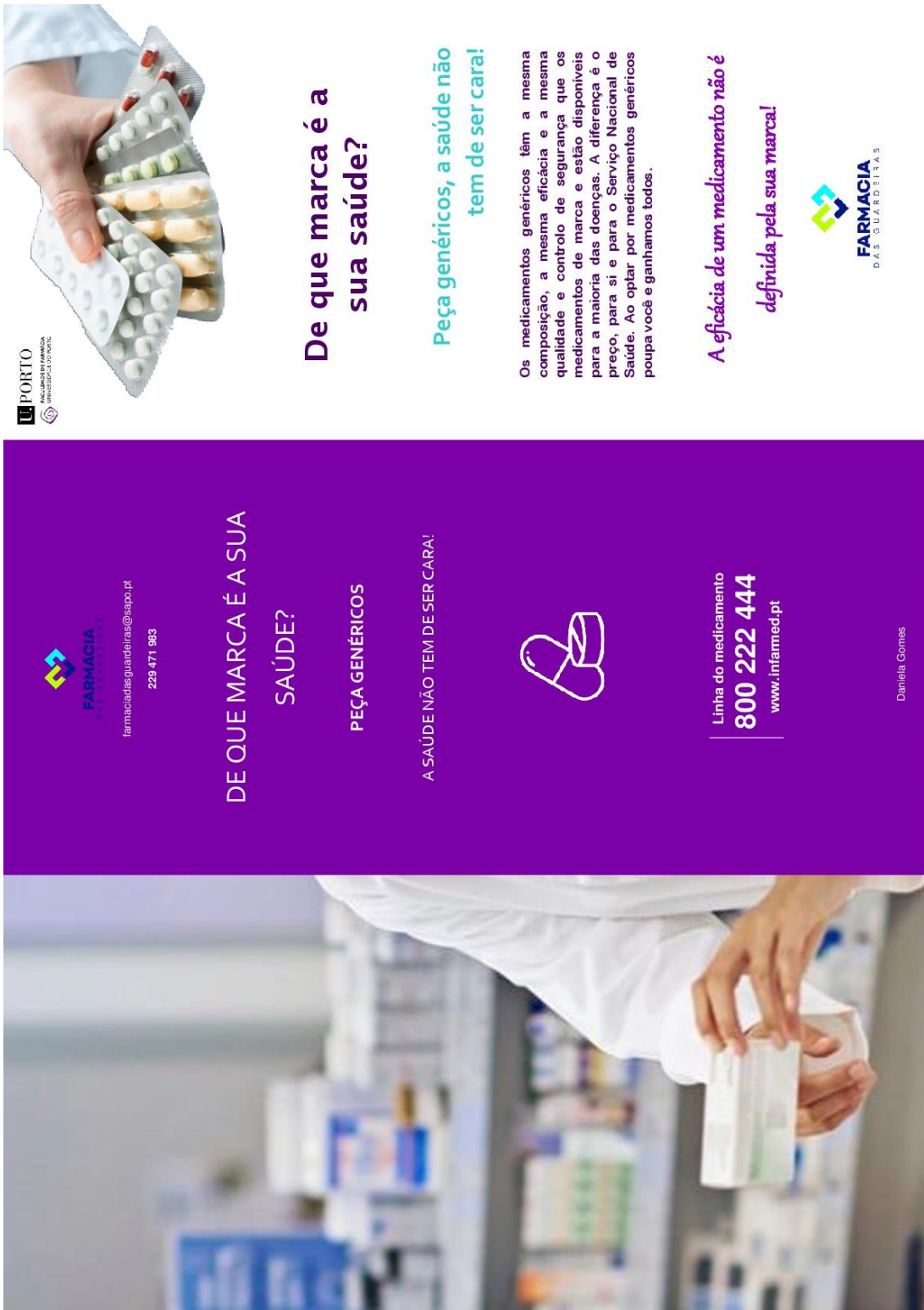
DEPARTAMENTO DE FORMAÇÃO
Rua Marechal Saldanha, 1. 1249-069 Lisboa
Tel: (+351) 213 400 600. Fax: (+351) 210 410 494
www.escolasaudigestao.pt * escola@anf.pt
Infosaúde N.º Contribuinte 505 215 330

GRUPO
anf



Figura 8 - Certificado de participação na formação "Abordagem local ao tratamento da ferida aguda".

ANEXO 3



UNIVERSIDADE DO PORTO
FACULDADE DE FARMÁCIA
FARMACIA DAS GUARDEIRAS

DE QUE MARCA É A SUA SAÚDE?

PEÇA GENÉRICOS

A SAÚDE NÃO TEM DE SER CARA!

800 222 444
www.infarmed.pt

Daniela Gomes

Peça genéricos, a saúde não tem de ser cara!

Os medicamentos genéricos têm a mesma composição, a mesma eficácia e a mesma qualidade e controlo de segurança que os medicamentos de marca e estão disponíveis para a maioria das doenças. A diferença é o preço, para si e para o Serviço Nacional de Saúde. Ao optar por medicamentos genéricos poupa você e ganhamos todos.

A eficácia de um medicamento não é definida pela sua marca!

FARMACIA DAS GUARDEIRAS

Figura 9 - Panfleto genéricos (frente).

O que é um medicamento genérico?

Um medicamento genérico é um medicamento com a mesma substância ativa, forma farmacêutica e dosagem e com a mesma indicação terapêutica que o medicamento de marca ("original"), que serviu de referência. Os genéricos são lançados quando a patente do medicamento de marca expira.

Qual a diferença entre um medicamento genérico e um medicamento de marca (ou "original"?)

O medicamento de marca é o medicamento que após anos de investigação deu origem a uma nova substância ativa. A substância ativa é o "ingrediente" responsável pela ação terapêutica do medicamento no organismo. Um medicamento genérico tem a mesma substância ativa, forma farmacêutica e dosagem do medicamento de marca, tendo assim o mesmo efeito e benefício.

Como reconhecer um medicamento genérico?

Os medicamentos genéricos não têm marca! São identificados pela denominação comum internacional (DCI), pela dosagem (ex. 500 mg), pelo nome do laboratório e pela sigla "MG", inserida na embalagem exterior do medicamento.

MG

Por que razão são os medicamentos genéricos mais baratos?

Os medicamentos genéricos não têm os custos de investigação dos medicamentos de marca e portanto são **20 ou 35% mais baratos** que os originais.

E são tão bons como os medicamentos de marca?

Sim. Os medicamentos genéricos são sujeitos aos mesmos requisitos de qualidade, segurança e eficácia que os medicamentos de marca, desde o seu fabrico à venda ao utente.

Por que deve optar por medicamentos genéricos?

Para além de estar garantida a sua qualidade, segurança e eficácia, o seu preço é mais baixo que o do medicamento de marca. Assim, **poupa o utente** e poupa o **Sistema Nacional de Saúde**.

POUPA VOCÊ, GANHAMOS TODOS

Os genéricos podem ter aspeto diferente dos medicamentos de marca?

Sim. O aspeto dos medicamentos genéricos pode variar de acordo com o fabricante, nomeadamente com a tecnologia usada (tipo de máquina, corante etc.) o que pode fazer variar a forma, tamanho e aspeto mas a composição é a mesma que a do medicamento de marca e a sua qualidade, eficácia e segurança não fica comprometida.

Quem garante a qualidade dos medicamentos genéricos?

Todos os medicamentos (sejam de marca ou genéricos) têm de ser aprovados a nível europeu pela Agência Europeia do Medicamento ou então pela autoridade regulamentadora nacional – INFARMED. Para que um genérico obtenha aprovação por estas entidades, o fabricante tem que comprovar a qualidade, segurança e eficácia, e realizar um estudo de bioequivalência que comprove que os valores são comparáveis ao de marca que serviu de referência.

Como posso saber quais os medicamentos mais baratos?

Na farmácia questione o farmacêutico sobre quais as opções que tem a seu dispor. Ele deverá informá-lo e orientá-lo sobre os preços dos vários medicamentos. Em alternativa pode contactar a linha do medicamento (800 222 444), consultar o site do INFARMED em "Pesquisa Medicamento" e ainda utilizar a aplicação "Poupe na Receita" disponível para Android e IOS.

**TRATE A SUA DOENÇA COM
MEDICAMENTOS EQUIVALENTES A MENOR
PREÇO!**

Figura 10 - Panfleto genéricos (verso).

ANEXO 4

Questionário de Fitzpatrick

1. Disposição genética

Cor de olhos

Azul claro, cinzento claro ou verde-claro	0
Azul, cinzento ou verde	1
Avelã ou castanho-claro	2
Castanho-escuro	3
Preto acastanhado	4

Cor natural do cabelo

Ruivo ou loiro	0
Loiro	1
Loiro-escuro ou castanho-claro	2
Castanho-escuro	3
Preto	4

Cor natural da pele (antes da exposição solar)

Marfim	0
Clara pálida	1
Clara a bege, com tom dourado	2
Azeitona ou castanho claro	3
Castanho escuro ou preto	4

Quantas sardas tem na pele, em áreas não expostas?

Muitas	0
Várias	1
Algumas	2
Muito poucas	3
Nenhumas	4

Total relativo à disposição genética

A

Figura 11 - Questionário de Fitzpatrick.

2. Reação da pele ao sol*Como reage a sua pele ao sol?*

Queima sempre, forma bolhas e descama	0
Muitas vezes queima, forma bolhas e descama	1
Queima moderadamente	2
Raramente queima	3
Nunca queima	4

A sua pele bronzeia?

Nunca (queima sempre)	0
Raramente	1
Às vezes	2
Muitas vezes	3
Sempre	4

Como costuma ser o seu bronzeado?

Inexistente ou muito ligeiro	0
Ligeiro	1
Moderado	2
Profundo	3
A minha pele é naturalmente escura	4

Qual a sensibilidade do rosto ao sol?

Muito sensível	0
Sensível	1
Normal	2
Resistente	3
Muito resistente/nunca tive um problema	4

Total relativo à reação da pele ao sol**B**

Classificação (A+B)		
0-6 pontos	_____	Fototipo I
7-12 pontos	_____	Fototipo II
13-18 pontos	_____	Fototipo III
19-24 pontos	_____	Fototipo IV
25-30 pontos	_____	Fototipo V
mais de 31 pontos	_____	Fototipo VI

ANEXO 5

Fototipos	
I Pele muito clara, olhos azuis ou verdes, sardas e cabelos loiros ou ruivos.	A pele fica sempre vermelha e nunca bronzeia. Autoproteção de: 5 a 10 min. Propensão muito elevada para cancro da pele. Utilização de no mínimo SPF 30.
II Pele clara, olhos claros, e cabelo alourado.	A pele fica vermelha facilmente e bronzeia com dificuldade. Autoproteção: 10 a 20 min. Propensão muito elevada para cancro da pele. Utilização de no mínimo SPF 30.
III Pele clara, olhos castanhos, e cabelo acastanhado.	A pele bronzeia gradualmente mas às vezes sofre queimadura solar. Autoproteção de 20 a 30 min. Propensão para cancro da pele.
IV Pele morena, olhos escuros, e cabelo escuro.	A pele bronzeia facilmente e raramente sofre queimadura solar. Autoproteção: cerca de 45 min. Alguma propensão para cancro da pele. Vigiar aparecimento ou alterações de sinais.
V Pele muito morena, olhos escuros e cabelo escuro.	A pele raramente queima. Autoproteção: cerca de 60 min.
VI Pele negra, olhos escuros e cabelo escuro.	A pele nunca sofre queimadura solar. Autoproteção: 90 min.

Figura 12 - Os fotótipos de pele.

ANEXO 6

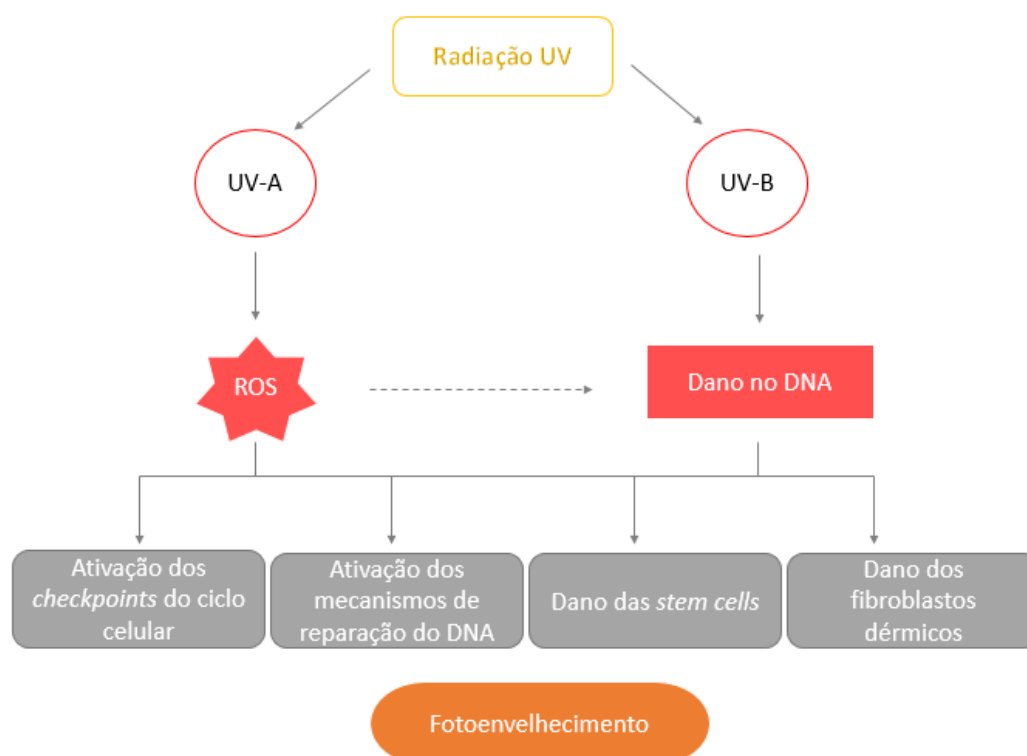


Figura 13 - Efeitos diretos e indiretos provocados pela radiação UV sobre o DNA.

ANEXO 7

ÍNDICE ULTRAVIOLETA (IUV)

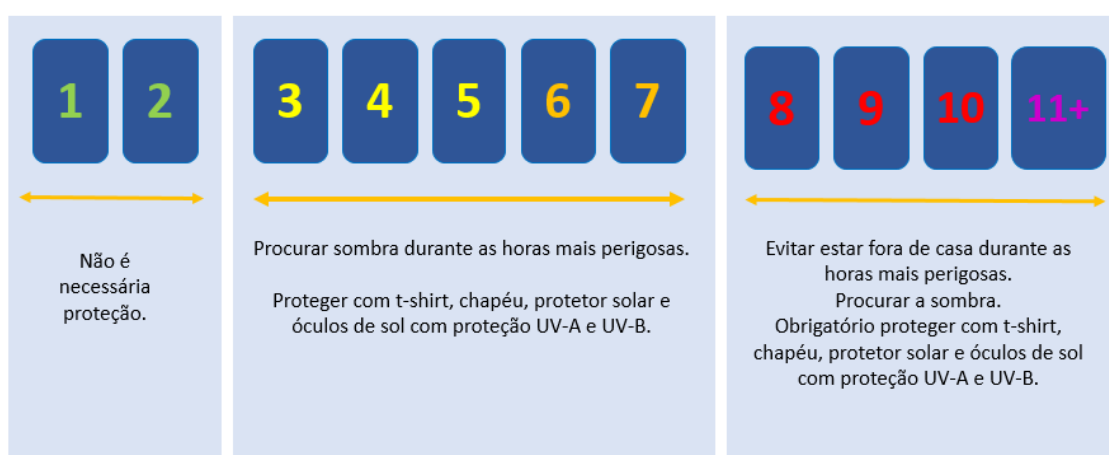


Figura 14 - Comportamentos a adotar consoante o índice UV.

ANEXO 8

Tabela 3 – Principais medicamentos fotossensibilizantes.

Classe	Fármaco
ANTIBIÓTICOS	• Tetraciclina (doxiciclina e tetraciclina) • Quinolonas e Fluoroquinolonas (ciprofloxacina, ofloxacina, levofloxacina) • Sulfonamidas
ANTIMALÁRICO	• Hidroxicloroquina
ANTI-INFLAMATÓRIOS (AINES)	• Ibuprofeno • Cetoprofeno • Diclofenac • Naproxeno • Piroxicam • Celecoxib
DIURÉTICOS	• Furosemida • Hidroclorotiazida • Clorotiazida
IECAs	• Enalapril
ANTIARRÍTMICOS	• Diltiazem • Amiodarona
RETINÓIDES	• Isotretinoína • Tretinoína
HIPOGLICEMIANTE	• Glibenclamida • Glimepirida
ANTIDISLIPIDÉMICO	• Fenofibrato
NEUROLÉTICOS	• Flufenazina
ANTIEPILÉTICOS E ANTICONVULSIVANTES	• Carbamazepina
ANTI-HISTAMÍNICOS	• Difenidramina • Dimetindeno • Prometazina
CITOTÓXICOS	• Fluorouracilo • Metotrexano • Ciclofosfamida
ANSIOLÍTICOS	• Alprazolam • Clordiazepóxido
ANTIDEPRESSIVOS TRICÍCLICOS	• Amitriptilina

ANEXO 9



Figura 15 - Folheto sobre proteção solar (frente).

Procure a sombra! Proteja-se da exposição direta do sol, principalmente entre as 11h e as 17h.

Utilize protetor solar com um índice elevado ($\geq$ a 30) a cada 2 horas.

Aplique o protetor solar 15 min. antes de sair de casa.



Mantenha-se hidratado: beba mais água, mesmo sem ter sede.

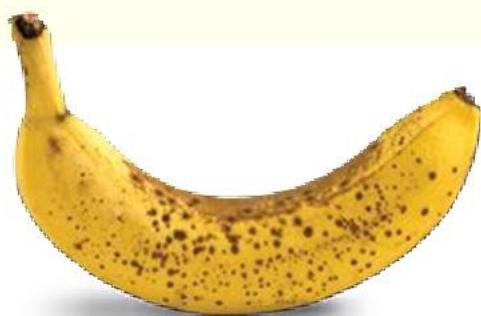


Use **vestuário largo, leve e fresco**: para roupa de cor clara escolha tecidos que tenham densidade elevada ou sejam opacos; Para roupa de cor escura, a densidade pode ser menor.

Sinais ou manchas que:

Habitue-se a **examinar a sua pele** uma vez por mês. O que procurar?

- ☐ Mudem de tamanho, forma ou cor;
- ☐ Sejam assimétricos;
- ☐ Tenham várias cores;
- ☐ Tenham mais de 6 mm;
- ☐ Sangrem ou deitem líquido.



Preocupe-se com sinais e manchas cutâneas!

E lembre-se: se notar algo fora do comum consulte o seu dermatologista!

Farmácia das Guardadeiras

| 229 471 983 |

Daniela Gomes

Figura 16 - Folheto sobre proteção solar (verso).

ANEXO 10

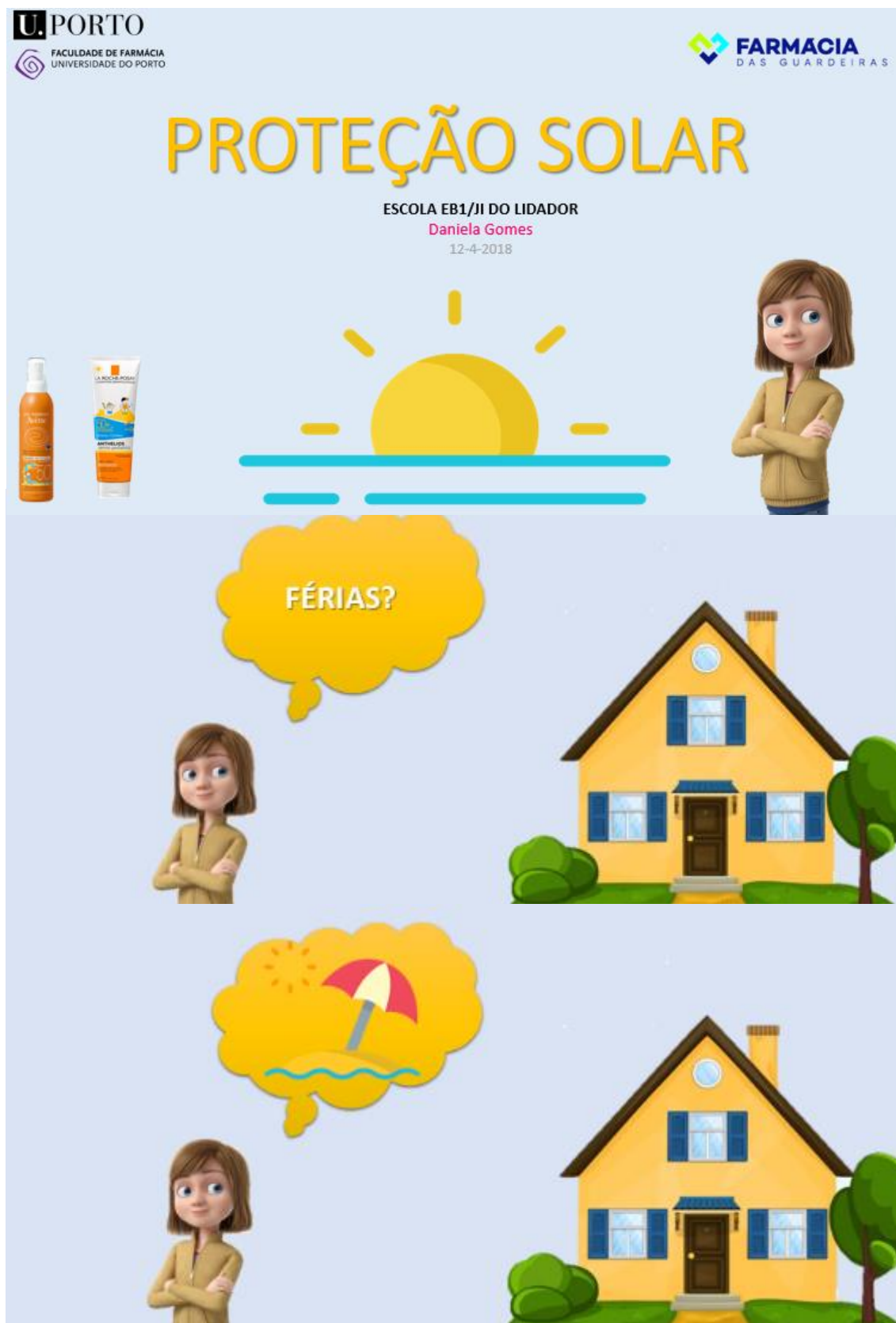
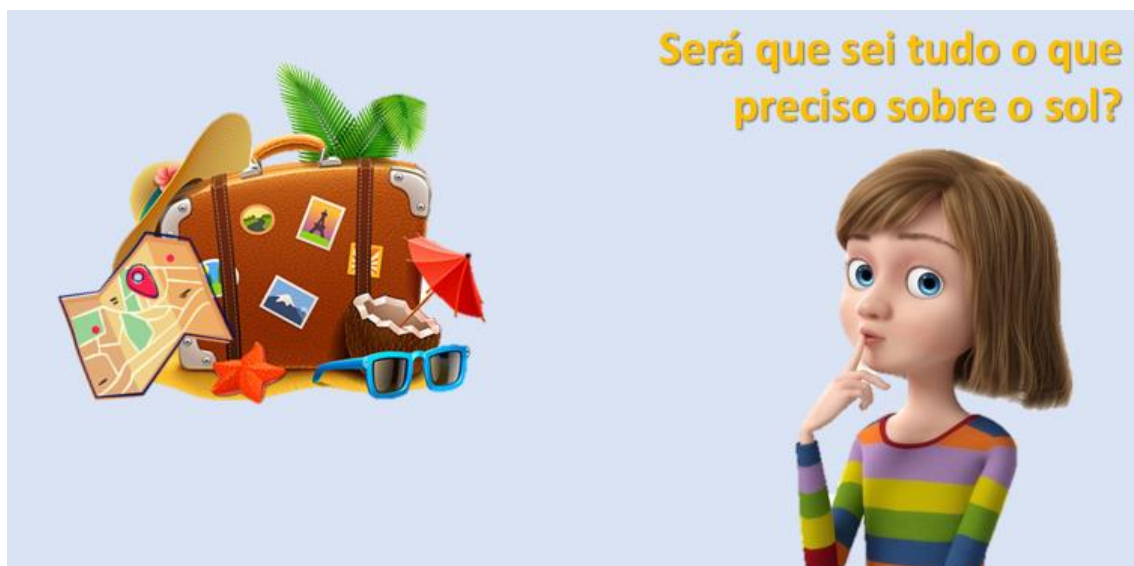
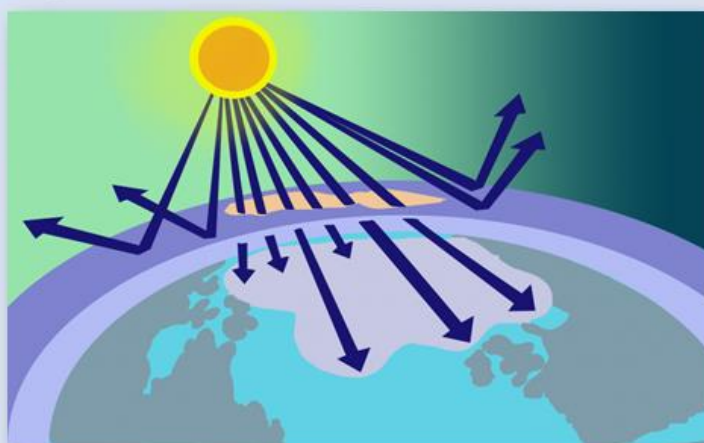


Figura 17 - PowerPoint apresentado na escola EB1/JI do Lidador.

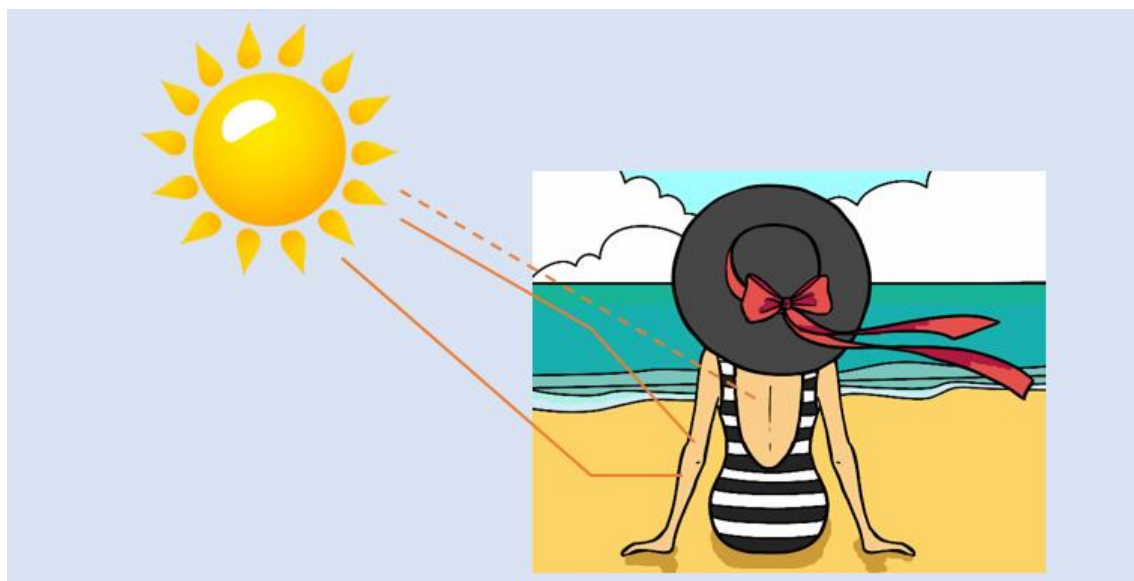


A radiação solar...

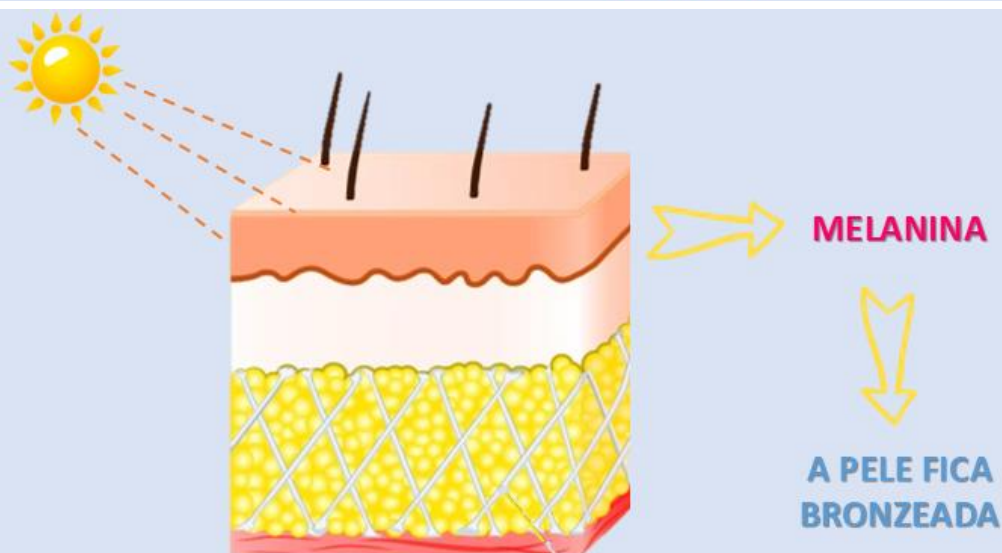
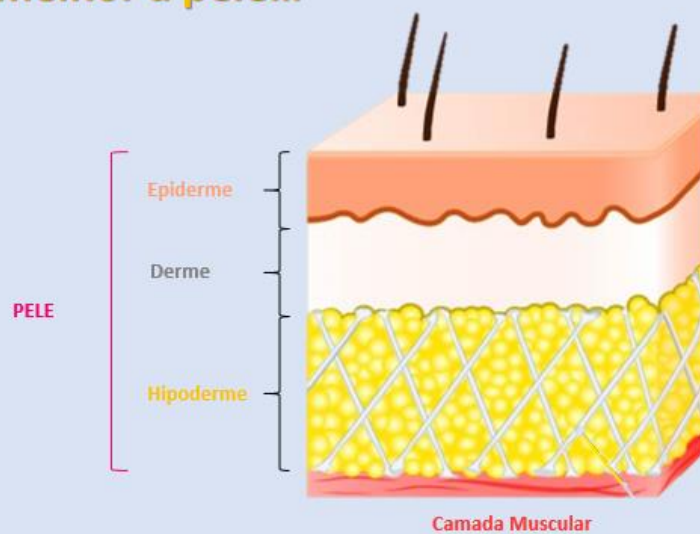


Apenas 10% dos UV atingem a Terra!

UVB
UVA
VISÍVEL
IV



Conhecer melhor a pele...



Quando é que o sol é mais forte?



AO MEIO DIA O SOL É MAIS FORTE!

Quando é que a Rita pode ir à praia?



Início da manhã, até às 11h
e
Final da tarde, depois das 17h



Entre as 11h e as 12h
e
Entre as 16h e as 17h



Entre as 12h e as 16h

Conhecer o sol com a ajuda da sombra



Conhecer o sol com a ajuda da sombra



Se a sombra é maior que os objetos podemos brincar com segurança.



Se a sombra é do mesmo tamanho que os objetos deve-se brincar com cuidado.



Se a sombra é menor que os objetos o sol está muito quente.

Como é que a pele reage ao sol?

Fototipo

Cor do Cabelo

Cor dos Olhos

Cor da pele

Sardas ou sinais



Pele pouco protegida



Pele mais ou menos protegida



Pele muito protegida

Todos devem ter cuidado com o sol!

O que devo colocar no meu saco de praia?



O que devo colocar no meu saco de praia?



Protetor solar!

Protetor solar



Antes de sair de casa;

Voltar a aplicar sempre depois de cada banho;

Aplicar de 2 em 2 horas.

SPF 50+ bloqueia 98% dos raios UVB.

Só devemos colocar protetor solar na praia?



Praia

Recreio

Piscina

Parque

Todos os dias!



SINAIS
POR VEZES SINAIS DE PERIGO

A **REGRA ABCDE** permite vigiá-los com regularidade:

- A**ssimétrico...
- B**ordos irregulares...
- C**or não homogénea...
- D**iâmetro superior a 6 mm...
- E**volução...

A Rita já pode ir de férias!



ANEXO 11



Figura 18 - Registo fotográfico da atividade realizada com os alunos do 4ºA da escola EB1/JI do Lيدador.

ANEXO 12



Figura 19 - Amostras oferecidas às crianças.

ANEXO 13



Figura 20 - Exposição dos desenhos das crianças realizada no dia mundial da criança.

ANEXO 14

Tabela 4 – Contraceção oral de emergência disponível no mercado e seus respectivos mecanismos de ação e taxa de eficácia.

Método	Nome comercial	Dose/via	Intervalo de eficácia	Mecanismo de ação	Taxa de eficácia
Acetato de ulipristal (AUP)	EllaOne®	30 mg via oral Toma única	Nas 120 horas após ato sexual desprotegido	Inibe ou atrasa a ovulação até 5 dias	99,1% (0-24h) 98,6% (0-72h) 98,7% (0-120h)
Levonorgestrel (LNG)	Norlevo® Postinor®	1,5 mg via oral Toma única	Nas 72 horas após ato sexual desprotegido	Inibe ou atrasa a ovulação por 5 dias	95% quando utilizado < 24h; 85% quando utilizado 24 - 48h; 58% quando utilizado 49 - 72h,

ANEXO 15



Figura 21 - Folheto informativo sobre contraceção oral de emergência (frente).

O que é a Contraceção Oral de Emergência (COE) ou “pílula do dia seguinte”?

A COE é um método contraceptivo utilizado para prevenir uma gravidez após o ato sexual não protegido, isto é, em caso de falha do método contraceptivo. Deve ser utilizada até **5 dias** após o ato sexual mas a sua eficácia é tanto superior quanto mais rapidamente for iniciado o tratamento.

Qual a eficácia da “pílula do dia seguinte”?

A eficácia é tanto maior quanto mais cedo for usada a COE. O **risco** de gravidez é 4-8 vezes superior quando não se utiliza a CE.

O que é mais eficaz a CE ou a pílula de toma diária?

A pílula de toma diária é muito mais eficaz que a COE. A pílula de toma diária tem uma eficácia de 99% se for tomada de uma forma correta, regular e continuada.

A COE tem efeitos secundários?

A COE geralmente é bem tolerada, no entanto podem surgir algumas queixas como: **náuseas e vômitos** (25% das mulheres podem sentir náuseas e dessas apenas metade tem vômitos); tensão mamária; cefaleias; tonturas; fadiga; diarreia; ou pequenas perdas de sangue após a toma da COE, que habitualmente não está associado a qualquer problema. Estes sintomas tenderão a desaparecer. Se estiver preocupada com algum destes efeitos consulte um profissional de saúde.

Como atua a COE?

A “pílula do dia seguinte” previne uma gravidez, inibindo ou atrasando a ovulação e previne a fertilização ou a implantação. No entanto este **não é um método abortivo**, ou seja, é importante certificar-se que não existe uma gravidez antes de iniciar o tratamento.

O retorno à fertilidade é imediato após a COE?

Sim, o retorno à fertilidade é imediato, por isso é muito importante usar outro método (como o preservativo) até aparecer a menstruação. Ou seja, é **possível engravidar logo depois de fazer a COE**.

Como é que sei se a COE foi eficaz?

Se tiver o seu período menstrual. A menstruação poderá antecipar-se ou atrasar-se mais ou menos 1 semana da data prevista. Pode sempre optar por fazer um teste de gravidez.

A “PÍLULA DO DIA SEGUINTE” NÃO PREVINHA AS DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

E se a COE de emergência falhar e ficar grávida a COE “faz mal” ao feto?

Não, a **COE não faz mal ao feto**. Após um teste de gravidez positivo a mulher deve, o mais cedo possível, iniciar a vigilância da gravidez. As consultas de saúde materna e os exames necessários para uma correta vigilância da gravidez são gratuitos nos centros de saúde.

Se ocorrerem vômitos nas primeiras 3 horas, a toma da COE deve ser repetida.



Figura 22 - Folheto informativo sobre contraceção oral de emergência (verso).

ANEXO 16

Tabela 5 – Alimentos que podem alterar o aspeto e a consistência dos efluentes de uma ostomia.

Produção de gás	Produção de odor	Aumento do volume fecal	Obstrução do estoma
Feijão Soja Pepino Leite Frutos secos Laticínios Cebola Rabanete Couve-flor Bebidas alcoólicas Bebidas com gás	Espargos Brócolos Couve Azeite Alho Cebola Ovos Peixe Manteiga de Amendoim Queijos fortes	Couve cozida Vegetais Leite Especiarias Frutas Bebidas alcoólicas	Couve Frutos secos Laranja Ananás Pipocas Sementes Alho francês Milho Cogumelos Fruta desidratada
Alteração de cor	Controlo de odor	Controlo da diarreia	Alívio da obstipação
Espargos Corantes alimentares Ferro Morangos Molhos de tomate Beterraba	Natas Sumo de arando Sumo de laranja Iogurte Molhos de tomate	Sumo de maçã Banana Arroz cozido Marshmallows Manteiga de amendoim Suplementos de pectina Tapioca Pão torrado	Café (quente ou frio) Fruta (normal ou cozida) Legumes cozidos Água Bebidas (quentes ou frias)

ANEXO 17



Figura 23 - Manual de Ostomia.



Índice

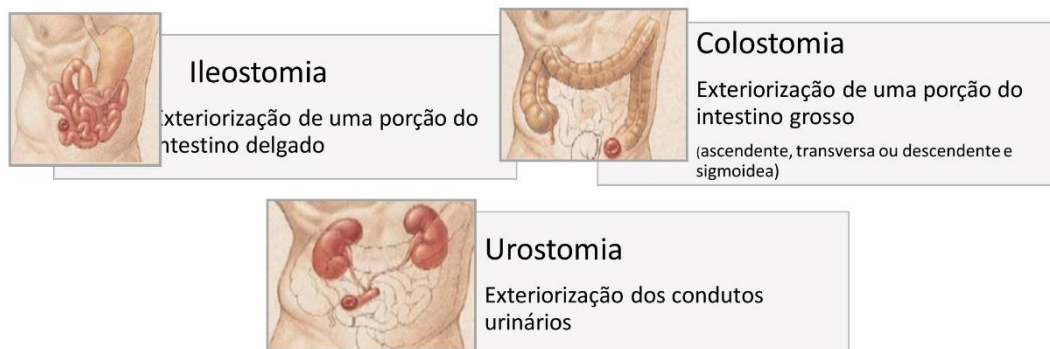
1. Ostomias.....	3
1.1. Ostomias e tipos de efluentes.....	4
2. Cuidados e acompanhamento no pós-operatório.....	5
2.1 Higiene e cuidados.....	6
2.1.1. O Banho.....	6
2.1.2 Higiene do estoma e troca do dispositivo.....	6
2.1.3 Odor.....	7
2.1.4 Pele.....	7
2.1.5 Gases.....	7
2.2 Mudança do dispositivo.....	8
2.3 Ostomia submetida a tratamentos de radioterapia ou quimioterapia.....	8
3. Alimentação.....	8
4. Complicações.....	10
5. Medicação.....	12
6. Qualidade de vida.....	14
7. Produtos.....	15
7.1 Tipos de dispositivos.....	15
7.1.1 Sacos fechados.....	15
7.1.2 Sacos drenáveis.....	16
7.1.3 Sacos para urostomia.....	16
7.2 Acessórios.....	16
8. Saber +.....	17
9. Anexos.....	18
Anexo I.....	18



1. Ostomias

Ostomia é o termo usado para designar o resultado obtido de uma cirurgia que cria uma abertura alternativa para saída de efluente fecal ou urinário através da parede abdominal ou outra. A designação desta nova abertura para o exterior deriva do grego e recebe o nome de estoma/ostoma, que significa boca.

As ostomias podem ser temporárias ou definitivas: as temporárias são criadas para situações em que no futuro será possível reestabelecer o trânsito intestinal, sendo que as definitivas são realizadas quando estamos perante lesões irreversíveis no trato urinário ou intestinal.



De uma forma geral podemos encontrar 3 tipos de ostomias:

- > **Outras:** traqueostomia/estomas de alimentação/fistulas – estas por serem menos frequentes não serão abordadas neste guia.

Numa situação ideal o estoma deve encontrar-se húmido, brilhante e com uma cor rosa/avermelhada e suave ao toque, tal como o interior da nossa boca. É uma zona que não apresenta sensibilidade devido à ausência de terminações nervosas, no entanto, como se trata de uma zona muito irrigada, não deve ser sujeita a fricção sob o risco de ocorrerem hemorragias.

O estoma pode ser raso (retraído) ou saliente.



1.1. Ostomias e tipos de efluentes

A localização do estoma deve ser definida tendo em conta a porção afetada (seja esta intestinal ou urinária), adaptando-a sempre às necessidades e preferências de cada utente de forma a evitar futuras complicações (ver secção 4) e permitir a melhor adaptação ao mesmo.

Assim, de acordo com a localização podemos ter diferentes tipos de ostomias (ver secção 1) e de acordo com estas podemos estar perante diferentes tipos de efluentes:

- > **Ileostomia:** neste tipo de ostomia a abertura é feita no intestino delgado pelo que não ocorre a absorção de água característica do intestino grosso. Isto faz com que a consistência das fezes seja bastante líquida e exige uma monitorização do equilíbrio hidroeletrólítico do doente. As fezes são altamente irritantes para a pele, devido ao seu elevado teor em enzimas digestivas e pH alcalino, pelo que é extremamente importante vigiar a pele periestomal. Neste caso o saco deve ser esvaziado quatro a seis vezes por dia.
- > **Colostomia:** Neste tipo de ostomia a abertura é feita no intestino grosso. Neste caso o saco deve ser esvaziado uma a três vezes por dia. Existem 3 tipos de colostomias:
 - **Ascendente:** a eliminação é líquida ou semilíquida e, tal como a da ileostomia é muito irritativa para a pele
 - **Transversa:** a eliminação é semilíquida ou semissólida, dependendo dos casos, e é também irritativa para a pele.
 - **Descendente e sigmoidea:** as fezes são sólidas, com eliminação de frequência variável.
- > **Urostomia:** A eliminação da urina é feita de forma constante e é na maioria das vezes muito irritante para a pele devido ao seu pH ácido. O saco deve ser esvaziado seis a oito vezes por dia.

Ileostomia

Esvaziar o saco 4 a 6 vezes por dia

Colostomia

Esvaziar o saco 1 a 3 vezes por dia

Urostomia

Esvaziar o saco 6 a 8 vezes por dia



2. Cuidados e acompanhamento no pós-operatório

O período pós-operatório de um doente ostomizado é fundamental para que este possa esclarecer todas as suas dúvidas, para que a sua adaptação à vida normal seja retomado da forma mais “natural” possível (ver secção 6). Neste sentido, de seguida é apresentada um conjunto de questões que podem surgir nesta fase e que se pretende que sejam respondidas neste guia:

- O meu estoma parece grande. Ficará sempre assim?
- Posso voltar à minha vida normal depois da cirurgia?
- Para tomar banho tenho de remover o saco? Posso usar os meus produtos de higiene antigos?
- As pessoas irão sentir odor por causa do meu saco? Como posso controlar o odor?
- Quantas vezes por dia tenho de esvaziar o saco?
- Como faço o esvaziamento do saco?
- Quantos dias dura um saco?
- Onde posso comprar os dispositivos de ostomia?
- Terei custos com o material de ostomia? O meu seguro de saúde cobre este tipo de dispositivos?

Assim, no período pós-operatório estas são os principais aspetos a ter em conta:

- > Os **dispositivos** utilizados imediatamente após a cirurgia devem ser transparentes de forma a que o doente veja o estoma e as suas características, assim como dos efluentes. Devem ser de duas peças para facilitar a manipulação do estoma.
- > A função intestinal inicia-se normalmente com a **emissão de gases**, pelo que os dispositivos utilizados numa fase inicial não devem ter filtros de forma a confirmar o início do peristaltismo.
- > O estoma no período pós-operatório apresenta um **tamanho** aumentado devido à manipulação durante a cirurgia. É importante que o doente saiba que com o tempo este tamanho **diminui**.
- > Durante o período em que o doente está internado, o enfermeiro deve ensinar todos os **cuidados** a ter com o estoma (higienização do estoma e região periestomal, mudança do dispositivo, prevenção de complicações), sendo que deverá haver sempre envolvimento de um **familiar próximo** para que no futuro possa auxiliar nos primeiros dias pós-alta.
- > A **alimentação** deve ser adaptada ao tipo de estoma (ver secção 3).



2.1.3 ODOR

Uma das principais preocupações da Pessoa ostomizada é o odor. A maioria dos dispositivos de ostomia apresenta uma película de proteção que impede a passagem do odor. Assim, se este estiver bem colocado, o odor apenas será sentido quando se fizer a sua troca. Há várias técnicas que podem ser usadas para que o odor não se faça sentir, nomeadamente uma correta aplicação do dispositivo; evitar que o mesmo fique demasiado cheio o que pode provocar o seu vazamento; utilizar **saquetas** de gelificantes de controlo do odor (sob recomendação médica); evitar **alimentos** que tipicamente exacerbem o mau cheiro das fezes ou ingerir aqueles que o atenuem (ver anexo I); a toma de **antibióticos** pode provocar diarreia o que faz com que os efluentes intestinais e urinários adquiram um odor mais intenso. Existem ainda desodorizantes desenvolvidos especificamente para ostomia.

2.1.4 PELE

A pele periestomal é uma das razões que mais leva um doente ostomizado a pedir ajuda aos profissionais de saúde. Por se tratar de uma zona que está em constante contacto com adesivos, pastas, contactar com humidade e por vezes entrar em contacto com efluentes fecais ou urinários, faz com que fique lesionada. Cuidados básicos como utilizar um **protetor cutâneo** e **secar** muito bem a zona com um pano suave são essenciais para prevenir complicações associadas a esta zona anatómica (infecções ou dificuldade de adesão).

No caso de a pele ficar macerada, podem utilizar-se **métodos “caseiros”** como a aplicação de uma clara de ovo (não batida) e deixar secar ao ar, repetindo este passo mais duas vezes. A clara de ovo além de ajudar a regenerar a pele facilita a adesão dos sistemas, ao contrário das pomadas que são aconselhadas na maioria das situações.

Uma pele periestomal saudável deve ter a aparência da pele do lado oposto do abdómen, ou seja, deve estar íntegra.

2.1.5 GASES

Um dos fatores que pode causar constrangimento nos doentes ostomizados é a produção de gases. Para combater este problema podem ser aconselhadas algumas medidas:

- > Comer devagar e mastigar bem a comida.
- > Não falar enquanto se come para evitar a ingestão de ar.
- > Comer a horas certas.
- > Comer menos de cada vez.
- > Evitar alimentos que exacerbem a produção de gases (ver anexo I).



2.2 Mudança do dispositivo

A mudança do dispositivo deve ser feita sempre que este se encontre meio-cheio ou sempre que surja algum desconforto anormal. A cada mudança do sistema coletor deve ser analisada a integridade da pele periestomal (ver secção 2.1.5), nomeadamente se existem lesões, rubor ou se esta se encontra irritada ou com sinais visíveis de infeção.

O dispositivo nunca deve ser removido de forma brusca: é importante removê-lo com delicadeza, por um dos cantos e devagar. Este processo pode ser facilitado pela utilização de **removedores** de adesivo em *spray* ou em toalhetas (ver secção 7.2), evitando lesões que podem comprometer uma posterior aplicação do dispositivo.

2.3 Ostomia submetida a tratamentos de radioterapia ou quimioterapia

No caso de se tratar de um doente ostomizado que foi sujeito a tratamentos de quimioterapia ou radioterapia, é importante que este seja informado dos principais efeitos secundários que podem surgir no seguimento dos mesmos.

Assim, em consequência da incidência de radiação no abdómen podem surgir cólicas abdominais, náuseas, vômitos e diarreia e a pele a zona periestomal pode mudar de textura e de cor, o que requer maior monitorização da parte do utente.

3. Alimentação

De uma forma geral, a Pessoa ostomizada deve ter uma **alimentação variada** (e não restritiva), realizando **várias refeições** (5 ou 6, ou seja, a cada 3 ou 4 horas) de pequenas quantidades ao longo do dia (saltar refeições aumenta a ocorrência de fezes líquidas e a produção de gases). Deve portanto ingerir proteínas, gorduras monoinsaturadas e ómega-3, hidratos de carbono, vitaminas, fibras e minerais em quantidades adequadas para suprir as necessidades do organismo. Para além disso deve ingerir 1,5 a 2,0 litros/dia de **água** (caso se trate de uma colostomia) ou 2,5 a 3,0 litros/dia (em caso de ileostomia ou urostomia). É ainda importante relembrar que uma alimentação equilibrada deve ser acompanhada de atividade física e **controlo do peso** uma vez que em caso de excesso de peso pode vir a dificultar o autocuidado, a aplicação dos sistemas coletores e aumentar a predisposição para o aparecimento de complicações.

As primeiras 6 a 8 semanas são uma fase de adaptação, sendo que ao longo do tempo a alimentação passará a ser feita de forma igual ao período “pré-ostomia”. Numa primeira fase devem evitar-se alimentos com elevado teor em fibra para evitar quadros de obstipação.

De uma forma geral, estes são alguns conselhos que devem ser considerados:



- > Ao experimentar um alimento, fazê-lo em pequena quantidade e estar atento a possíveis sinais ou sintomas que não sejam habituais. Este é um teste de tolerância que permitirá identificar um alimento que no futuro deverá ser evitado.
- > Os alimentos devem ser ingeridos a uma **temperatura tépida**.
- > Saber quais os alimentos que provocam flatulência, odor e gases (ver anexo I e secções 2.1.3 e 2.1.5).
- > As **bebidas alcoólicas** não tem que ser evitadas, há que ter em conta apenas que a cerveja pode causar fezes líquidas e dilatação abdominal.
- > Nas ileostomias, inicialmente devem ser evitados os produtos integrais, legumes verdes, frutos secos e frutos ricos em fibra (ver anexo I).
- > Na presença de **diarreia**, fazer um reforço da ingestão hídrica para evitar desidratação e fazer uma dieta obstipante. O teor de sal deve ser reduzido, à exceção da ileostomia, em que se deve aumentar ligeiramente.
- > Na presença de obstipação, aumentar a ingestão de líquidos e fazer dieta laxante.
- > Evitar alimentos com elevada quantidade de açúcares: estes podem agravar a diarreia.
- > Caso se trate de uma **urostomia**, as considerações são as seguintes:
 - Aumentar a ingestão hídrica bem como a de citrinos e ameixas (2 a 3 vezes/semana).
 - Deve procurar manter-se o pH ácido: para tal devem ser ingeridos aproximadamente 10 copos de água por dia, fazer suplementação com vitamina C ou então ingerir alimentos que ajudem a acidificar a urina. De seguida é apresentada uma tabela com os efeitos no pH urinário de alguns alimentos:

Tabela 1 - Efeitos dos alimentos no pH urinário

Alimentos Acidificantes	Alimentos Alcalinizantes	Alimentos Neutralizadores
Carnes	Leite	Manteiga
Queijo	Bananas	Café
Pão e cereais	Feijão	Natas
Bolachas	Espinafres	Mel
Ovos	Frutas (incluindo citrinos)	Tapioca
Frutos secos	Maioria dos vegetais	Chá
Massa		
Arroz		
Peixe		
Aves domésticas		
Ameixas desidratadas		
Arando		



No anexo (anexo I) estão listados vários alimentos e quais as suas implicações para os doentes ostomizados, nomeadamente no que diz respeito a produção de gases, odor, alterações no volume fecal, de cor e alterações no trânsito intestinal.

4. Complicações

São várias as complicações que podem surgir a um doente ostomizado, sendo que estas se podem classificar em 3 diferentes categorias: Complicações imediatas, complicações tardias e complicações cutâneas.

Tabela 2 - Principais complicações que podem surgir na Pessoa ostomizada

Complicações imediatas	
Pós-operatório (48 a 72 horas)	
Descrição	Aconselhamento
Edema É muito frequente e está relacionado com o processo inflamatório normal do intestino, pela manipulação a qua foi sujeito. Quando aparece como complicação tardia pode acontecer quando o orifício do dispositivo não é o mais adequado às dimensões do estoma.	Colocar gases embebidas em água fria ou glicose hipertónica sobre o estoma.
Hemorragia Pode ser proveniente da sutura mucocutânea, do estoma ou intra-abdominal.	Registar o momento, intensidade e dimensão da hemorragia. Se esta permanecer ou se aparecer dor deve consultar-se o médico.
Afundamento O estoma desinsere-se da pele e da parede abdominal, reintegrando-se na cavidade abdominal.	Utilizar um dispositivo convexo, um cinto para melhorar a adaptação do dispositivo à pele. Poderá ser necessário proceder à reconstrução do estoma.
Infeção Manifesta-se por dor, inflamação, supuração e hipertermia.	O doente deve dirigir-se ao médico. Deverá ser feita uma colheita por zaragatoa.
Necrose Ocorre alteração do aspeto (coloração) da mucosa do estoma: passa de rosa a negro.	Controlar as características do estoma (cor, cheiro, exsudado), identificar a sua extensão e consultar o médico ou enfermeiro estomaterapeuta.
Complicações tardias	
Após alta hospitalar	
Descrição	Aconselhamento
Evisceração	Consultar o cirurgião após isolamento da zona com gases humedecidas.



Exteriorização de uma ou mais ansas intestinais através do orifício da parede abdominal.

Estenose

Diminuição do lúmen intestinal que dificulta a saída de efluente. Mais comum nas colostomias.

Dieta equilibrada e reforço hídrico. Encaminhar para consulta médica.

Hérnia periestomal

Aparecimento de uma protusão que diminui em decúbito dorsal.

Relaxamento abdominal com massagens na zona da hérnia. Encaminhar para enfermeira estomaterapeuta para eventual redução da hérnia e avaliação da necessidade de utilizar uma cinta abdominal.

Prolapso

Exteriorização do intestino de forma acentuada.

Evitar esforços promovendo relaxamento abdominal. Encaminhar para enfermeira estomaterapeuta para eventual redução da hérnia e avaliação da necessidade de utilizar uma cinta abdominal.

Complicações cutâneas

Descrição

Aconselhamento

Dermatites

Causas: alergias, contacto com efluentes, traumáticas, infeção, contacto com produtos químicos.

Qualquer alteração cutânea deve ser valorizada, pois pode comprometer a aderência dos dispositivos. Neste sentido deve reforçar-se os cuidados cutâneos; avaliar a necessidade de troca do dispositivo; rever a técnica de substituição do dispositivo.

Granulomas

Podem aparecer pela permanência dos pontos mucocutâneos, ou por inflamação cutânea por contacto com as fezes.

Recomenda-se a remoção dos pontos persistentes e adequar o recorte do dispositivo de forma a cobrir a zona cauterizada.

Formação de cristais (urostomia)

A urina alcalina leva à formação de cristais de fosfatos. Estes são detetáveis pela alteração da mucosa do estoma, aparecendo sob a forma de depósitos esbranquiçados, que causam sensação de prurido e lesão circular do estoma e pele periestomal.

Proceder à lavagem do estoma e pele periestomal com uma diluição de 1:2 de ácido acético (vinagre) em água (esta aplicação deve permanecer durante 10 a 15 minutos com substituições frequentes); aumentar a ingestão hídrica; acidificar a urina através da ingestão de citrinos; adequar o dispositivo de modo a diminuir o contacto entre a pele e a urina, substituindo o mesmo com maior frequência. Se necessário consultar a enfermeira estomaterapeuta.



5. Medicação

As Pessoas com ostomia apresentam alterações anatómicas que podem afetar processos como absorção de nutrientes e de outras substâncias ou, por outro lado, os tornam mais sensíveis a alguns medicamentos. Assim é importante ter em conta algumas considerações:

- > Os doentes com **ileostomia** (ou seja, que sofreram ressecção intestinal extensa) terão, por este motivo, maior risco de apresentar problemas de absorção de medicamentos. Também é possível observar nestes doentes um esvaziamento gástrico e motilidade intestinal alterados, que pode dificultar a dissolução do fármaco, levando a uma absorção sub-ótima. A prescrição de fórmulas de dissolução e absorção rápida, como as fórmulas líquidas, cápsulas de gelatina e de libertação prolongada devem ser privilegiadas.
- > As pessoas com ostomias do **cólon distal** (colostomias distais) ou com uma urostomia **não** apresentam **alterações** na absorção de medicamentos.
- > A pessoa com ostomia deve ser informada acerca dos efeitos secundários dos medicamentos, mas também deve saber informar o médico sobre a sua situação clínica para uma correta prescrição dos fármacos.

Uma senhora com ileostomia não pode utilizar a **PÍLULA** como método contraceptivo porque os problemas de absorção irão comprometer a sua eficácia. Neste caso deverá utilizar outro método como o DIU, anel vaginal ou implante.

- > Relativamente aos **fármacos** mais utilizados, ter em atenção os seguintes aspetos:

Tabela 3 - Efeitos de algumas classes de medicamentos na Pessoa ostomizada

ANTICOLINÉRGICOS (antidepressivos tricíclicos, anti parkinsónicos, fenotiazidas e anti-histamínicos) Podem diminuir a atividade peristáltica intestinal, o que pode levar a quadros de obstipação. Os doentes devem ser informados sobre possíveis alterações do trânsito intestinal.
ANALGÉSICOS (meperidina, morfina ou codeína, por exemplo) Podem causar obstipação por diminuição da motilidade intestinal.
ANTIÁCIDOS O bicarbonato de sódio alcaliniza a urina, o que não é desejável nos doentes com urostomia porque aumenta o risco de formação de cristais (ver secção 4). Os antiácidos que contêm cálcio também podem levar à litíase cálcica e ainda causar obstipação nos doentes com colostomias (tal como os que contêm hidróxido de alumínio). Por fim, as preparações com magnésio podem provocar diarreia osmótica em doentes com ileostomias.



DIURÉTICOS

O doente com urostomia deve estar atento às variações de volume de urina. O doente com ileostomia necessita de maior controlo do balanço hidroeletrólítico por não ter intestino grosso (órgão em que tipicamente ocorre absorção de água).

LAXANTES

Só devem ser administrados após diagnóstico e quando as medidas de suporte forem insuficientes; na pessoa com ileostomia aumentam o risco de desidratação e desequilíbrio eletrólítico.

ANTIDIARREICOS

Só devem ser administrados após diagnóstico e quando as medidas de suporte forem insuficientes.

> Medicamentos que podem causar alterações na cor da urina ou fezes:





6. Qualidade de vida

Uma ostomia tem impacto na qualidade de vida do doente. A falta de esclarecimento de dúvidas, má adaptação aos dispositivos, inseguranças, libertação de odores, ocorrência de barulho, desconhecimento: todos estes são fatores que os profissionais de saúde devem identificar e evitar que ocorram. Esta condição afeta muito a qualidade de vida dos pacientes: estes isolam-se, não querem falar do assunto e escondem o estoma daqueles que lhes são mais próximos, o que faz com que nem queiram pedir ajuda, levando muitas vezes à ocorrência de quadros depressivos.

Por estes motivos é fundamental incentivar a adaptação positiva à nova condição, dialogar com o doente, incentivar o retorno às antigas atividades como ir ao café, estar com os amigos, ir à praia, viajar, e acima de tudo não sobrevalorizar a situação.

UMA OSTOMIA DEVE SER ENCARADA COMO UMA ALTERNATIVA POSITIVA!

É aconselhável que os doentes ostomizados levem sempre consigo uma “bolsa de segurança” com uma muda do dispositivo que usa, lenços de papel e saco para material sujo. Caso seja necessário fazer a troca de dispositivo, a pessoa deverá procurar um WC próximo, não tendo de voltar a casa. Em caso de saídas longas este material deve ser transportado na bagagem de mão. Caso se justifique, a Pessoa ostomizada deve fazer-se acompanhar de uma declaração com informação clínica (em português e inglês) que ateste a sua condição enquanto doente ostomizado de forma a evitar possíveis constrangimentos.

A **INTIMIDADE** destes doentes também fica afetada no entanto estes devem implementar estratégias no sentido de se adaptar à nova realidade, de forma criativa e construtiva.

Quanto ao **VESTUÁRIO**, o importante é que o doente se sinta à vontade. A existência de uma ostomia não deve ser encarada como algo restritivo: hoje em dia a diversidade e qualidade dos dispositivos permitem comodidade e descrição máxima. Obviamente que o uso de roupas mais justas poderá tornar o estoma visível. Caso se adeque pode ser aconselhado um ou outro truque como o uso de suspensórios e subir ou descer a linha de cintura das roupas.



7. Produtos

7.1 Tipos de dispositivos

7.1.1 SACOS FECHADOS

Este tipo de sacos são de **utilização única**, ou seja, não tem sistema e drenagem. Todos estes sacos vêm com um filtro incorporado para controlo da eliminação de gases e controlo do odor e regra geral são recomendados para as **colostomias**.

7.1.1.1 SISTEMA DE UMA PEÇA

Neste tipo de dispositivo o saco é autoaderente e tem uma base de protetor cutâneo que permite uma perfeita aderência à pele. Isto faz com que na muda do saco, este seja removido como um todo. Para a sua troca deve prosseguir-se do seguinte modo:

1. Lavar suavemente a pele periestomal e o estoma utilizando um sabão neutro.
2. Secar bem a pele periestomal, sem friccionar.
3. Medir o diâmetro do estoma com a ajuda de um medidor de estomas.
4. Para preparar o dispositivo, desenhar a forma do estoma sobre o papel de proteção e recortar.
5. Caso seja necessário, aplicar uma pasta niveladora para alisar as imperfeições (pregas, cicatrizes etc) e melhorar a aderência do dispositivo.
6. Aplicar o saco de baixo para cima.
7. Com ajuda do calor das mãos adaptar o protetor cutâneo (parte adesiva) ao estoma.
8. Para remover o saco, faça-o de cima para baixo utilizando as duas mãos de forma a evitar irritações.

7.1.1.2 SISTEMA DE DUAS PEÇAS

Este tipo de dispositivo é constituído por duas partes: o saco e o penso protetor cutâneo. Assim pode substituir-se o saco sempre que for necessário sem descolar o penso protetor cutâneo durante alguns dias (2-3 dias).

1. Lavar suavemente a pele periestomal e o estoma utilizando um sabão neutro.
2. Secar bem a pele periestomal, sem friccionar.
3. Medir o diâmetro do estoma com a ajuda de um medidor de estomas.
4. Para preparar o dispositivo, desenhar a forma do estoma sobre o papel de proteção e recortar.



5. Caso seja necessário, aplicar uma pasta niveladora para alisar as imperfeições (pregas, cicatrizes etc) e melhorar a aderência do dispositivo.
6. Retirar o papel protetor e aplicar o penso sobre o estoma com a ajuda do calor das mãos, para adaptar corretamente a parte adesiva ao estoma.
7. Aplicar o protetor cutâneo sobre a pele periestomal no interior do aro, para ajudar a fixar o penso.
8. Encaixar o saco no penso, exercendo pouca pressão no aro e assegurando que fica bem preso. Para retirar o saco basta pressionar a patilha de segurança do fecho automático, sem necessidade de fazer força.
9. Sempre que seja necessário pode orientar ou mudar de posição do saco, fazendo-o girar, sem ter de o retirar do aro.
10. O penso pode permanecer na pele vários dias. O ostomizado é que deve avaliar quando precisa de um novo penso. Para fazer a troca, descolar o penso pela parte superior com ajuda das duas mãos para que o processo seja o mais delicado possível para a pele.

7.1.2 SACOS DRENÁVEIS

Estes sacos possuem uma **extremidade drenável**, que é fechada ou por um sistema de encerramento com tiras de velcro ou por um clip. Quando o saco está cheio, este pode ser esvaziado sem que tenha de ser substituído. De uma forma geral, estes sacos são recomendados para ileostomias.

7.1.3 SACOS PARA UROSTOMIA

Os sacos de urostomia são também sacos **drenáveis**, no entanto o sistema é drenável por via de torneira e normalmente são constituídos por **duas peças**.

7.2 Acessórios

Para ostomia existem vários acessórios que podem facilitar em muito a vida destes doentes, nomeadamente protetores cutâneos (pastas) que mantêm a integridade da pele periestomal e garantem uma ótima aderência; cintos que são usados para ajudar a fixar o saco, de forma a garantir a comodidade e segurança dos doentes; *sprays* e toalhetes que ajudam na remoção dos adesivos; toalhetes e *sprays* protetores cutâneos e ainda saquetas de gelificantes absorventes que previnem o vazamento de efluentes ou saquetas de gelificantes de controlo de odor.



8. Saber +

> Associação Portuguesa de Ostomizados (APO)

<http://www.apostomizados.pt/>

218 596 054

> United Ostomy Associations of America

<https://www.ostomy.org/>

> Para esclarecimento de dúvidas o farmacêutico pode ainda contactar as marcas que comercializam este tipo de produtos no âmbito da comparticipação a 100%:

B. Braun Medical Lda (B.Braun);

South Point Care - Especialidades Farmacêuticas, Lda (Coloplast A /S);

Kvtech Portugal-productos médicos, unipessoal, Lda (Convatec Limited);

Multidevice Comercialização de Dispositivos Médicos, Lda. (Welland Medical Ltd);

Cormedica (Hollister);

Stomacare (Oxmed Internationale e Trio healthcare);

Atos Medical



9. Anexos

Anexo I

Tabela 4 - Alimentos e os seus efeitos na Pessoa ostomizada

Produção de gás	Produção de odor	Aumento do volume fecal	Obstrução do estoma
Feijão	Espargos	Couve cozida	Couve
Soja	Brócolos	Vegetais	Frutos secos
Pepino	Couve	Leite	Laranja
Leite	Azeite	Especiarias	Ananás
Frutos secos	Alho	Frutas	Pipocas
Laticínios	Cebola	Bebidas alcoólicas	Sementes
Cebola	Ovos		Alho francês
Rabanete	Peixe		Milho
Couve-flor	Manteiga de		Cogumelos
Bebidas alcoólicas	Amendoim		Fruta desidratada
Bebidas com gás	Queijos fortes		
Alteração de cor	Controlo de odor	Controlo da diarreia	Alívio da obstipação
Espargos	Natas	Sumo de maçã	Café (quente ou frio)
Corantes alimentares	Sumo de arando	Banana	Fruta (normal ou cozida)
Ferro	Sumo de laranja	Arroz cozido	Legumes cozidos
Morangos	Iogurte	Marshmallows	Água
Molhos de tomate	Molhos de tomate	Manteiga de amendoim	Bebidas (quentes ou frias)
Beterraba		Suplementos de pectina	
		Tapioca	
		Pão torrado	

**RELATÓRIO
DE ESTÁGIO
2017-18**

RUA DE JORGE VITERBO FERREIRA
N.º 228, 4050-313 PORTO - PORTUGAL
[**www.ff.up.pt**](http://www.ff.up.pt)