

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

REALIZADO NO ÂMBITO DO MESTRADO INTEGRADO
EM CIÊNCIAS FARMACÉUTICAS

Farmácia MAG

Tiago Guilherme Rodrigues

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

Relatório de Estágio Profissionalizante

Farmácia MAG

janeiro de 2018 a fevereiro de 2018 e maio de 2018 a julho de 2018

Tiago Guilherme Rodrigues

Orientador: Dr.^a. Carla Barbosa

Tutor FFUP: Prof. Doutora Glória Queiroz

Setembro 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 auto-plágio constitui um ilícito académico.

Faculdade de Farmácia da Universidade do Porto, 12 de setembro de 2018

Tiago Guilherme Rodrigues

Agradecimentos

Em primeiro lugar agradecer à Comissão de Estágios da Faculdade de Farmácia da Universidade do Porto, com especial destaque para a Prof^a Doutora Glória Queiroz, e em representação destes a todos os docentes da FFUP, pela dedicação constante, pela vontade em ensinar, mas também em aprender, por incutirem uma vontade incessante na procura do conhecimento, e por diversas vezes, pela compreensão e palavra amiga.

À Farmácia MAG, na pessoa da Diretora Técnica, a Dr.^a Maria João Contreiras, e a toda a sua equipa, pela oportunidade que proporcionaram, pela forma como souberam receber, pelo conhecimento científico que ofereceram, e por terem mostrado e demonstrado o valor da Farmácia Comunitária e do Farmacêutico dentro e para a comunidade.

À minha Orientadora, a Dr.^a Carla Barbosa, pela referência que se tornou como farmacêutica e profissional dedicada e multifacetada e por ter persistido neste nobre caminho de ensinar. À Dr.^a Joana, Dr.^a Patrícia, à Dr.^a Rita, à Graça, à Helena, ao João, à Filipa, à Ana, à Joana, à Liliana, à Lídia e à Alexandra, por me fazerem sentir parte da equipa, e por todo o apoio, carinho, conselhos e tempo que me dedicaram, e pela lição que fizeram do conceito de excelência e profissionalismo. Serão pilares do meu futuro.

À Prof.^a Paula Guindeira, e a todo o Agrupamento de Escolas de Ermesinde,

À Associação Cura+ e a todos os seus elementos, por me nortearem enquanto estudante e futuro farmacêutico,

À Sara Torgal, e em seu nome a toda a equipa da Ordem dos Farmacêuticos e Geração Saudável, e à fantástica equipa de formadores do Norte, pela conquista que erguemos juntos no último ano e o seu impacto na sociedade e para os farmacêuticos,

Ao Grupo de Fados da Faculdade de Farmácia da Universidade do Porto, por encerrarem a mística da vida académica. Sem vocês teria sido menos vivido.

A todos os meus amigos e companheiros dos últimos anos, por me darem conforto quando mais fazia falta. Sem todos eles não teria existido tanta força.

A toda a minha família e em especial, aos meus pais e à minha irmã. Sem vocês não seria possível de maneira alguma. Um obrigado à oportunidade, à força e coragem, e pelo futuro que nos espera,

À Faculdade de Farmácia da Universidade do Porto por ter sido palco de tantas histórias e ser, para sempre, a minha Casa.

“Abrir asas e voar, partir para Além-Mar” - Balada de Despedida Farmácia 2017, Grupo de Fados da Faculdade de Farmácia da Universidade do Porto, letra de Tiago Rodrigues

Resumo

No âmbito e término do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas (MICF) surge o Estágio Profissionalizante, com uma duração mínima, obrigatória de 6 meses; tendo como objetivo a prática do ser farmacêutico no contexto de Farmácia Comunitária, que de si exige a aplicação dos conhecimentos científicos adquiridos nos anos académicos antecedentes. Durante o estágio tive a oportunidade de contactar com as várias realidades da farmácia comunitária, desde a sua administração e gestão, passando pelo aconselhamento ao utente, dispensa de medicamentos e outros serviços farmacêuticos, que exigiram a aplicação de todas as minhas competências pessoais (no contacto com os colegas e, principalmente, com os doentes que constituíam o maior desafio) e conhecimentos curriculares. O principal obstáculo encontrado foi a transposição da teoria à prática, sem prejuízo da rotina da farmácia, e a adaptação desses conhecimentos a uma realidade mais atual e altamente volátil.

Para lá das responsabilidades rotineiras, somaram-se outras atividades e ações realizadas no âmbito do estágio curricular, essencialmente dedicadas à área da educação e promoção para a saúde em temas como, a higiene do sono (e análise introspectiva e prospetiva do consumo de benzodiazepinas e análogos), a saúde cardiovascular, cuidados com a pele (dedicando alguma atenção aos produtos de dermofarmácia e cosmética) e sexualidade e afetos (que acabou por resultar numa ação em contexto escolar).

Esses exercícios permitiram aprofundar alguns conhecimentos, assim como, aperfeiçoar a valência de articular informação científica complexa a populações de diferentes particularidades e, muitas vezes, pobres em literacia em saúde. Outra tarefa desempenhada de forma continuada foi a dinamização da imagem da farmácia (nas redes sociais e na moldura digital), durante a qual me propus ao autodidatismo no contacto com o *software* de edição de imagem e produção gráfica.

Foi objetivo pessoal conhecer a realidade das farmácias comunitárias, tão bem quanto me fosse permitido, tentando conhecer o mais possível as suas valências e competências, de forma a tornar o período de estágio tão enriquecedor como gratificante.

Índice	
Agradecimentos	ii
Resumo	iv
Lista de Abreviaturas	vii
Lista de Anexos	viii
PARTE I	1
1. Plano Sumário de Estágio	1
2. A Farmácia MAG	1
2.1. Caracterização da farmácia	1
2.2. Recursos Humanos	2
2.3. A demografia de Ermesinde e a caracterização dos utentes	3
3. Gestão da Farmácia	3
3.1. Sistema Informático	3
3.2. Gestão de Stocks	4
3.3. Encomendas	4
3.3.1. Armazenamento	5
3.3.2. Devoluções	6
3.4. Controlo de Validades	6
4. Dispensa de Medicamentos	6
4.1. A prescrição médica e a dispensa de medicamentos	6
4.2. Medicamentos Sujeitos a Receita Médica	8
4.3. Medicamentos Genéricos	9
4.4. Medicamentos Manipulados	10
4.5. Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica	10
5. Legislação Especial: Estupefacientes e Psicotrópico	11
6. Conferência de Receituário e Faturação	11
7. O Papel do Farmacêutico e serviços farmacêuticos	12
7.1. Automedicação	13
7.2. Farmacovigilância	14
7.3. Educação para a Saúde	14

7.4. Medição de parâmetros fisiológicos e bioquímicos	15
8. Recolha de medicamentos fora do prazo: Valormed®.....	15
9. Conclusão	15
PARTE II	17
1. Saúde Mental: a saúde do sono e o consumo crónico e dependência de benzodiazepinas e análogos.....	17
1.1. Enquadramento e objetivos	17
1.2. Perturbações do sono (insónia) e higiene do sono	18
1.3. Terapia com benzodiazepinas.....	19
1.4. Consumo, Tolerância e Dependência de Benzodiazepinas	19
1.5. Medidas não-farmacológicas na saúde do sono e alternativas terapêuticas na insónia.....	20
1.6. Balanço da atividade.....	22
2. Sexualidade e Afetos: uma abordagem temática e educativa em contexto escolar	23
2.1. Enquadramento e objetivos	23
2.2. Identidade, relações afetivas e sexualidade.....	24
2.3. Género, Identidade de Género e Orientação Sexual.....	25
2.4. O Sistema Reprodutor e Puberdade	26
2.5. Métodos contraceptivos	26
2.6. Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST)	27
2.7. Promoção e Educação para a Saúde: análise do impacto da abordagem temática e educativa em contexto escolar	27
2.8. Balanço da Atividade	28
3. Imagem da Farmácia MAG	29
4. Atividades planeadas e não dinamizadas.....	29
5. Conclusão	30
Referências Bibliográfica.....	31
Anexos.....	33

Lista de Abreviaturas

BDZ	Benzodiazepinas
BPF	Boas Práticas Farmacêuticas
CNP	Código Nacional de Produto
DCI	Denominação Comum Internacional
MNSRM	Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica
MSRM	Medicamentos Sujeitos a Receita Médica

Lista de Anexos

Anexo I Brochura Saúde do Sono

Anexo II Apresentação "Sexualidade e Afetos"

Anexo III Questionário "Sexualidade e Afetos"

Anexo IV Imagem da Farmácia MAG (trabalhos da moldura digital)

Anexo V Brochura preparada no âmbito da ação Maio - Mês do Coração

Anexo VI Cartaz Dia dos Namorados, Rastreamento de Pele e Capilar

PARTE I

1. Plano Sumário de Estágio

Temática/Área/Atividade	Janeiro	Fevereiro				Maio				Junho				Julho			
	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4
Integração na Farmácia																	
Gestão de Stock																	
Atendimento ao utente (observacional)																	
Medicamentos Manipulados																	
Medição de Parâmetros Fisiológicos e Bioquímicos																	
Imagem farmácia MAG																	
Atendimento ao utente																	
Dermofarmácia e Cosmética																	
"Saúde Mental: a saúde do sono e o consumo crónico e dependência de benzodiazepinas e análogos"																	
"Sexualidade e Afetos: uma abordagem temática e educativa em contexto escolar"																	
"Dia dos Namorados: Rastreio de pele e cutâneo" (Não concretizada)																	
"Maio, Mês do Coração: Rastreio Cardiovascular" (Não concretizado)																	

2. A Farmácia MAG

2.1. Caracterização da farmácia

A Farmácia MAG sita no número 1132 da Rua 5 de Outubro, em Ermesinde (Município de Valongo). Em localização distinta no centro da localidade, perto de transportes, numa zona movimentada e próxima de pontos de comércio e rodeada por zonas residências, o que contribui para o grande movimento da farmácia. Acresce ainda a proximidade ao Centro de Saúde de Ermesinde, do Hospital Privado de Alfena e outros locais privados de prestação de cuidados de saúde como consultórios médicos e centros de análises clínicas, que é complementado pelo valor do espaço físico onde está inserido; a existência da praça possibilita a organização de atividades e iniciativas, que promovem a farmácia e a prestação de serviços em saúde, isoladas ou integradas em celebrações da comunidade e da freguesia, que não são caso raro.

Inserida numa moradia habitacional, onde tem atividade há quase 80 anos (sendo detida atualmente por uma sociedade por quotas - Magia Verde – Produtos Farmacêuticos Lda.) a farmácia funciona num horário 9:00-24:00, todos os dias da semana, incluindo Domingos e Feriados, encerrando apenas no Dia de Natal, Ano Novo e Páscoa, satisfazendo as exigências mínimas estipuladas.¹

Cumprindo o disposto nas Boas Práticas Farmacêuticas (BPF), da Ordem dos Farmacêuticos estão asseguradas:

As condições de acessibilidade de todos os potenciais utentes, incluindo crianças, idosos e cidadãos de portadores de deficiências - não existem desníveis na entrada, que está dotada de um corta-vento;

- Aspeto exterior e interior da farmácia característico e profissional, facilmente visível e identificável (inscrição Farmácia, cruz-verde característica, identificação da Direção Técnica);
- Horário da farmácia facilmente visível;
- Todos os colaboradores estão devidamente identificados;
- Cumprimento dos requisitos de higiene, segurança e armazenamento;
- Estão garantidos serviços de qualidade e de valor acrescentado ao utente, zelando pela sua satisfação, segurança e confidencialidade.²

A descrição geográfica e física da farmácia torna-se ponto de partida para compreender as mais-valias, necessidades e oportunidades que se lhe afiguram no seu funcionamento.

2.2. Recursos Humanos

O capital humano de qualquer organização é um elemento diferenciador e determinante para a qualidade e eficácia do serviço que presta.³

A existência da farmácia só fará sentido através dos seus profissionais, devidamente qualificados para o efeito. Em termos legais a Direção Técnica das farmácias é restrita a farmacêuticos (quadro farmacêutico), assim como algumas funções específicas do seu funcionamento, podendo ser admitidos outros colaboradores (quadro não-farmacêutico)⁴

A equipa da farmácia MAG é constituída por:

- Dr.^a Maria João Contreiras (Diretora Técnica);
- Dr.^a Patrícia Oliveira, Dr.^a Carla Barbosa e Dr.^a Rita Jorge, do quadro farmacêutico;
- Joana Filipa Santos, Joana Sousa e Ana Carneiro, como técnicos de farmácia;

- Helena Rodrigues, João Paulo Ribeiro e Graça Oliveira, como auxiliares de farmácia;

2.3. A demografia de Ermesinde e a caracterização dos utentes

A freguesia de Ermesinde, pertencente ao concelho de Valongo, tem uma extensão de 7,65 km² ⁵, tendo 38.798 habitantes. Da população residente em Ermesinde 58,5% (n=22.687) tem idades compreendidas entre os 25 e os 64 anos. O número de idosos (idade igual ou superior a 65 anos) na área constitui 15,8% (n=6.121); em comparação, em 2001, existiam 4.202 (correspondente a 11,0% da população à mesma data) o que indica um envelhecimento populacional que acompanha o panorama nacional. Na mesma faixa etária, em 2011, 1.068 indivíduos viviam sozinhos.⁶

Os utentes da farmácia MAG enquadram-se, de forma geral, na demografia da localidade de Ermesinde, um grande número de idosos (muitas vezes isolados) com as patologias crónicas comuns à condição.

As exigências da população e as respetivas características fisiopatológicas e terapêuticas inerentes forçam a adequação dos serviços prestados nas farmácias às quais recorrem, muitas vezes colocada na linha da frente da gestão dos doentes; a polimedicação, fraca adesão terapêutica e erros de medicação tornam-se desafios do quotidiano.

3. Gestão da Farmácia

3.1. Sistema Informático

O sistema informático utilizado pela farmácia MAG é o SIFARMA®, criado e mantido pela *Glintt - Global Intelligent Technologies*. As vantagens tanto na gestão da farmácia (gestão de *stocks*, todo o processo referente às encomendas, por exemplo) e atendimento (acesso rápido a informação científica, minimizar erros de cedência de medicação, alerta para interações medicamentosas, gestão de utentes) permitem que os profissionais se dediquem ao atendimento ao utente, ao aconselhamento farmacêutico e aumentem a sua produtividade.

A interface da plataforma apresenta-se simples, minimalista e intuitiva. Cada colaborador detém credenciais de acesso próprias. Todos os produtos movimentados na farmácia têm ficha de produto própria, com um código correspondente ao Código Nacional de Produto (CNP) ou atribuído de forma interna; é possível aceder a informação científica, indicação terapêutica, posologia (se disponível), bem como a dados relativos à gestão (como informação relativa ao *stock*) e verificação de preços com ou sem participação.

A confidencialidade dos dados e a sua preservação em caso de falha de sistema é também garantida, bem como a sua manutenção e verificação regular.²

3.2. Gestão de Stocks

A gestão racional de *stocks* está intimamente ligada ao bom funcionamento, garantia de qualidade e rentabilidade financeira da mesma.

Todos os movimentos, entradas e saídas, são registadas e controladas no sistema de informação. Uma manutenção dos registos é essencial ao rigor do *stock*, permitindo que esteja o mais próximo possível das quantidades reais, as quais devem ser auditadas de forma regular; além disso facilita o controlo de validade, o que contribui para a garantia das exigências de segurança para a dispensa de medicamentos.

A quantidade de medicamentos e produtos movimentados está altamente das condições e características da farmácia como: localização; capital; utentes; preferências específicas; patologias mais frequentes e sua sazonalidade; acordos com distribuidores e fornecedores e respetivas oportunidades de pagamento, promoções e bonificações; disponibilidade dos armazenistas; e até divulgação do produto nos canais de *marketing*.

Os sistemas informáticos utilizados permitem uma rastreabilidade sobre cada produto relativamente aos *stocks* máximos e mínimos pré-estabelecidos no sistema; de forma regular propõem pré-encomendas de forma a assegurar esses níveis atendendo ao histórico de movimentações, que são validados pelo responsável pelas compras e comunicados diretamente ao fornecedor ou distribuidor.

3.3. Encomendas

O sistema semiautomático de criação de encomendas permite um levantamento facilitado das faltas diárias no *stock* pré-definido da farmácia. Após validação (e alteração se necessário) da encomenda sugerida, pela direção técnica ou substituto, a mesma é enviada diretamente ao fornecedor ou distribuidor pré-definido. A este processo diário, somam-se encomendas específicas de determinados produtos, geradas diretamente no sistema ou via telefone, durante o atendimento mediante necessidade. Pode ainda fazer-se uma requisição direta junto do fornecedor ou seu representante comercial (como é o caso dos delegados de informação médica que visitam de forma regular a farmácia para divulgar novos produtos ou promover e colaborar nestas compras centralizadas, que geralmente são acompanhadas de condições comerciais vantajosas); esta situação é comum para produtos sazonais, com movimentos maiores ou para marcas que a farmácia prefere trabalhar.

Aquando a chegada da encomenda, procede-se à sua receção em local destinado para o efeito. Se a encomenda tiver sido feita através da plataforma informática, a mesma pode ser importada; os produtos são conferidos através da sua leitura ótica ou introdução do Código Nacional de Produto (CNP) das unidades. Devem ser confirmadas a quantidade recebida, o prazo de validade (sendo introduzido ou mantido o mais recente nas existências do armazém), preço de venda à farmácia (PVF) e preço de venda ao público (PVP), atentando às margens de comercialização. É importante garantir que o valor total da fatura é correspondente ao dado informaticamente.

À impossibilidade de aceder à encomenda informática (como acontece no procedimento direto por nota de encomenda), a mesma deve ser criada no sistema manualmente, sendo o resto do protocolo semelhante ao descrito anteriormente. Todas as irregularidades devem ser comunicadas ao fornecedor ou distribuidor.

3.3.1. Armazenamento

Dada a entrada em sistema dos produtos encomendados, prossegue-se com o seu armazenamento e preservação das suas características e segurança.

Os protocolos e procedimentos de armazenamento devem garantir requisitos de conservação dos medicamentos que incluem: ventilação, temperatura, humidade e luz controladas e higiene e segurança adequadas.^{2,7} Deve procurar-se manter-se uma gestão correta e organizada do espaço bem como a facilidade e fluidez no acesso aos medicamentos. De forma a garantir uma gestão dos prazos de validade dos *stocks*: aplicam-se os princípios “*First Expieried First Out*” e “*First In First Out*”, arrumando a medicação em conformidade.

Os medicamentos sujeitos a receita médica são armazenadas em gavetas com características técnicas específicas, por forma farmacêutica, ordem alfabética e de dosagem, como critério secundário. As quantidades excedentes são colocas em armazém, seguindo os mesmos princípios. Os medicamentos com maior movimento são colocados em gavetas juntos dos colaboradores da farmácia, para maior acessibilidade.

Os produtos dedicados à puericultura, dermofarmácia e cosmética são colocados em expositores próprios na farmácia. Os dispositivos médicos e produtos farmacêuticos, como reagentes e matérias-primas, têm local de armazenamento próprio. Destaca-se o armazenamento de estupefacientes e psicotrópicos que deve ser feito em local reservado e fora do alcance do público, separados dos restantes medicamentos.

3.3.2. Devoluções

Aquando irregularidades em qualquer dos procedimentos anteriores - seja por produto faturado, mas não enviado, produtos não encomendados ou erros na encomenda, embalagens danificadas, produtos com preços desatualizados ou produtos e/ou lotes retirados – procede-se da respetiva devolução aos fornecedores ou distribuidores.

O sistema informático permite elaborar um protocolo de devolução, que devidamente preenchido com os dados necessários, fica pendente de aprovação interna do fornecedor. Se aceite, é reposto o produto na quantidade devolvida, ou dado crédito correspondente.

3.4. Controlo de Validades

O controlo de validades é realizado de forma regular através de auditorias ao *stock*. A plataforma de informação utilizada na gestão da farmácia além de alertar para prazo de validades em término, permite, também, o mapeamento de todas as existências e validades que são, à posterior, confirmadas fisicamente. Os produtos que se encontrem próximos de caducar são devolvidos ao fornecedor, se possível. Caso contrário as embalagens são colocadas no Valormed®.

O acompanhamento e gestão das validades dos produtos em armazém permite evitar o desperdício, em alguns casos, uma vez que é possível optar por trabalhar os mesmos em detrimento de homólogos ou similares.

4. Dispensa de Medicamentos

4.1. A prescrição médica e a dispensa de medicamentos

A prescrição e dispensa de medicamentos e produtos de saúde está, atualmente, legislada pela Portaria n.º 224/2015, de julho de 2015. O regime jurídico prevê a desmaterialização dos serviços de saúde, com recurso à prescrição por via eletrónica (prevendo a possibilidade de impressão da receita – “Materialização”) salvaguardando, em alternativa, a prescrição médica em receita manual em casos específicos como por exemplo a falência do sistema informático ou a inadequação do prescritor; a prescrição manual é, ainda assim, limitada por quotas de forma a garantir a transição gradual para um sistema completamente desmaterializado.

A receita eletrónica tem como elementos fulcrais ao seu funcionamento:

- Código de matriz: código identificativo gerado pelo sistema para acesso à receita;
- Código de acesso e dispensa: código que permite o acesso, individual e restrito, à receita eletrónica ou materializada;

- Código de direito de opção: permite o exercício da opção por linha de prescrição no momento da cedência de medicamentos;
- Linhas de prescrição: itens prescritos com correspondência direta com o Código Nacional para a Prescrição Eletrónica de Medicamentos (CNPEM) ou outro código próprio do produto que permita a sua identificação.
- É ainda de inclusão obrigatória: denominação comum internacional (DCI) da substância ativa, a forma farmacêutica, a dosagem, a apresentação, a quantidade e a posologia. Bem como identificação do local de prescrição, médico prescritor; utente (nome e número ou identificação de beneficiário de subsistema), entidade financeira responsável e a referência ao regime especial de comparticipação de medicamentos (se aplicável).
- Sobre prescrição médica constam ainda outras condicionantes no regime jurídico correspondente.⁸

No ato de dispensa ou cedência de medicamentos, ato profissional reservado ao farmacêutico (sendo que a legislação prevê ainda colaboradores devidamente qualificados) em que o mesmo, após avaliação da medicação a ceder, mediante prescrição médica (ou regime de automedicação ou sob indicação farmacêutica) acompanhada de toda a informação para um uso responsável e racional do medicamento.²

A legislação atual define ainda que é obrigatória a informação ao doente sobre o medicamento comercializado que apresente o preço mais baixo e disponível, sendo que devem dispensar o mesmo salvo opção do utente. As farmácias devem disponibilizar para venda pelo menos três medicamentos com a mesma substância ativa, forma farmacêutica e dosagem, de entre os que correspondam aos cinco preços mais baixos de cada grupo homogêneo, aos quais é possível ao doente optar.⁸

O procedimento de cedência de medicamentos (segundo as BPF) segue o protocolo: “Receção da prescrição e confirmação da sua validade/autenticidade.; avaliação farmacoterapêutica da prescrição, indicação/automedicação pelo farmacêutico. intervenção para resolver eventual problema relacionado com o medicamento (PRM) identificado: entrega do medicamento/produto prescrito, indicado ou em automedicação. informações clínicas para garantir que o utente recebe e compreende a informação oral e escrita de modo a retirar o máximo benefício do tratamento; revisão do processo de uso da medicação; oferta de outros serviços farmacêuticos.”²

A prescrição e cedência de medicamentos muito é valorizada pela centralização no acesso à informação e automatismo fruto da desmaterialização da prescrição médica. Contudo no referente à prescrição eletrónica é claro, em atendimento ao utente, que é frequente a inadequação da população a este sistema, principalmente entre uma faixa etária superior ou entre pessoas com baixo nível de literacia. Além de estar previsto, por

regime jurídico como a nível deontológico, a prestação de informações (clínicas e não só) no momento da prescrição médica e cedência de medicamentos é produtivo preparar a população para esta metodologia, sobre a qual apresenta muitas vezes dúvidas.

4.2. Medicamentos Sujeitos a Receita Médica

Os medicamentos sujeitos a receita médica (MSRM) são medicamentos cuja dispensa, exclusiva em farmácia, estão sujeitas à apresentação de receita médica. Estão incluídos medicamentos ou produtos farmacêuticos com pelo menos uma das seguintes cláusulas:

- Durante o tratamento, requerem vigilância;
- Apresentam-se um risco para a saúde, se utilizados para fins diferentes daquele a que se destinam;
- Se substâncias ou preparações à base dessas substâncias, cuja atividade ou reações adversas necessitem ser aprofundadas;
- Sejam de administração por via parentérica, isto é, injetáveis.⁹

A cedência de MSRM é um ato exclusivo aos farmacêuticos ou colaboradores devidamente qualificados sob responsabilidade da Direção Técnica de cada farmácia. A receita deve respeitar-se todas as normas mencionadas no ponto anterior.

É importante ressaltar que a receita médica, com estes medicamentos ou produtos farmacêuticos, pode estar sob tutela de regime especial de comparticipação de medicamentos feita em função dos beneficiários e em função das patologias ou em grupos especiais de utentes; quer isto dizer que o Estado comparticipa em parte, ou na totalidade, certos grupos de medicamentos ou utentes.^{10,11} Pode ainda acontecer que lhe acresçam regimes de comparticipação complementar por subsistemas de saúde (Assistência na Doença aos Servidores Cíveis do Estado – ADSE -, Assistência na Doença aos Militares das Forças Armadas – ADM -, Serviços de Assistência na Doença - Polícia de Segurança Pública - SAD-PSP -, Serviços de Assistência na Doença - Guarda Nacional Republicana - SAD-GNR); seguros de saúde privados; seguros de saúde sindicais. O requisito para a cedência de medicação, nestes casos, está previsto em regime jurídico próprio ou em normas da entidade responsável pela comparticipação.

Os regimes de comparticipação exigem uma regulação por parte do Estado no mercado de medicamentos comparticipados; para isso existe um sistema de preços de referência (“valor sobre o qual incide a comparticipação do Estado no preço dos medicamentos incluídos em cada um dos grupos homogêneos, de acordo com o escalão ou regime que lhe é aplicável” correspondente à média dos 5 medicamentos mais baratos

do mercado do respetivo grupo homogéneo)¹². A regulação deste sistema de preços é da incumbência do INFARMED e sujeita a revisão e alterações periódicas.

A familiaridade com os medicamentos e produtos farmacêuticos comparticipados, bem como o sistema e subsistemas de comparticipação é um desafio durante o estágio e também no atendimento aos utentes, para os quais não é incomum desconhecerem ou terem dúvidas acerca dos meandros sobre o MSRM e regimes especiais de comparticipação.

Os MSRM representam um nicho que é exclusivo da farmácia e do farmacêutico, dando-lhes a oportunidade de se poderem diferenciar principalmente no que diz respeito ao rigor no momento da cedência e no cuidado e excelência no ato da dispensa, prestando especial cuidado no respeitante às informações medicamentosas como a posologia, via de administração, contraindicações e reações adversas. Não é irreal também que muitos doentes não exponham todas as suas dúvidas relativamente à terapêutica prescrita (por variados motivos). Neste contexto, o farmacêutico encontra-se na posição ideal para procurar perceber todos estes fatores, refletidos no uso correto do medicamento, adesão e sucesso terapêutico.² A centralização e envolvimento de todo este processo é um desafio, que é vertical a todo o circuito da prestação de cuidados e profissionais de saúde.

4.3. Medicamentos Genéricos

“Considera-se genérico, 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”⁹

A evolução do mercado de medicamentos genéricos, que até ao ano 2000 era quase nulo, foi um processo gradual: desde a existência de regimes jurídicos próprios, até à consciencialização de profissionais de saúde e utentes (que ainda hoje encontra desafios) e à massificação do mercado e participação ativa da indústria. A utilização de medicamentos genéricos traz poupanças não só ao Sistema Nacional de Saúde (no seu regime de comparticipações) como aos utentes do mesmo.

Como referido anteriormente é dever do farmacêutico e colaboradores qualificados informarem o utente da existência de medicamentos dentro do mesmo grupo homogéneo (conjunto de medicamentos com a mesma composição qualitativa e quantitativa em substâncias ativas, dosagem e via de administração, com a mesma forma farmacêutica ou com formas farmacêuticas equivalentes), podendo o utente fazer a escolha.

Atualmente a utilização de medicamentos genéricos é regular entre doentes polimedicados tanto como em utilização pontual e única. Apesar disso, é notável ainda uma certa aliteracia na população; muitos utentes não compreendem o que é o medicamento

genérico ou a noção de medicamentos bioequivalentes. Podemos dizer que, como os profissionais especialistas do medicamento, deve ser nosso mote desmistificar utentes e profissionais de saúde no respeitante a esta matéria para que o direito à escolha seja baseado no conhecimento global de todas as disposições e não produto de mitos e falácias.

4.4. Medicamentos Manipulados

A preparação de fórmulas magistrais (segundo receita médica) ou preparados oficiais (segundo a indicação compêndios, por exemplo a Farmacopeia Portuguesa ou Formulário Galénico) remonta aos primórdios da profissão farmacêutica (que remete ao tempo dos denominados boticários) e ainda muito presente. A regulamentação acerca da prescrição e preparação de Medicamentos Manipulados consta no Decreto-Lei nº 95/2004, de 22 de abril.¹³ Existe ainda regime jurídico próprio para a participação destas preparações.

A farmácia MAG encontra-se preparada para a manipulação medicamentosa, dotada de local e material próprio que cumprem os requisitos exigidos; a frequência desta atividade é baixa. *Ainda assim durante o período de estágio foi possível contactar com a preparação de medicamentos manipulados através da observação dos procedimentos e à posteriori por ser responsável pela preparação uma pomada de enxofre a 8%.*

4.5. Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica

Os medicamentos não sujeitos a receita médica (MNSRM) estão isentos da obrigatoriedade de apresentação de receita médica para dispensa (podendo mesmo assim indicados em receita sob aconselhamento médico). Ao contrário do que acontece com os MSRM estes estão integrados num mercado livre, sendo os preços definidos pela farmácia ou local devidamente autorizado pelo INFARMED (ainda que a dispensa seja efetuada por um profissional de saúde qualificado). São categorizados como subgrupo dos MNSRM de dispensa Exclusiva em Farmácia os MNSRM-EF, que pelas suas características e patologia a que se destinam, dispensam da obrigatoriedade de receita médica mas que por determinado atributo “os torna eletivos para dispensa sob a supervisão de um farmacêutico por questões de segurança e eficiência na sua utilização”¹⁴

Além de permitir uma maior segurança no acesso a determinados medicamentos aqui categorizados, veio aumentar a acessibilidade em relação a medicamentos antes classificados como MSRM que podem agora estar apenas supervisionados por um farmacêutico (esta alteração pode ser feita pelo INFARMED ou por requisição do titular da autorização de introdução de mercado, devidamente justificada).^{14,15}

A Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde regula a lista de MNSRM-EF autorizados emitindo protocolos de dispensa. Este grupo de medicamentos incluem os utilizados no tratamento sintomático de afeções menores (constipações, problemas do trato gastrointestinal, alívio da dor) que não necessitam de consulta e prescrição médica. Este passo permitiu também aliviar a sobrecarga e sobre recorrência aos centros de cuidados de saúde primários e unidades hospitalares. A dispensa destes medicamentos é de primeira responsabilidade do farmacêutico. Uma avaliação cuidadosa do motivo que leva a dispensa destes produtos e um aconselhamento ponderado são requisitos primordiais para uma dispensa responsável e eficaz. É essencial também a consciencialização do papel farmacêutico nestas situações para que se saiba reconhecer quando se deve encaminhar o doente para o atendimento médico.

Durante o período de estágio foi possível contactar com estes produtos e o aconselhamento farmacêutico que lhe é inerente; primeiro de um ponto de vista observacional e mais tarde de um ponto de vista prático.

Como maior desafio encontrado ressalva-se o pouco conhecimento de algumas alternativas menos usuais, principalmente no respeitante na área da dermofarmácia. A sazonalidade de algumas patologias e produtos permitiu pouco contacto com alguns categorizados como MNSRM.

5. Legislação Especial: Estupefacientes e Psicotrópico

Os estupefacientes e psicotrópicos são substâncias que tem ação farmacológica marcada (e potencialmente perigosa) a nível do sistema nervoso central e as quais originam muitas vezes dependências e abusos na sua utilização. Estas conjunturas obrigam a um controlo rigoroso pela farmácia e autoridade competente no momento da encomenda (que tem protocolo próprio) e armazenamento (feita de forma separada dos restantes e de acesso dificultado ao público).¹⁶

No respeitante à dispensa destes produtos, (sujeita à apresentação de receita médica), além do procedimento comum a todos os medicamentos, é obrigatório a recolha (e impressão no verso da receita) das informações relativas ao doente (como nome, idade, morada identificação civil e fiscal) bem como do indivíduo adquirente. É impressa documentação própria que é arquivada com cópia da receita, sendo os originais remetidos para centro de conferência e processados pelo INFARMED.^{9,16}

6. Conferência de Receituário e Faturação

Devido à complexidade dos procedimentos de dispensa de medicamentos e toda a informação gerida não é irregular a surjam erros neste processo (dispensa de

medicamentos errados, com dosagens diferentes, em quantidade indevida) que nem sempre são detetáveis aquando o atendimento. Por essa razão é necessário conferir os lotes (que contém até um máximo de 30 receitas do mesmo organismo de participação) de receitas no término do mesmo para detetar irregularidades; no fim do mês, até data estabelecida, todo o receituário que lhe é referente é enviado às entidades competentes.

O sistema de desmaterialização criado, com o sistema de prescrição eletrónica e o seu tratamento em plataforma informática devida permite a deteção destas falhas de forma automatizada, alertando o farmacêutico; torna-se dispensável, assim, a conferência de receituário para receitas eletrónicas e materializadas. Contudo não se deve descurar o profissional da atenção necessária ao procedimento de dispensa de medicamentos.

Durante o período de estágio não foi possível contactar com nenhum momento de conferência de receituário.

Na farmácia MAG cada colaborador é responsável pela gestão da sua caixa sendo regra a manutenção diária dos dados que lhe são referentes.

7. O Papel do Farmacêutico e serviços farmacêuticos

“O ato farmacêutico é da exclusiva competência e responsabilidade dos farmacêuticos. Do ato farmacêutico”^{17,18}. Apesar da abrangência de definição, do ato do farmacêutico, estão discriminadas, entre outras, as diversas obrigações e atividades relacionadas com o circuito do medicamento e sua utilização racional e segura;¹⁷ sendo por isso o especialista do medicamento.

As Boas Práticas para a Farmácia Comunitária definem ainda que: “a principal responsabilidade do farmacêutico é para a saúde e o bem-estar do doente e do cidadão em geral, promovendo o direito a um tratamento com qualidade, eficácia e segurança”². Essa função basilar, e atendendo ao percurso normal do cidadão no acesso aos cuidados de saúde, posiciona o farmacêutico (e a farmácia) na porta de entrada desse circuito; de igual forma vocaciona o ofício para a promoção da saúde pública; realçando a importância do farmacêutico para o sistema nacional de saúde, para o utente e comunidade em geral. Estar à altura desta posição é evidentemente um desafio diário e construído pela soma de diversos fatores, e deve ser reflexo, na farmácia comunitária, da prestação de serviços de excelência.

O farmacêutico comunitário deve ser, além de um especialista de vasto e atualizado conhecimento científico nas ciências do medicamento e da saúde humana, um profissional pluridisciplinar (de forma a assegurar funções específicas dentro da estrutura que integra), disposto a aprender e voltado para a humanização; não lhe serão estranhas muitas das competências pessoais que contribuam para o seu trabalho junto do utente e da restante equipa.

O período de estágio permitiu-me perceber e viver todo este paradigma. A valorização (própria) dos farmacêuticos como profissionais de saúde é essencial para o sucesso da classe e dos seus encargos. Um farmacêutico é um profissional que sempre quer saber e sempre quer aprender.

Além do papel do farmacêutico no circuito do farmacêutico, inclusive a dispensa de medicação, e na gestão da farmácia e o cumprimento de regimes jurídicos específicos, este deve ser elemento ativo noutras esferas, que dão significado à definição da profissão, sendo definidos para tal os designados serviços farmacêuticos, isto é, serviços prestados na farmácia.^{19,20}

7.1. Automedicação

A prevenção é um conceito transversal que compreende todas as práticas de um indivíduo que visam melhorar a sua saúde, e prevenir ou curar doenças e lesões. Uma componente desta definição, a automedicação – “seleção e aquisição de medicamentos para tratar queixas ou sintomas autodiagnosticados”¹⁴ - é parte integrante e esperada do sistema de saúde^{14,21}. Apesar de ser um fenómeno previsto, a elevada prevalência e generalização da automedicação no adulto deve ser integrada na gestão da saúde e limitada a sua utilização a situações clínicas definidas.

Uma automedicação ponderada, e correta, é recorrente a medicamentos não sujeitos a receita médica, sob a qual assume o farmacêutico um papel preponderante, como já foi mencionado, uma vez que é o avaliador e decisor final sobre a dispensa desta medicação.

O estágio profissionalizante colocou-me, por diversas vezes, frente a frente com esta realidade.

Além de todas as tarefas até agora mencionadas, o farmacêutico tem de, durante o escasso momento do atendimento, perceber quais os hábitos de saúde do utente (estilos de vida saudáveis, higiene, aspetos socioeconómicos, fatores socioambientais), bem como os relacionados com medicação não sujeita a receita médica passível de ser aviada, ou previamente adquirida pelo utente, e perceber as implicações a curto-longo prazo; como por exemplo a sua utilização fora das terapêuticas aprovadas ou interações medicamentosas. Apenas a avaliação global destes fatores permite uma intervenção correta e eficiente. Entre os maiores desafios encontrados neste momento de avaliação destaco:

- Necessidade de conhecimentos transversais, muitas vezes relacionados com uma aplicabilidade prática;
- Celeridade em dar respostas e encontrar soluções;
- Sensibilidade na avaliação de circunstâncias socioeconómicas e ambientais;

- A familiaridade dos utentes com outros colaboradores da farmácia, preferindo a sua participação no atendimento ou aconselhamento;
- Especificidades de algumas matérias, principalmente relacionadas com a puericultura e cosmética.

Durante o período de estágio a experiência e repetição revelou-se a melhor solução, bem como ajudou uma curiosidade constante em querer aprender mais. A maior vantagem ainda assim revelou-se a capacidade de gerar empatia no utente, permitindo explorar melhorar algumas situações, originando respostas mais eficientes.

7.2. Farmacovigilância

Integradas na responsabilidade sobre medicamento de uso humano e o seu ciclo (inclusive a sua dispensa) em contexto de farmácia comunitária, são dever deontológico do farmacêutico bem como serviço prestado na farmácia as atividades de farmacovigilância. Esta pode ser definida como a “identificação, quantificação, avaliação e prevenção dos riscos associados ao uso dos medicamentos em comercialização, permitindo o seguimento dos possíveis efeitos adversos dos medicamentos”².

A farmacovigilância tem ganhos diretos na qualidade e segurança da terapêutica farmacológica, não só para o utente monitorizado, mas para a comunidade no geral. Os momentos de dispensa de medicamentos ideais para a prática de hábitos que visem avaliação de parâmetros que permitam perceber o cumprimento do regime terapêutico prescrito ou recomendado e efeitos secundários que possam ter sido sentidos. Em caso de reações adversas não conhecidas ou previstas para determinado medicamento ou produto deverá ser feita a notificação do INFARMED, através de formulário próprio ou contacto direto.

7.3. Educação para a Saúde

A Educação para a Saúde é outra esfera do âmbito do farmacêutico e da farmácia. Trata-se de um processo ativo que visa promover junto da população e comunidade “competências e os conhecimentos dos indivíduos necessários para acederem, compreenderem, avaliarem e utilizarem informação sobre saúde, que lhes permita tomar decisões sobre cuidados de saúde, prevenção da doença e modos de promoção de uma vida saudável”²².

O farmacêutico, pelos vastos conhecimentos que possui e a posição que ocupa, acaba por se tornar um agente essencial não só na promoção da saúde, mas como na prevenção da doença. Em contexto de farmácia comunitária, espera-se que sejam proporcionados momentos de diálogos com o utente, programados ou não, tendo como

finalidade capacitar de forma gradual as pessoas. Além disso estão previstas a dinamização de atividades, campanhas e programas nas vertentes mencionadas, não só na farmácia como em outras instituições públicas e privadas.

Não foram raras as vezes que, durante o estágio, tive a oportunidade de me integrar nesta atividade, tão importante para o farmacêutico como profissional de saúde, como para a farmácia enquanto prestadora de serviços. Em todos os atendimentos, principalmente com doentes crónicos, procurava inferir os conhecimentos dos mesmos acerca da fisiopatologia da doença com a qual conviviam bem como da terapêutica seguida. Nas medições de parâmetros fisiológicos e bioquímicos era hábito regular incentivar a hábitos de vida saudáveis. Além disso promovi momentos de promoção para a saúde, tanto na farmácia como em contexto escolar, os quais vêm descritos na segunda parte do relatório.

7.4. Medição de parâmetros fisiológicos e bioquímicos

A prevenção e controlo de algumas patologias é de extrema importância (diabetes, dislipidemias e hipertensão como as mais frequentemente em contexto da farmácia) e, nem sempre as metodologias estão à disponibilidade no domicílio do utente. A farmácia MAG disponibiliza serviços de avaliação de parâmetros fisiológicos e bioquímicos como peso, altura, tensão arterial, glicemia, colesterol total e triglicerídeos.^{19,20}

O contacto com a medição destes parâmetros foi extremamente comum durante o estágio curricular. Ressalva-se a tentativa regular de perceber o motivo de vinda do utente para a medição. Em casos que os valores não se enquadravam nos valores parametrizados, procedia em conformidade inquerindo acerca de fatores prementes (como hábitos de vida) e respetivo aconselhamento de medidas não-farmacológicas ou, em casos graves, remeter para consulta médica.

8. Recolha de medicamentos fora do prazo: Valormed®

A eliminação de medicamentos e seus resíduos é outra das competências das farmácias, como intermediários, e seus profissionais (que consciencializam a população para a importância de uma eliminação segura). Este início e termina com a Valormed®, sociedade gestora deste tipo de resíduos, procede à destruição dos mesmos. Esta entidade procede à distribuição (através de distribuidores grossistas que servem a farmácia, no caso a OCP) de contentores próprios, os quais ficam ao cuidado da farmácia. Quando cheios procede-se à selagem e percurso inverso, onde são eliminados.

9. Conclusão

O período de estágio curricular na farmácia MAG, permitiu-me, de uma forma abrangente, contactar com todas as vertentes da farmácia comunitária. Infelizmente, por inerências do

período de estágio (que teve de ser intercalado com um período no hospital) e exigências funcionais da farmácia MAG, nem sempre foi possível familiarizar-me de forma aprofundada e com tempo em algumas das áreas supramencionadas, ficando apenas uma visão geral da mesma.

O facto de ter podido acompanhar e observar todos os colaboradores da instituição nas suas tarefas (algumas delas específicas), permitiu-me perceber e compreender algumas noções e práticas que se revelarão úteis mais tarde. Igualmente essencial foi a assistência continuada por todos os colegas, que me instigaram a melhorar de forma progressiva, sempre com novos desafios.

PARTE II

1. Saúde Mental: a saúde do sono e o consumo crónico e dependência de benzodiazepinas e análogos

1.1. Enquadramento e objetivos

As benzodiazepinas (e respetivos análogos) são um conjunto de fármacos com propriedades ansiolíticas, sedativas e hipnóticas. A sua utilização está recomendada no tratamento de neuroses sintomáticas, como ansiedade e perturbações do sono. A sua descoberta, por volta dos anos 60, permitiu a substituição dos barbitúricos, à data bastante utilizados. Ao contrário destes, as benzodiazepinas não têm propriedades depressoras nos centros respiratórios, tornando-se mais seguras. Além disso, apresentam uma maior especificidade sobre a sintomatologia ansiosa ²³. Embora a sua tolerância e segurança sejam satisfatórias, a sua utilização fica condicionada devido ao risco de dependência e de habituação num expressivo número de utilizadores, dificultando a interrupção de tratamento.²⁴

É visível em contexto de farmácia comunitária uma utilização exagerada deste tipo de compostos, “sendo Portugal o país da OCDE com maior consumo reportado de ansiolíticos (ATC N05C) e hipnóticos e sedativos (ATC N05B)”²⁴. Segundo o Programa Nacional para a Saúde Mental (PNSM), o aumento contínuo da prescrição – e utilização – de ansiolíticos represente um problema para a saúde pública ²⁵

O sono representa uma pedra basilar no nosso quotidiano, ocupando cerca de um terço de toda a vida. O período de sono é essencial à recuperação e manutenção da saúde mental e física do indivíduo; verifica-se, ainda assim, uma diminuição generalizada do tempo e qualidade de sono, relativamente ao início do século passado, acompanhado de um aumento progressivo dos gastos em “medicamentos para dormir”, afigurando-se uma preocupação de qualquer política relacionada com o medicamento que requer uma intervenção individual e num âmbito mais vasto de educação e promoção de literacia e hábitos de saúde.²⁶ Em Portugal acredita-se que cerca de 28,1% da população maior de idade (idade superior a 18 anos) sofre de sintomas de insónia, pelo menos três noites por semana ²⁷

Ainda que a utilização de ansiolíticos e derivados se restrinja a ansiedade e insónias patológicas, e limitadas no tempo, evitando-se a sua utilização nas formas ligeiras e moderadas, é possível inferir facilmente a generalização da sua utilização para “noites mal dormidas” entre a população.²⁸ A falta de estudos sobre as temáticas associada a erros de diagnóstico de perturbações de ansiedade e do sono, a avaliação da prescrição (muitas

vezes incumpridora das normas e recomendações vigentes) e da dispensa (verificando-se um acesso muitas vezes facilitado e a falta de acompanhamento terapêutico), torna necessário e apelativo visitar o paradigma numa visão conjunta das várias vertentes da problemática, devendo consciencializar profissionais de saúde e população em geral de forma a diminuir o consumo crónico e dependente de benzodiazepinas e análogos, orientando o utente para opções mais apropriadas.

Neste contexto, foi elaborada uma brochura dentro do tema (Anexo I) acompanhada de uma comunicação junto do utente, durante o período de estágio. Além disso foi adotada uma ação continuada de educação para a saúde no âmbito da saúde do sono e do consumo dependente de benzodiazepinas.

1.2. Perturbações do sono (insónia) e higiene do sono

O sono é um processo homeostático do nosso organismo determinante à qualidade de vida. Está diretamente relacionado com a manutenção de todas as restantes condições fisiológicas. É definido por um estado regular, funcional, recorrente e reversível do nosso organismo, caracterizado por “um sossego relativo, e um aumento do limiar de resposta a estímulos externos.”²⁹

As perturbações do sono pode ser classificadas em quatro grandes grupos: dissomnias (sonolência diurna excessiva ou dificuldade em iniciar ou manter o sono) e parassomnias (condutas anormais do sono como soníloqua ou sonambulismo), que formam as perturbações primárias do sono; perturbações do sono associadas a doenças somáticas e mentais; perturbações do sono mal definidas.^{26,30,31}

As perturbações do sono são maioritariamente definidas pela sensação de “insónia”, que é a caracterização subjetiva de “dormir mal ou de um sono não reparador”. Esta sensação tende a agravar-se com a idade e outras variáveis relacionadas com o estilo de vida e hábitos de trabalho. Estima-se que “em Portugal, 28,1% da população adulta sofre de sintomas de insónia pelo menos 3 vezes por semana”.²⁶

Existem algumas premissas que permitem uma caracterização objetiva de insónia: padrão do sono (dificuldade em adormecer, despertares frequentes ou prematuros, duração de sono insuficiente, etc.), qualidade do sono (agitação antes ou durante o sono, sensação de cansaço ao acordar, experiências de sono desagradáveis como pesadelos), sequelas diurnas (sonolência, fadiga, diminuição das capacidades cognitivas, variações de humor e comportamentais).²⁶ As perturbações do sono podem estar relacionadas com fatores como: “disfunções a nível psicológico e social, medicação, alterações fisiológicas (sistema respiratório, por exemplo), idade, género, educação, estatuto, situações de trabalho, fatores ambientais, genéticos e comportamentais.”²⁹ Resumindo, podemos definir as insónias como a carência de sono, em qualidade ou quantidade.

O processo de sono (fisiologicamente bastante complexo) pode ser perspectivado como um hábito, condicionado por vários fatores intrínsecos e extrínsecos, mas que pode ser modulado. A higiene do sono está estabelecida como um conjunto de comportamentos e circunstâncias ambientais que objetivam garantir um sono restaurador e de qualidade, de forma a evitar ou tratar perturbações do sono agudas.³² A promoção de hábitos de sono saudáveis (higiene) é o ponto inicial no tratamento e prevenção de perturbações menores do sono.

1.3. Terapia com benzodiazepinas

As benzodiazepinas (BZD) e análogos atuam a nível do local alostérico do recetor GABA_A, potenciando o efeito do GABA (o ácido α -aminobutírico) que é o principal neurotransmissor inibitório. Este neurotransmissor promove a abertura dos canais de cloro, e consequentemente, reduzem a excitabilidade das células nervosas.

Em termos de efeitos destacam-se a sedação, hipnose, anestesia (doses elevadas), relaxação muscular e também podem ser anticonvulsionantes. A doses elevadas podem causar depressão respiratória e cardiovascular (de realçar que mesmo doses terapêuticas verifica-se o mesmo efeito, em caso de outras patologias cardiorrespiratórias).³³

Na prática clínica, a terapêutica com BDZ é comum para: perturbações de ansiedade, distúrbios do sono, ataques convulsivos, espasmos musculares e indução de amnésia retrógrada. A sua aplicabilidade em distúrbios do sono está relacionada com a sua capacidade em promover o início do sono (diminuindo o tempo de latência) e a mantê-lo, por aumento do sono de onda lenta/Não-REM.³⁴

1.4. Consumo, Tolerância e Dependência de Benzodiazepinas

As propriedades desejadas no consumo de BZD e análogos (alívio de ansiedade, sensação de euforia e bem-estar, desinibição e promoção do sono), bem como a falta de alternativa terapêutica igualmente segura, levaram a um consumo incorreto de destes fármacos. No que concerne aos doentes, a automedicação funciona como fator agravante, predominantemente em idosos, facilitado pelo preço baixo desta medicação e acentuado por uma certa indulgência dos clínicos e farmacêuticos.^{23,35}

O desenvolvimento de tolerância a esta classe farmacológica é um dos seus principais malefícios. A tolerância a um dado fármaco é determinada pela diminuição da resposta farmacológica por exposição prévia a este ou análogo. No caso das BDZ e seus análogos o mecanismo de desenvolvimento da dessensibilização a estas moléculas, ainda que não perfeitamente conhecido, está relacionado com alterações nas taxas de ativação metabólica à administração crónica ou alterações na competência de resposta do sistema

nervoso.²³ Este processo conduz à necessidade de administração de BDZ com efeito mais marcado ou a doses maiores.

A administração continuada de BZD por períodos maiores que 3 a 4 semanas pode conduzir a sintomas de privação se a toma de medicamento for terminada de forma abrupta; este desenvolvimento de dependência física é correlacionado com o fármaco e dose utilizada.³¹ O síndrome de dependência desta classe de fármacos é acompanhada de estados de ansiedade, cefaleias, tensão, inquietação, confusão e irritabilidade; ou um quadro sintomatológico mais grave do qual são exemplo alucinações ou convulsões. O risco de desenvolvimento de dependências pode ser reduzido se a prescrição destes medicamentos for limitada a quantidades para 1 a 2 semanas. À impossibilidade de o fazer dadas condicionantes do tratamento (por exemplo no tratamento de perturbações mentais) é necessário um período de desmame ou desabituação.^{23,31,36,37}

A conceção de “medicamento para dormir” sem outros malefícios deve ser desmistificada por todos os profissionais de saúde. Na dispensa de regimes terapêutico deve ser esclarecer-se o doente sobre: dos utentes, tanto por parte do médico, como por parte do farmacêutico, é fundamental devendo, sempre que possível, esclarecer-se a dose diária, a duração do tratamento, os efeitos adversos, as interações e o processo de desmame. De forma geral é necessário ponderar a premência da utilização de BDZ e promover, se aplicável, o uso de medidas não farmacológicas, principalmente acompanhamento psicológico (no caso de perturbações de ansiedade) e hábitos de saúde (higiene do sono no caso de desordens menores)^{31,35}

A orientação correta para a prescrição de benzodiazepinas, de forma sumária consiste, além da utilização de medidas não farmacológicas e da educação correta do doente na sua utilização (inclusive risco de dependência); uso de apenas uma BZD ou análogo, se possível, na menor dose mínima eficaz; avaliação da eficácia de forma regular, com ajustes graduais da dose; não administrar em doentes com histórias de abuso de substâncias; e, em situações crónicas, administração intermitente, se apropriada.³⁷

1.5. Medidas não-farmacológicas na saúde do sono e alternativas terapêuticas na insónia

O estado de insónia pressupõe algumas causas intrínsecas ou extrínsecas ao individuo, sendo por isso um problema muitas vezes complexo na sua resolução. Vários estudos comprovam a utilidade da aplicação de medidas não farmacológicas no tratamento desta sintomatologia. A combinação com a terapia farmacológica é, ainda, a aplicação mais eficaz, mas levantando problemas relacionados com a utilização de benzodiazepinas como já mencionado. Não obstante, encontra muitas vezes como entrave a baixa adesão da população a estas soluções.

A educação e promoção de hábitos de sono (higiene do sono) bem como a modulação comportamental do indivíduo são o primeiro passo para o tratamento de insónias (ao que se lhe associam o acompanhamento psicológico quando necessário). É necessário que um regime que vise promover a higiene do sono pressupõe a implementação de diversos hábitos que visam melhorar a qualidade e quantidade de horas dormidas, como por exemplo educar o indivíduo a associar a cama a momentos de sono ou relaxamento, a desmistificação da insónia (eliminar a preconceção de que o indivíduo não vai conseguir dormir), garantir os requisitos de luz e temperatura adequadas, limitar no espaço e no tempo as horas de sono dormidas ao recomendado (7 a 9 horas por dia), a não ingestão de substâncias estimulantes como o álcool e cafeína e a diminuição de atividade física nas horas prévias ao sono são algumas das medidas previstas.^{26,31,32,35,38}

Como opção na farmácia e para aconselhamento farmacêutico existem algumas opções tais como:

- Extratos naturais, que apesar de eficácia inconclusiva quando em estudo, verifica-se alguns resultados práticos além de que são extremamente seguros. Destas destacam-se os extratos de Valeriana e Passiflora (Valdispert®, Valeron®, Angelicalm® e Valstress®);³⁹
- MNSRM, como por exemplo anti-histamínicos de primeira geração, caracterizados por provocarem sonolência por inibição dos recetores H1 (Dormidine®) e a melatonina (Valdisper Noite® e Circadin®). A melatonina é uma hormona participante na regulação do sono e que, normalmente, tem os seus níveis séricos aumentados quando escurece;
- A prática de atividade regular (exceto nas horas antecedentes ao sono) e de meditação contribuem ativamente para a qualidade e quantidade de horas de sono;
- Assistência psicológica, garantindo acompanhamento de possíveis patologias ou condicionantes que possam ser causa de perturbações do sono (como por exemplo elevados níveis de *stress* a nível profissional ou na vida pessoal, algo muito comum).

O farmacêutico deve estar ciente da importância de remeter o doente, numa fase aguda ou menor da insónia, para alternativas às benzodiazepinas se possível, uma vez que o alívio sintomático deste quadro pode conduzir o indivíduo à continuidade da toma e consequentemente ao aumento da tolerância farmacológica e eventualmente dependência.

1.6. Balanço da atividade

É necessário o aumento da intervenção do farmacêutico no âmbito do consumo (crónico) de benzodiazepinas. A educação da comunidade para as particularidades destes medicamentos, quando prescritos ou automedicados, bem como o acompanhamento farmacoterapêutico dos doentes que os consuma por períodos de tempo longos. A sensibilização dos clínicos para a realidade

A atividade realizada neste âmbito visava, principalmente, consciencializar a comunidade para hábitos de sono saudáveis e, conseqüente e preventivamente, diminuir a recorrência leviana e desmesurada às BDZ, apesar de o material de informação mencionar esta problemática de forma muito simples e curta. Optei por fazê-lo pois a educação da população neste sentido deve ser feita de forma continuada e sempre baseada num diálogo explicativo; este pode sim ser suportado por meios audiovisuais, mas nunca poderão estes ser o principal veículo.

Como desafio mais notório foi encontrado, claro, a dependência psicológica (e física) dos doentes pelos seus “comprimidos para dormir”. Justificações como “já tomo há muitos anos” e “já experimentei de tudo” são afirmações mais repetidas entre doentes. A cessação da toma destes medicamentos nestes doentes deverá ter em conta uma intervenção mais profunda, reunindo clínicos e farmacêuticos.

Como aspetos mais positivos destaca-se o poder revisitar a temática desta classe farmacológica. Foi gratificante ver em números a conceção inicial tida em relação ao elevado consumo destes medicamentos; afigura-se realmente um verdadeiro problema de saúde pública. Além disso abordar este paradigma pela higiene do sono permitiu-me conhecer melhor alguns produtos naturais e MNSRM à disposição na farmácia. Compreenda-se que foi a opção mais viável para uma intervenção inicial sobre este tema que, infelizmente, pela duração do estágio curricular não é possível prolongar ao longo do tempo, mas, seria uma área de intervenção da farmácia e do farmacêutico que poderia originar muitos frutos e ser reproduzível de uma forma geral.

De forma concreta, fica a ideia de realizar um rastreio em saúde do sono, um programa de acompanhamento terapêutico e uma campanha de sensibilização para a temática.

2. Sexualidade e Afetos: uma abordagem temática e educativa em contexto escolar

2.1. Enquadramento e objetivos

A Organização Mundial de Saúde define sexualidade como “uma energia que nos motiva para encontrar amor, contacto, ternura e intimidade; ela integra-se no modo como sentimos, movemos, tocamos e somos tocados, é ser-se sensual e ao mesmo tempo ser-se sexual. A sexualidade influencia pensamentos, sentimentos, ações e interações e, por isso, influencia também a nossa saúde física e mental”. A sexualidade está presente no nosso dia-a-dia e, por isso, a sua abordagem não pode estar confinada a uma “disciplina”.

2,18,40

A Educação para a Saúde está integrada no conjunto de serviços farmacêuticos a ser prestado pelas farmácias e definido no código deontológico farmacêutico. Ao mesmo tempo está prevista a abordagem temática da “Sexualidade e Afetos” em contexto escolar.⁴¹

A evolução de noções como sexualidade, relações afetivas, identidade e orientação sexual têm sofrido profundos marcos nos últimos anos, principalmente em países desenvolvidos, fruto das alterações na nossa sociedade. Apesar disso a integração da temática a nível nacional não é novidade, tanto em contexto educativo como nas instituições de saúde, datando dos anos 80 com a integração de políticas de desenvolvimento do planeamento familiar numa perspetiva de prevenção da gravidez não desejada e de recurso ao aborto e, em simultâneo, melhores conjunturas de saúde materno-infantil.⁴² Este percurso culmina no mais recente quadro legislativo que estabelece a aplicação da educação em meio escolar.^{43,44}

Devido a experiências extracurriculares prévias na implementação de projetos de educação e promoção para a saúde em contexto escolar (Projeto Geração Saudável da Secção Regional do Sul e Regiões Autónomas da Ordem dos Farmacêuticos) e por se encontrarem previstas ações exteriores à farmácia no âmbito da Educação para a Saúde como serviço prestado, surgiu a ideia de implementar uma ação educativa no Agrupamento de Escolas de Ermesinde (cujas escolas sede se encontra perto da Farmácia MAG). A escolha do tema surgiu pela curiosidade e desafio em articular conceitos novos, que exigiriam um estudo no âmbito da psicologia e sociologia, além da possibilidade de aplicar conceitos adquiridos (ainda que de forma diferente) durante o percurso académico.

A aplicação desta ação foi feita por apresentação (Anexo II) a todos os alunos de 8º de escolaridade do agrupamento de escolas supracitado, com autorização e apoio da Professora Paula Guindeira (coordenadora da educação para a saúde da instituição), nos

dias 11 e 12 de junho. A escolha da faixa etária, prendeu-se pela premência dos temas de sexualidade, identidade, orientação sexual, diversidade e respeito assim como da abordagem de conceitos como a puberdade. Espera-se que os alunos deste ano de escolaridade conheçam já os conceitos biológicos relacionados com o sistema reprodutor e a fecundação, dando-lhes a maturidade necessária e conhecimentos para conseguirem acompanhar as formações idealizadas. A realização desta atividade contou ainda com o apoio e marca do núcleo “*HeforShe*” da Faculdade de Farmácia da Universidade do Porto, por se enquadrar com a sua missão e pela proximidade física, servindo então a ação para a promoção da igualdade de género e respeito pela diferença entre indivíduos.

2.2. Identidade, relações afetivas e sexualidade

“Ao nível da identidade jogam-se os alicerces do edifício humano”.⁴¹ A nossa identidade é construída pelo somatório de todas as nossas características que nos conferem a unicidade de cada indivíduo, sem esquecer que estão enquadradas num contexto histórico, cultural e social. A diversidade destas características (como traços físicos, profissão, religião, cultura, orientação sexual, língua, etc.) resulta num sem fim de indivíduos que são diferentes entre si. A aceitação e respeito pela diferença deve nascer de forma espontânea com a simples compreensão de que não existem duas pessoas idênticas entre si.

Ao mesmo tempo o ser humano não se trata de uma ilha isolada, sendo um ser vivo tipicamente social, capaz de sentir empatia e com necessidade de se relacionar com os seus pares. O estabelecimento de relações, e de relações afetivas, começa durante ainda no útero, estende-se a um círculo familiar, que alarga ao longo do crescimento, englobando amigos, colegas e conhecidos. É importante reconhecer a existência de diferentes graus e naturezas de relação. A construção da nossa identidade está igualmente dependente da forma como estabelecemos estas relações, sendo fruto desses contactos.

A definição corrente e atual de sexualidade, dada pela Organização Mundial de Saúde é: “um aspeto central de ser humano engloba sexo, género, identidade de género, papéis de género, orientação sexual, erotismo, prazer, intimidade e reprodução. Sexualidade é experienciadas e expressada em pensamentos, fantasias, desejos, crenças, atitudes, valores comportamentos, práticas, funções e relações. Embora a sexualidade inclua todas estas dimensões, nem todas elas são experienciadas ou expressas. Sexualidade é influenciada pela interação de fatores biológicos, psicológicos, sociais, económicos, políticos, culturais, legais, históricos, religiosos e espirituais”.⁴⁵ A sexualidade instiga o indivíduo a procurar contacto e intimidade com outros seres humanos, de diversas formas e condicionada por muitos fatores. A aceitação destas condicionantes a perceção

que a expressão da sexualidade é variável, é o primeiro passo para um crescimento e vivência com os outros saudáveis.^{41,45-47}

2.3. Gênero, Identidade de Gênero e Orientação Sexual

Biologicamente somos todos definidos como seres humanos. Na grande maioria dos animais, entre os quais o Homem, Devido a diversos fatores durante a concepção e desenvolvimento existem diferenças biológicas entre indivíduos da mesma espécie no que toca ao seu aparelho reprodutor e ao seu desenvolvimento sexual. O gênero sexual ou sexo é condicionado por essa mesma diferença. Alguns organismos nascem com o aparelho reprodutor feminino – fêmeas – e outros com o aparelho reprodutor sexual masculino – machos.

Independentemente disso a noção gênero é também condicionada e produto da nossa sociedade – gênero social. A concepção de feminino e masculino é arquitetada pela sociedade, cultura, religião e região que incentivam e esperam diferentes características, comportamentos, práticas, funções e ocupações (vestuário por exemplo) para cada gênero.

A identidade de gênero é referente ao gênero com o qual o indivíduo se identifica. É importante compreender que esta identificação a determinado gênero é pessoa, não devendo ser baseada apenas num fator isolado (durante as formações com os jovens colocava-se a premissa “um rapaz que goste de usar vestidos deixa de ser um rapaz? Uma rapariga que queira jogar à bola, deixa de ser uma rapariga?”; a simplificação deste conceito complexo permitia-os compreendê-lo de uma forma global e generalista). A identidade de gênero não deve ser confundida com a orientação sexual. As relações afetivas e a sexualidade podem ser traduzidas numa relação amorosa e/ou de natureza sexual, fruto de uma atração.

A orientação sexual é definida pelo gênero pelo qual se sente uma atração desse foro. A homossexualidade (atração por pessoas do mesmo sexo) e heterossexualidade (atração por indivíduos do sexo oposto) e a bissexualidade (atração por ambos os gêneros) são as orientações sexuais mais rudimentares. Uma questão importante de clarificar junto dos jovens é que a descoberta da orientação sexual é um processo que acompanha o nosso desenvolvimento e a experiência pessoal de cada um, não devendo ser ditado ou julgado por nenhum par; além disso é importante ressaltar que esta atração amorosa e/ou sexual é um processo complexo que requer uma descoberta pessoal e do outro e baseada no respeito e aceitação pelo próprio e pelo outro.^{41,45-47}

2.4. O Sistema Reprodutor e Puberdade

A diferenciação sexual entre indivíduos tem início ainda no útero. Esta é definida pela presença de diferentes cromossomas sexuais que determinam o aparecimento de diferentes órgãos reprodutores e gónadas – órgãos de produção de células sexuais – bem como hormonas expressadas em quantidades diferentes, testosterona e estrogénio. Isto resulta numa expressão fenotípica às quais determinam a variabilidade de género entre masculino e feminino – distinguível principalmente pela presença de um trato genital masculino (testículos e pénis) ou de um trato genital feminino (presença de vagina, útero e ovários).⁴⁸

Durante a adolescência ocorre uma alteração biológica e fisiológica, bem como mudanças a nível da psique, das emoções e do ser social. “Adolescente é, então, aquele que cresce ou está em fase de crescimento. A puberdade e as transformações corporais e hormonais constituem uma das características principais da adolescência, contribuindo para o desenvolvimento da identidade sexual de cada um, sendo muito importante nesta fase adquirir os conhecimentos que permitam conhecer o conteúdo desta transformação pubertária e limites desta mesma”.⁴⁶

A puberdade inicia com um aumento da secreção de hormona libertadora de gonadotrofinas (GnRH) a nível do hipotálamo (controlada pelo eixo hipotálamo-hipofisário e acompanhada por uma sensibilização dos seus recetores) que promove a libertação das gonadotrofinas – a hormona luteinizante (LH) e a hormona folículo-estimulante (FSH), e consequente aumento hormonal no organismo. A secreção e libertação destas hormonas aumenta de forma gradual durante a puberdade tornando-se pulsátil (ou seja, variável ao longo do tempo, mas dentro de um intervalo de níveis), mantendo-se assim para o resto da vida adulta. A LH e a FSH estimulam a libertação de hormonas esteroides – testosterona e estrogénio – a nível das gónadas. O aumento da concentração destas hormonas sexuais é responsável pelo aparecimento das características sexuais secundárias, processo que marca o período da puberdade. Nos homens o desenvolvimento destas características tem início entre os 12 e os 14 anos. Nas mulheres entre os 9 e os 12. A etapa fundamental no desenvolvimento dos adolescentes e que singularizam na puberdade é o início da espermatogénese nos rapazes e da oogénese nas mulheres, acompanhado do aparecimento do ciclo menstrual.^{46–48}

2.5. Métodos contraceptivos

Durante a relação sexual com penetração, após a ejaculação, pode existir o contacto entre as células reprodutoras masculina (espermatozoide) e feminina (óvulo), dando-se a concepção, da qual resulta uma gravidez, através do desenvolvimento

embrionário e fetal. De forma a evitar este processo, surgiram os métodos contraceptivos. Estes podem ser classificados como métodos: hormonais (pílula); mecânicos (preservativos masculino e feminino, dispositivo intrauterino); químicos (espermicida); cirúrgicos (vasectomia e laqueação das trompas); naturais (método do calendário e método do coito interrompido) e contraceção de emergência (pílula do dia seguinte). É necessário frisar que nenhum dos métodos contraceptivos tem uma eficácia garantida de 100%. Todavia, a diferença de eficácia e segurança entre diferentes métodos pode ser considerável.

A aplicabilidade destas estratégias é sempre dependente das particularidades do indivíduo (idade, género, situação socioeconómica, conhecimento, conforto e outros). De uma forma generalista, entre a população mais nova a utilização do preservativo e a toma de anticoncepcionais hormonais é aconselhada. Além disso apenas o deste método possibilita evitar a transmissão de doenças sexualmente transmissíveis.^{45,49}

2.6. Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST)

As “doenças venéreas” são infeções que podem ser causadas por fungos, bactérias ou vírus após contacto sexual desprotegido. Além da ameaça que constituem à vida e bem-estar do indivíduo, a gravidade destas doenças relaciona-se com o possível desenvolvimento silencioso das mesmas, ainda que transmissíveis. A variabilidade de quadro sintomático associado ao agente causal torna necessário um conhecimento das mesmas de forma a preveni-las e rastrea-las da forma mais precoce possível.

A higiene íntima por si só não previne as doenças sexualmente transmissíveis, sendo que apenas a utilização de preservativo impede a infeção. As relações sexuais desprotegidas aumentam exponencialmente o risco de aparecimento de uma destas doenças, das quais são exemplos: VIH/SIDA (vírus da imunodeficiência humana), canídiase, hepatite B e hepatite C, sarna, sífilis, herpes genital e chatos).

A utilização de preservativo, um sexo protegido e seguro (com recurso ao preservativo e limitado ao número de parceiros sexuais) e a análise e rastreio regular são recomendações a seguir. Igualmente é importante uma observação atenta do nosso corpo e recorrer ao médico em caso de aparecer um sinal estranho.⁵⁰

2.7. Promoção e Educação para a Saúde: análise do impacto da abordagem temática e educativa em contexto escolar

Como parte das sessões sobre a temática foi distribuído aos estudantes um questionário para a avaliação dos seus conhecimentos sobre a mesma e igualmente para análise do impacto da ação nos alunos. O questionário (Anexo III) era constituído por 12

perguntas-chave, das quais 7 correspondiam às questões do tema “Sexualidade e Afetos” e 5 do âmbito da “Dependência e Comportamentos Aditivos”. A implementação deste conteúdo não foi possível de realizar, pelo a resposta às perguntas que lhe eram referentes foram dispensadas).

O inquérito era entregue aos alunos, para preenchimento, antes ou depois da palestra. Dos 198 alunos previstos para receberem a ação, 169 responderam ao questionário proposto, sendo que a 40,23% (n=68) destes o mesmo foi entregue à priori; e aos restantes 101 foi entregue à posteriori. A análise aos resultados foi feita em função do score total (ou número de respostas certas) atingido no primeiro grupo de questões (refente à componente dedicada à “Sexualidade e Afetos”), para cada amostra em estudo. Para o grupo em que a entrega foi feita antecedendo à formação a média de pontuação atingida foi de 3,49 (com um desvio-padrão de 1,23), sendo a moda de score 3; cerca de 32,35% dos 68 alunos deixou pelo menos uma resposta em branco.

Para os 101 estudantes em que o inquérito foi entregue posteriormente, foi obtida uma pontuação média de 4,57 ($\sigma=1,32$), nestes a moda de respostas corretas era de 4 e apenas 22,77% deixaram pelo menos uma questão por responder.

Análise Sumária aos Inquéritos		
	Pré-formação	Pós-formação
Nº de Inquéritos	68 (40,23%)	101 (59,77%)
Score médio	3,49 $\pm$ 1,23	4,57 $\pm$ 1,32
Moda de score	3	4
Inquéritos c/ respostas em branco (≥ 1)	22 (32,35%)	22 (22,77%)

Sob um olhar crítico foi também possível compreender que a resposta n.º 4 foi a mais pobremente respondida; após ponderação justificou-se esta observação com a falhas na exposição oral ao tema no que era referente ao intuito da questão, que não foi feita sempre da mesma forma entre turmas.

Os resultados indicam que, na sua globalidade, a formação foi preponderante na aquisição de conhecimentos sobre a temática abordada. Ainda assim, ficaram por analisar alguns traços distintivos da população, como idade, turma, escola e género por exemplo, que poderiam afetar a interpretação de resultados.

2.8. Balanço da Atividade

A aplicação da educação para a saúde em contexto escolar representa uma oportunidade para os profissionais de saúde. Além da facilidade de adaptação de diversos temas consoante a faixa etária, a promoção de hábitos de saúde e estilos de vida saudáveis entre crianças e jovens tem resultados a médio-longo prazo bastante encorajadores.

Como pontos positivos evidencia-se a receptividade da comunidade escolar e a proximidade e empatia com os alunos, que se refletiram numa participação ativa, tornando a atividade dinâmica e, portanto, mais rica. Além das intervenções durante a apresentação, não foram raras as questões no fim da mesma, tanto dentro do auditório, como fora do mesmo. Percecionar que os alunos conseguiam acompanhar conceitos (ainda que para alguns os mesmos lhes fossem, ainda, distantes) e que se mostravam interessadas, foi o momento mais gratificante da atividade e um dos melhores do estágio.

Para melhorar ficou a preparação de algum material informativo para os estudantes levarem, de forma a alcançar pais e familiares (como público-alvo secundário) e para garantir que poderiam relembrar conceitos se quisessem. Além disso a dinamização de um segundo tema relacionado com as dependências e comportamentos aditivos foi impraticável, uma vez que a primeira sessão se alongava demasiado devido às intervenções e questões dos alunos. A abordagem a esse segundo tema não foi possível de realizar dada a proximidade ao término do ano letivo.

3. Imagem da Farmácia MAG

A imagem de uma farmácia, que transcende o seu espaço físico (que obedece a recomendações próprias), é parte integrante da organização, sendo a sua aplicação no *marketing* e no *branding* uma componente de bastante utilidade. Torna-se um fator diferenciador, que contribui para a capacidade de competitividade e excelência da mesma.

Durante o período de estágio curricular, e coincidente com a aquisição de uma moldura digital, propus-me a dinamização de material gráfico para divulgação de atividades e produtos, ficando a gestão da imagem à minha coresponsabilidade. Desta atividade resultaram alguns trabalhos, sendo que alguns exemplos constam do Anexo IV.

4. Atividades planeadas e não dinamizadas

Durante o período de estágio foram planificadas algumas ações que por fatores externos não foram possíveis de realizar. Foram elas: i) no maio Mês do Coração, a realização de um rastreio cardiovascular com medição de parâmetros bioquímicos e fisiológicos com altura, peso, tensão arterial, glicémia, colesterol e triglicerídeos; a imagem para divulgação da atividade foi criada, assim como uma brochura (Anexo V) dedicada à descrição das doenças cardiovasculares, fatores de risco e medicação mais comum e recomendações para hábitos saudáveis. Apesar da impossibilidade de dinamizar a atividade, o material preparado foi utilizado numa ação semelhante na Farmácia de Vila Meã (pertencente à sociedade que detém a Farmácia MAG). ii) para o Dia dos Namorados (Anexo VI), foi idealizada uma campanha temática que contemplava a oferta de um rastreio

de pele e capilar. A ação foi dinamizada pela representante comercial de algumas marcas de cosmética, com o apoio da equipa da farmácia MAG.

5. Conclusão

No âmbito da farmácia comunitária, as funções inerentes ao ato farmacêutico, ao aconselhamento farmacêutico e à educação para a saúde colocam o doente e o utente no centro das mesmas. A simples responsabilização do medicamento na sua gestão e dispensa ao doente teria consequências catastróficas, se apenas per si, com a diminuição do ofício farmacêutico. Estes profissionais são, na maioria dos casos, o primeiro contacto do doente com o sistema de saúde, ocupando por isso uma posição privilegiada na promoção da literacia em saúde, na capacitação dos utentes e nas garantias de segurança e qualidade. A perceção desse papel do farmacêutico, e da confiança que é nele depositada, inspiraram as atividades dinamizadas no relatório, sendo a resposta natural para o meu contacto com a realidade do estágio. Moveram-me a curiosidade espontânea e a vontade em acrescentar valor, o querer fazer e o querer saber e, além disso, a vontade em refinar algumas das competências naturais.

A maior parte das ações propostas foram dinamizadas e com modesto sucesso. Permitiram ainda abordar áreas do saber e da saúde por vezes pouco extensas durante o Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas e em quase todo o trabalho desenvolvido me foi possível arranjar novas maneiras de perceber as temáticas.

Em jeito de conclusão, faço um balanço positivo ao estágio realizado e das atividades que deste fizeram parte, atingindo os objetivos definidos.

Referências Bibliográfica

1. *Decreto-Lei N.º 307/2007, de 31 de Agosto: Estabelece O Regime Jurídico Das Farmácias de Oficina*. Portugal: Diário da República n.º 168/2007, Série I de 2007-08-31; :6083-6091.
2. Conselho Nacional da Qualidade da Ordem dos Farmacêuticos. *Boas Práticas Farmacêuticas Para a Farmácia Comunitária (BPF2009)*. Vol 3ª Edição.; 2009.
3. Fallon Jr LF, McConnell C. *Human Resource Management in Health Care: Principles and Practice*. (McNeill KG, Birtcher K, Sekerak R, eds.). Michael Brown; 2007.
4. *Decreto-Lei N.º 307/2007, de 31 de Agosto*.
5. Direção Geral do Território. *Áreas Das Freguesias, Municípios E Distritos Da CAOP2013.*; 2013.
6. Pinto I, Nascimento L, Pereira F. Polimedicação em idosos institucionalizados em lares do norte de Portugal. 2014. <http://bibliotecadigital.ipb.pt/handle/10198/10972>.
7. Unidade De Missão Para Os Cuidados Continuados Integrados. *Orientações Para O Armazenamento de Medicamentos , Produtos Farmacêuticos E Dispositivos Médicos.*; 2009.
8. *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*. Portugal: Diário da República, 1.ª série — N.º 144 — 27 de julho de 2015; 2015:5037-5043.
9. *Decreto-Lei N.º 128/2013, de 5 de Setembro: Estatuto Do Medicamento*. Portugal: Diário da República n.º 171/2013, Série I de 2013-09-05; :5524-5626.
10. *Portaria N.º 195-D/2015, de 30 Junho de 2015: Estabelece Os Grupos E Subgrupos Farmacoterapêuticos de Medicamentos Que Podem Ser Objeto de Comparticipação E Os Respetivos Escalões de Comparticipação*. Portugal: Diário da República n.º 125/2015 1.º Suplemento Série I
11. *Portaria N.º 1319/2010 de 28 de Dezembro de 2010: Estabelece as Condições de Atribuição Do Regime Especial de Comparticipação de Medicamentos*. Portugal: Diário da República n.º 250/2010, Série I de 2010-12-28
12. *Decreto-Lei N.º 270/2002, de 2 de Dezembro: Sistema de Preços de Referência Para Efeitos de Comparticipação Pelo Estado No Preço Dos Medicamentos*. Portugal: Diário da República n.º 278/2002, Série I-A de 2002-12-02; 2002:7520-7522.
13. *Decreto-Lei N.º 95/2004, de 22 de Abril: Regula a Prescrição E a Preparação de Medicamentos Manipulados*. Portugal: Diário da República n.º 95/2004, Série I-A de 2004-04-22; :2439-2441.
14. Viveiro J, Departamento de Serviços Farmacêuticos da Associação Nacional de Famácias (ANF). *A Diferenciação Da Farmácia Através Dos MNSRM-EF*. Porto; 2017.
15. INFARMED I.P. - Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde I.P. *Deliberação N.º 24/CD/2014, de 26 de Fevereiro: Aprova O Regulamento Dos Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica de Dispensa Exclusiva Em Farmácia (MNSRM-EF)*.
16. *Decreto-Lei N.º 15/93, de 22 de janeiro: "Regime Jurídico Do Tráfico E Consumo de Estupefacientes E Psicotrópicos."*
17. *Lei N.º 131/2015 de 4 de Setembro de 2015: Procede À Quarta Alteração Ao Estatuto Da Ordem Dos Farmacêuticos*. Portugal: Diário da República 1.ª série — N.º 173; :7010-7048. doi:http://www.ordemfarmaceuticos.pt/xFiles/scContentDeployer_pt/docs/Doc3724.pdf
18. *Decreto-Lei N.º 288/2001: Estatuto Ordem Dos Farmacêuticos*. Vol 261 (2001-.; 2001:7150-7165. doi:http://www.ordemfarmaceuticos.pt/xFiles/scContentDeployer_pt/docs/Doc3724.pdf
19. *Portaria N.º 1429/2007 de 2 de Novembro: Define Os Serviços Farmacêuticos Que Podem Ser Prestados Pelas Farmácias*. Portugal: Diário da República 1.ª série — N.º 211 — 2 de Novembro de 2007; :7993.
20. *Portaria N.º 97/2018, de 9 de Abril: Procede À Primeira Alteração À Portaria N.º 1429/2007, de 2 de Novembro*. Portugal: Diário da República 1.ª série — N.º 69 — 9 de abril de 2018; :1556-1557. <https://dre.pt/application/file/a/114380395>.
21. World Health Organization. The role of the pharmacist in self-care and self-medication. *World Heal Organ*. 1998;15. doi:WHO/DAP/98.13
22. Espanha R, Mendes RV, Fernandes J. Relatório síntese: Literacia em Saúde em Portugal. *Fundação Calouste Gulbenkian*. 2016.
23. Guedes JMFS. Consumo de Benzodiazepinas em Portugal. 2008.
24. INFARMED D de I e PE do. Utilização de Benzodiazepinas e análogos. 2017;2:15.
25. Programa Nacional para a Saúde Mental Direção Geral de Saúde, Carvalho ÁA de, Mateus P, Xavier M. *Saúde Mental Em Números 2015.*; 2015. <https://www.dgs.pt/estatisticas-de->

- saude/estatisticas-de-saude/publicacoes/portugal-saude-mental-em-numeros-2015-pdf.aspx.
26. Paixão E, Branco MJ, Contreiras T. *Uma Observação Sobre Prevalência de Perturbações Do Sono Em Portugal*. Lisboa; 2006.
 27. CUF. Doenças A-Z: Insónia. Doenças A-Z. saudecuf.pt/mais-saude/doencas-a-z/insomnia. Published 2015. Accessed May 25, 2018.
 28. Direção Geral de Saúde. *Tratamento Sintomático Da Ansiedade E Insónia Com Benzodiazepinas E Fármacos Análogos*. Portugal; 2015:1-10.
 29. Neto A, Gonçalves A, Faria D, Reis R, Lapa Esteves M. Perturbações do Sono. *Int J Dev Educ Psychol*. 2010;4(1):323-329.
 30. Thorpy MJ. Classification of Sleep Disorders. *Neurotherapeutics*. 2012;9(4):687–701. doi:http://doi.org/10.1007/s13311-012-0145-6
 31. Brett J, Murnion B. Management of benzodiazepine misuse and dependence. *Aust Prescr*. 2015;38(5):152-155. doi:10.18773/austprescr.2015.055
 32. Voinescu B, Szentagotai-Tatar A. Sleep hygiene awareness: its relation to sleep quality and diurnal preference. *J Mol Psychiatry*. 2015;3(1):1. doi:10.1186/s40303-015-0008-2
 33. Katzung BG, Trevor AJ. *Sedative-Hypnotic Drugs*. 13th ed.; 2015.
 34. Almeida MS. Benzodiazepinas: da terapêutica ao abuso e dependência. 2015.
 35. Monteiro C de CO. Avaliação e Intervenção do Farmacêutico no Consumo de Benzodiazepinas pelos Utentes de uma Farmácia Comunitária. 2016.
 36. Furtado C. *Psicofármacos: Evolução Do Consumo Em Portugal Continental (2000 – 2012)*. Lisboa; 2013.
 37. Vaz AF, Magalhães AS, Lourenço A, Costa J, Guerreiro M, Ribeiro N. Boletim Terapêutico nº1/2017. 2017;(Tabela 1):1-6.
 38. Lopes JFR. *Relatório de Estágio Realizado No Âmbito Do Mestrado Em Ciências Farmacêuticas*. Porto; 2015.
 39. Nunes A, Sousa M. Utilização da Valeriana nas perturbações de ansiedade e do sono: Qual a melhor evidência? *Acta Med Port*. 2011;24:961-966. doi:10.20344/amp.1572
 40. Infarmed. Decreto-Lei n.º 13/2009, de 12 de janeiro: Estabelece as condições e os requisitos para que os estabelecimentos e serviços prestadores de cuidados de saúde, públicos e privados, independentemente da sua natureza jurídica, dispensem medicamentos para trata. *Infarmed*. 2005:5.
 41. Carvalho Á, Matos C, Minderico C, et al. *Referencial de Educação Para a Saúde*. (Ministério da Educação - Direção-Geral da Educação, Direção-Geral da Saúde, eds.). Lisboa; 2016.
 42. Rosado P. A Educação Sexual: A História da Educação Sexual. aeducacaoosexual.blogspot.com. https://aeducacaoosexual.blogspot.com/2011/11/historia-da-educacao-sexual.html. Published 2011. Accessed May 12, 2018.
 43. Lei N.º 60/2009, de 6 de Agosto: Estabelece O Regime de Aplicação Da Educação Sexual Em Meio Escolar. Portugal: Diário da República n.º 151/2009, Série I de 2009-08-06; :5097-5098.
 44. Portaria N.º 196-A/2010, de 9 de Abril: Regulamenta O Regime de Aplicação Da Educação Sexual Em Meio Escolar. Portugal: Diário da República n.º 69/2010, 1º Suplemento, Série I de 2010-04-09; :1170-(2) a 1170-(4).
 45. Organização Mundial de Saúde. Sexual and Reproductive Health. http://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual_health/sh_definitions/en/. Published 2018. Accessed May 12, 2018.
 46. Centro Hospitalar de Lisboa Central E.P.E. *Guia de Boas Práticas - Adoles(ser), Sexualidade E Afectos*. (Maternidade Dr. Alfredo da Costa, Centro Hospitalar de Lisboa Central E.P.E, eds.). Lisboa; 2015.
 47. Pontes ÂF. Sexualidade: Vamos conversar sobre isso? - Promoção do Desenvolvimento Psicossocial na Adolescência: Implementação e Avaliação de um Programa de Intervenção em Meio Escolar. 2009. doi:10.1590/S0034-75902009000300008
 48. Costanzo LS. *Physiology*. Sixth Edit. (Elvesier, ed.). Philadelphia, PA; 2018.
 49. Órfão A, Leça A, Henriques A, et al. *Saúde Reprodutiva: Planeamento Familiar*. (Direção-Geral da Saúde, ed.). Lisboa; 2008. www.dgs.pt.
 50. Associação Positivo. Guia de Infecções Sexualmente Transmissíveis: Saber mais para viver melhor. 2015:22. www.positivo.org.pt.

Anexos

Anexo I Brochura Saúde do Sono

Saúde do Sono



Problemas em dormir?

Como prevenir insónias?

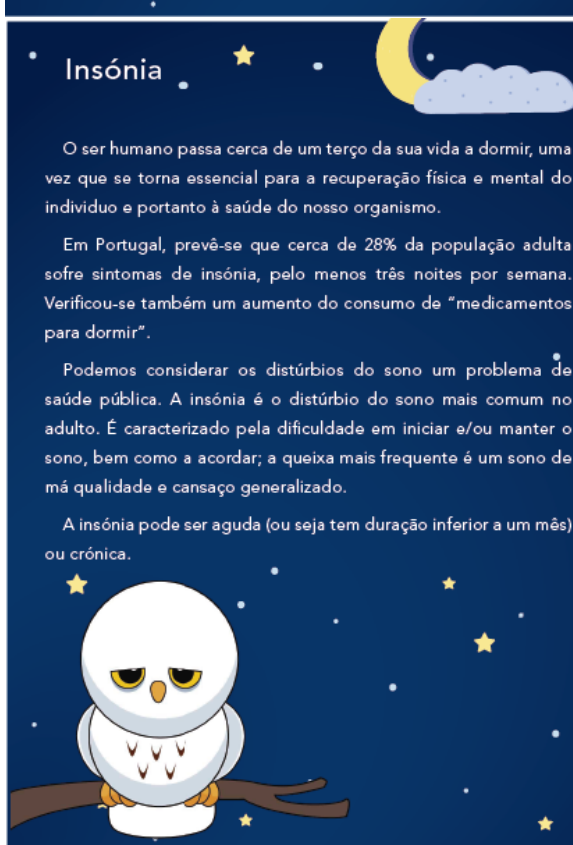
- É necessário manter uma higiene (ou hábitos) de sono:
 - Dormir pelo menos 7 a 9 horas;
 - Manter hábitos de sono regulares – acordar e adormecer nos mesmos horários, mesmo aos fins-de-semana;
- Na alimentação: evitar o consumo de substâncias estimulantes como o álcool e cafeína a partir do fim da tarde; Evitar refeições pesadas à noite;
- Ambiente: temperatura adequada, pouca luz e silêncio.
- Evitar ver televisão, estudar ou outras atividades nas 2h antes de ir dormir;
- Não fume, principalmente antes de ir dormir;
- Manter atividade física regular, evitando as horas antes de deitar ;

Soluções alternativas no tratamento da insónia ou dificuldade em dormir:

- Extratos de Passiflora e Valeriana, como solução natural;
- Medicamentos: Melatonina, doxilamina (e outros anti-histamínicos de 1ª geração que causam sonolência) como por exemplo: Valdispert®, Dormidina®, Valstress®, Angelicalm®, Sedatif PC®
- Terapias alternativas, como a hipnose;
- Exercício físico e treinos relaxantes - como o yoga;

Procure sempre o aconselhamento do seu médico e/ou farmacêutico

Insónia



O ser humano passa cerca de um terço da sua vida a dormir, uma vez que se torna essencial para a recuperação física e mental do indivíduo e portanto à saúde do nosso organismo.

Em Portugal, prevê-se que cerca de 28% da população adulta sofre sintomas de insónia, pelo menos três noites por semana. Verificou-se também um aumento do consumo de “medicamentos para dormir”.

Podemos considerar os distúrbios do sono um problema de saúde pública. A insónia é o distúrbio do sono mais comum no adulto. É caracterizado pela dificuldade em iniciar e/ou manter o sono, bem como a acordar; a queixa mais frequente é um sono de má qualidade e cansaço generalizado.

A insónia pode ser aguda (ou seja tem duração inferior a um mês) ou crónica.



O que causa a insónia?

- A insónia pode ter várias origens, não sendo uma doença fácil de diagnosticar (o diagnóstico deve ser sempre feito pelo seu médico). De forma mais comum temos:
 - Stress situacional (situações de trabalho, problemas familiares, crise financeira) ou ambiental (excesso de luz na zona de dormida) ou trauma. Este distúrbio do sono pode ainda estar relacionada a outra doença (insónia secundária) ou não ter relação com qualquer problema de saúde (insónia primária).

Como se manifesta?

- Dificuldade em adormecer, manter o sono ou em acordar;
- Duração ou qualidade do sono insuficiente;
- Cansaço ao acordar;
- Sonolência, fadiga e dificuldade de concentração, com problemas de aprendizagem e memória;
- Problemas de ansiedade, depressão e irritabilidade;
- Diminuição do rendimento escolar ou no trabalho;

Tratamento

- Os “medicamentos para dormir” mais conhecidos são as benzodiazepinas (que apesar de eficazes, têm bastantes efeitos secundários), que apenas devem ser utilizadas após prescrição médica.
- Existem ainda substâncias e outras medidas que poderão ajudar a um sono mais saudável.



As relações afetivas e Sexualidade



Sexo e Género



Género Biológico

"Sexo"

Fêmea/Macho
(intersexo)



Género Social

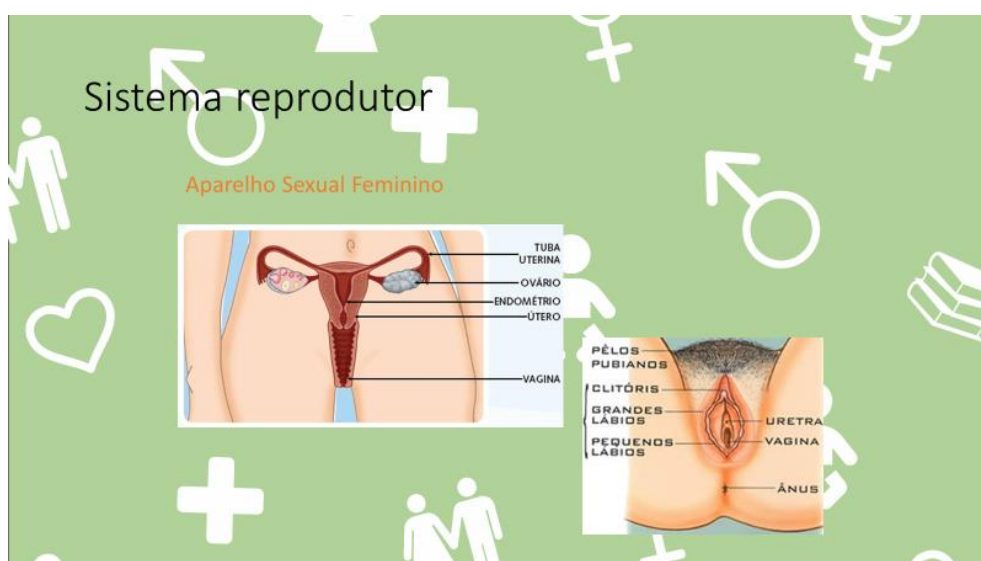
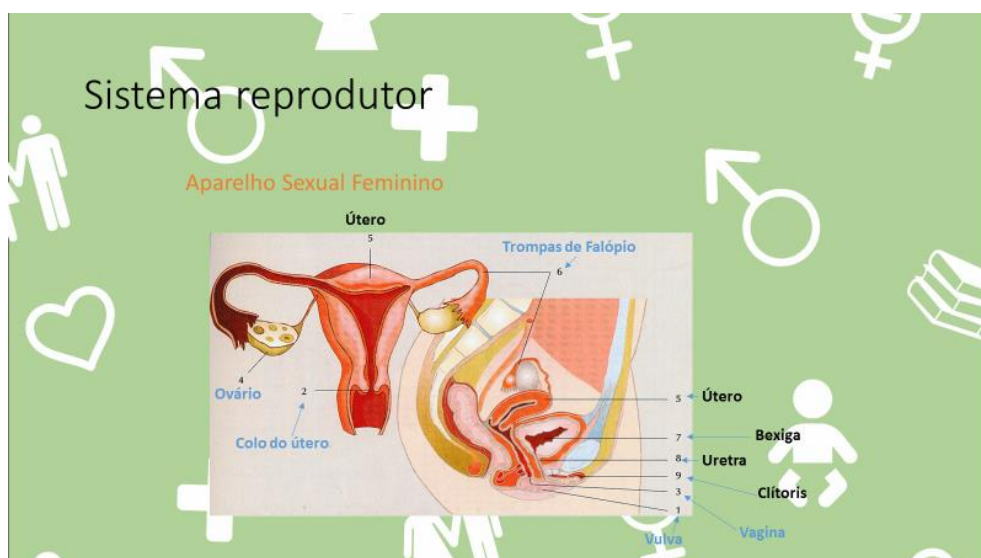
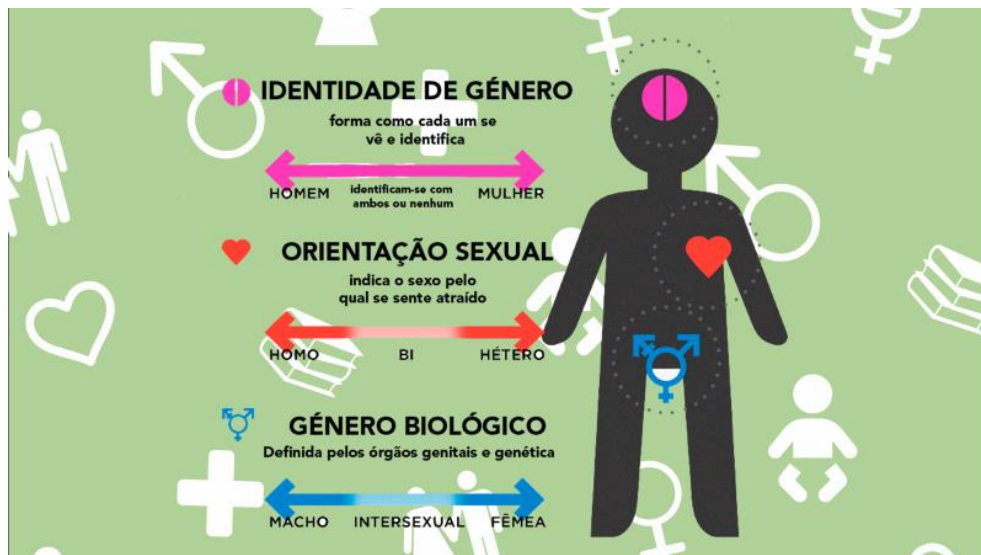
"Género"

Feminino/Masculino

Orientação Sexual

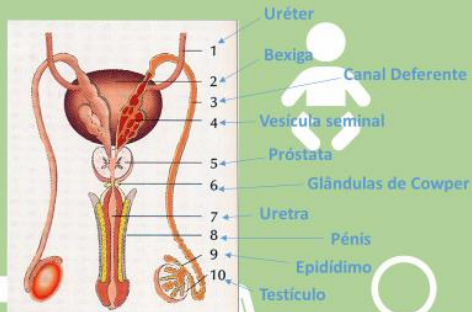


Heterossexualidade
Homossexualidade
Bissexualidade



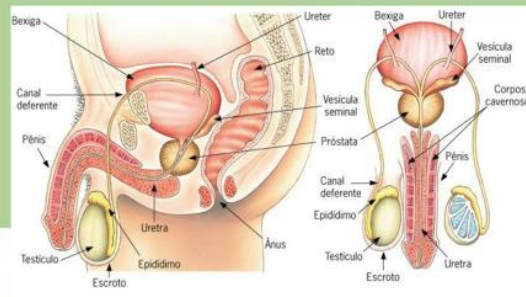
Sistema reprodutor

Aparelho Sexual Masculino



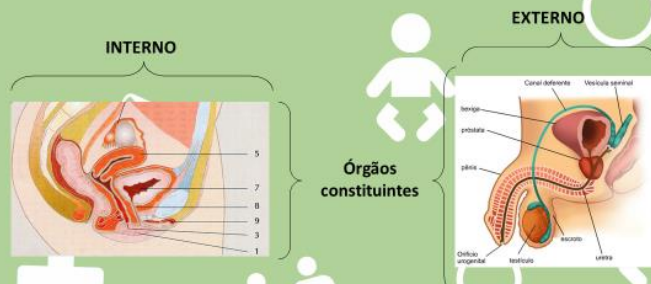
Sistema reprodutor

Aparelho Sexual Masculino



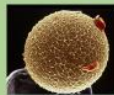
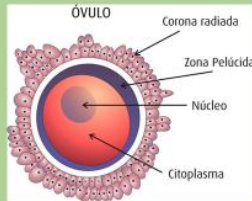
Sistema reprodutor

Diferenças entre o Aparelho Sexual Feminino e Masculino



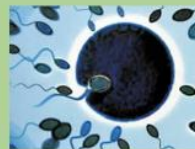
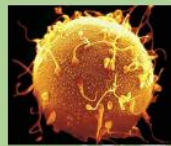
Sistema reprodutor

Células sexuais (gâmetas)



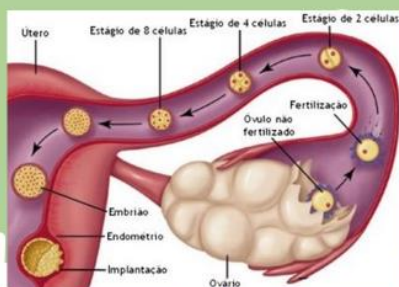
Sistema reprodutor

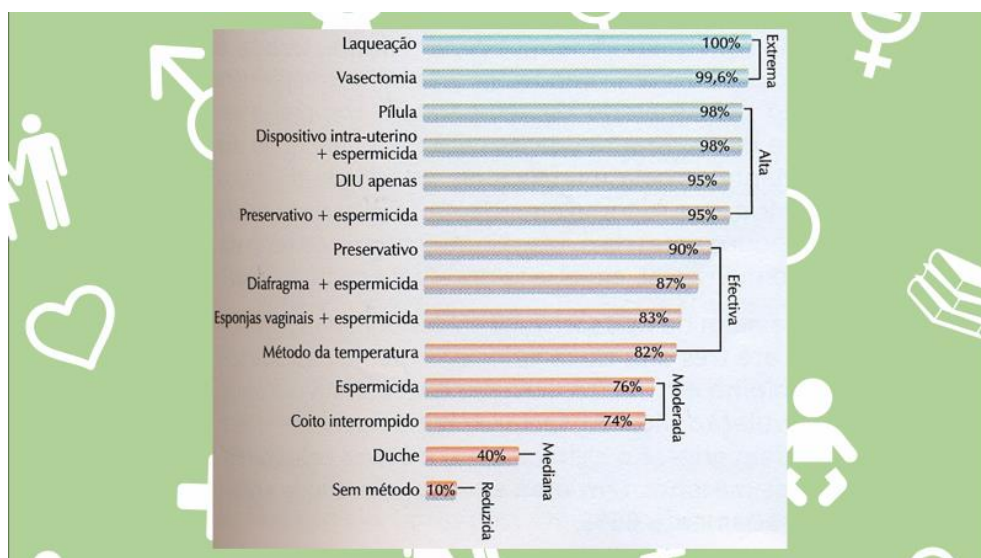
Fecundação



Sistema reprodutor

Fecundação e Implantação

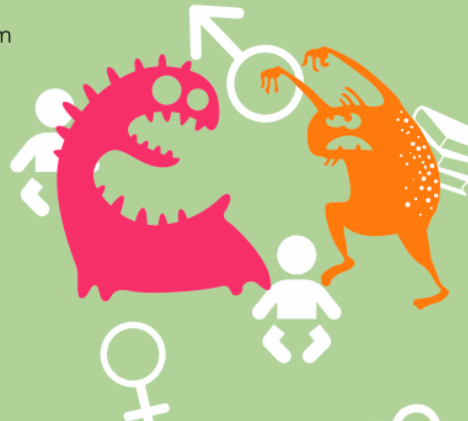




Doenças sexualmente transmissíveis

As DSTs são infeções que se transmitem através do contacto sexual.

- Estas doenças contraem-se a partir de uma pessoa infetada.
- Uma pessoa infetada pode não apresentar sinais ou queixas de qualquer tipo.
- Existe um risco muito maior de se contrair DST se se mantiver relações sexuais com mais que um parceiro/a sexual.



Doenças sexualmente transmissíveis

Que DSTs existem?

Causadas por bactérias:

Gonorreia

Sífilis

Úlcera mole

Infeção por Clamídia

Causadas por vírus:

Sida

Condiloma genital (HPV)

Herpes genital

Hepatite B

DSTs

A prevenção
é o melhor
tratamento



Causadas por parasitas:

Pediculose púbica

Escabiose

Infeção por Trichomonas

Candidíase

HIV

não transmite

transmite



Como evitar DSTs

Apenas a abstinência sexual protege totalmente !

- Utilize preservativo em todas as relações sexuais;
- Limitar o número de parceiros sexuais;
- Efectuar análises regularmente.

É importante a observação atenta do nosso corpo se aparecer algum sinal estranho deve procurar-se um médico

Higiene íntima

Feminina

1. Os hábitos de higiene íntima devem ser bdiários (manhã e noite);
2. Usar produtos de higiene sem sabão, suaves e adaptados;
3. Manter os pêlos púbicos aparados;
4. Após urinar, limpar encostando o papel higiénico, da frente para trás para evitar a contaminação da vagina com bactérias (da região perianal);
5. No banho, afastar os lábios vaginais para lavar melhor;
6. Não é necessário nem aconselhável lavar no interior da vagina;



Higiene íntima

Feminina

7. Evitar o uso habitual de pensos higiénicos diários, fora do período menstrual;
8. Durante a menstruação, trocar o penso ou tampão com frequência;
9. Na situação normal, é aconselhável a higiene da zona perianal com água corrente e produto de higiene a cada defecação. Durante o período menstrual aconselha-se este hábito de higiene após cada ida à casa de banho;
10. Dar preferência a roupa interior de algodão;
11. Evitar usar roupas apertadas;
12. Usar sempre preservativo durante as relações sexuais;
13. Após qualquer tipo de contacto sexual, deve-se urinar e lavar os órgãos genitais com água corrente.

Higiene íntima

Masculina

1. A higiene íntima masculina deve ser diária;
2. Os rapazes devem lavar todos os dias o pénis, puxando bem a pele que envolve a parte superior - o prepúcio;
3. Evitar cortar os pelos púbicos pois pode provocar irritações da pele;
4. Usar sempre preservativo durante as relações sexuais;
5. Após qualquer tipo de contacto sexual, deve-se lavar os órgãos genitais com água corrente.



Caixa de Perguntas





Sexualidade e Afetos

Dependências e Comportamentos Aditivos

Agrupamento de Escolas de Esmesinde

O questionário que se segue é completamente anónimo. Os dados recolhidos serão exclusivamente utilizados para elaboração do relatório de estágio profissionalizante no âmbito do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas.

Idade: _____

Responde às perguntas que se seguem com V (Verdadeiro) ou F (Falso), dependendo da situação:

II. Sexualidade e Afectos

1. A nossa identidade é definida apenas por fatores que não são possíveis de controlar ao indivíduo:
2. O género (masculino/feminino) é ditado à nascença:
3. Identidade de género é, por exemplo, dizer que os rapazes jogam à bola e só as raparigas podem usar vestidos:
4. É possível engravidar mesmo que não haja ejaculação:
5. Durante a puberdade as hormonas aumentam. Nas raparigas é a hormona Testosterona e nos rapazes é a hormona Estrogénio:
6. Todos os contraceptivos são igualmente eficazes a evitar a gravidez:
7. Apenas os preservativos (masculino e feminino) são capazes de evitar Doenças Sexualmente Transmissíveis





Maio

Mês do Coração

Opte por estilos de vida saudáveis como por exemplo:

- Um regime alimentar saudável e inclua fruta e legumes, alimentos com níveis reduzidos de sal e de gorduras saturadas;
- Não fumar;
- Manter um peso saudável - normal para a idade ou condição;
- Reduzir o stress;
- Atividade física, cuidada e adaptada, de pelo menos 30 minutos na maior parte dos dias (ajuda a regular a tensão arterial, o colesterol e triglicéridos e a condição física do coração e pulmões);

Procure o seu médico, farmacêutico e outro profissional de saúde para a prevenção e tratamento

Apoio de:

Farmácia MAG

Fundação Portuguesa de Cardiologia



O que são Doenças Cardiovasculares (DCV)?

Grupo muito vasto de doenças que, generalizadamente, afetam o coração e/ou vasos sanguíneos, como as artérias e as veias que constituem a rede de distribuição do sangue pelo organismo. As formas mais comuns de manifestação de doença são o Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM) e o Acidente Vascular Cerebral (AVC).

As Doenças Cardiovasculares (DCV) são um motivo de grande preocupação em todo o mundo. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) estas são atualmente a principal causa de morte a nível mundial. Este problema ocorre, pois, estas doenças caracterizam-se por serem silenciosas, com primeiros sinais e/ou sintomas tardios e de graves consequências.

A principal forma de combater as Doenças Cardiovasculares é através da prevenção, procurando um diagnóstico precoce.

Quais os fatores de risco para as Doenças Cardiovasculares?

Estas doenças têm vários fatores de risco associados - podemos dizer que é multifactorial - que estão relacionados com o indivíduo, o seu estilo de vida e estado de saúde:

- **Idade** - o risco aumenta com a idade. As mulheres têm um risco superior depois da menopausa, devido ao aumento do colesterol;
- **Género** - os homens têm risco acrescido;
- História familiar;
- **Hipertensão Arterial;**
- Sedentarismo e obesidade;
- Stress;
- Dislipidemias: Colesterol e Triglicéridos elevados;
- Diabetes;
- Consumo de álcool;
- Tabagismo;

Medicação para as Doenças Cardiovasculares?

Só e apenas após diagnóstico pelos profissionais de saúde, o médico poderá indicar e prescrever medicação para tratar e/prevenir a doença e os seus sintomas. Esta medicação está geralmente relacionada com o controlo da tensão arterial e regulação do metabolismo e organismo. A medicação mais comumente utilizada é:

- **Medicação para o colesterol ou lípidos (gorduras):** que permitem diminuir os níveis de colesterol LDL (o "colesterol mau") e triglicéridos mas também aumentar os níveis de colesterol HDL (o "colesterol bom");
- **Medicação para a tensão arterial:** estes medicamentos funcionam de formas diferentes e portanto não é raro que seja receitado mais que um. Podem atuar por aumentarem a eliminação de líquidos e sais através da urina, ou diretamente nos vasos sanguíneos - mas todos permitem a redução da tensão arterial.
- **Medicação para a circulação sanguínea:** é comum que seja dada medicação este fim

Deverá tomar a medicação exatamente de acordo com as recomendações dos seus profissionais de saúde. Não altere a sua dose ou a deixe de tomar, sem falar antes com o seu médico e/ou farmacêutico. É importante informá-los de tudo que toma, inclusive vitaminas e suplementos alimentares e ervanários



RELATÓRIO DE ESTÁGIO

REALIZADO NO ÂMBITO DO MESTRADO INTEGRADO
EM CIÊNCIAS FARMACÉUTICAS

Unidade Local de Saúde do Nordeste

Tiago Guilherme Rodrigues

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

Relatório de Estágio Profissionalizante

Unidade Local de Saúde do Nordeste (ULSNE) E.P.E. - Unidade
Hospitalar de Bragança
Março e abril de 2018

Tiago Guilherme Rodrigues

Orientador: Dr.^a Maria Ângela Gonçalves Rocha Aragão

Setembro 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 auto-plágio constitui um ilícito académico.

Faculdade de Farmácia da Universidade do Porto, 12 de setembro de 2018

Tiago Guilherme Rodrigues

Agradecimentos

Em primeiro, à Comissão de Estágios da Faculdade de Farmácia da Universidade do Porto, com especial destaque à Prof^a Doutora Glória Queiroz, e em representação destes a todos os docentes da FFUP, pela dedicação constante, pela vontade em ensinar, mas também em aprender, por incutirem uma vontade incessante na procura do conhecimento, e, por diversas vezes, pela compreensão e palavra amiga.

Agradeço aos Serviços Farmacêuticos da ULSNE, por fazerem também sua missão a formação de novos profissionais na área, proporcionando esta oportunidade, e por todo o seu trabalho.

À Dr.^a Ângela Aragão, pela sua simplicidade, cumplicidade e apoio incondicional. Recebeu-me de braços abertos, desde o primeiro momento, revelando-se não só uma orientadora qualificada para o meu estágio, mas uma amiga e conselheira para a vida,

À Dr.^a Catarina Lima, pelo companheirismo e dedicação que demonstrou,

À Dr.^a Cristiana Batouxas, pela amabilidade e conselhos,

Ao Conselho de Administração da ULSNE, e em seu nome à restante instituição, por permitirem a oportunidade para este estágio e do trabalho nele desenvolvido,

À Associação Cura+ e a todos os seus elementos, por me nortearem enquanto estudante e futuro farmacêutico,

À Sara Torgal, e em seu nome a toda a equipa da Ordem dos Farmacêuticos, e à fantástica equipa de formadores do Norte, pela conquista que juntos erguemos no último ano e o seu impacto na sociedade e para os farmacêuticos,

Ao Grupo de Fados da Faculdade de Farmácia da Universidade do Porto, por encerrarem a mística da vida académica. Sem vocês teria sido menos “vivido”.

A todos os meus amigos e companheiros dos últimos anos, por me darem conforto quando mais fazia falta. Sem eles não teria existido tanta força.

A toda a minha família e em especial, aos meus pais e irmã. Sem vocês este percurso não seria possível. Um obrigado à oportunidade, à força e coragem, e pelo futuro que nos espera.

À Faculdade de Farmácia da Universidade do Porto por ter sido palco de tantas histórias e, para sempre, a minha Casa.

Resumo

O presente estágio profissionalizante foi realizado nos Serviços Farmacêuticos da Unidade Local de Saúde do Nordeste (ULSNE) na Unidade Hospitalar Bragança, sob orientação da Dr.^a Ângela Aragão, diretora do mesmo serviço.

Os serviços farmacêuticos, ou farmácia hospitalar, e respetivos profissionais, assumem particular importância no circuito do medicamento, sendo responsáveis pela sua aquisição e gestão racional e controlo de qualidade (assim como de outros produtos farmacêuticos, reagentes e produtos de diagnóstico, material de consumo clínico e outros) e a sua distribuição pelos utentes do hospital ou em regime de ambulatório, assim como pelos diferentes serviços. Participam ainda na validação da prescrição médica e acompanhamento da terapêutica do doente, integrando comissões técnicas, constituindo ainda unidades de farmacotecnia, farmacocinética e farmacovigilância. Fica subentendida a importância do farmacêutico em contexto hospitalar, por isso, o contacto com esta realidade profissional, no término do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas (MICF), é uma mais valia não apenas por nortear o estudante para e no mercado de trabalho, mas também pela aquisição de novas valências e conhecimentos, pelo confronto com novos desafios, pela aplicabilidade dos conhecimentos obtidos durante os quase 5 anos de estudo, assim como a noção dos desafios presentes e futuros do setor farmacêutico.

Durante o período de estágio nos Serviços Farmacêuticos da ULSNE tive a oportunidade de contactar com a maior parte das competências, seguindo o enquadramento em quatro módulos, previstos e adaptados a partir do Manual de Integração do respetivo serviço: Gestão e Organização dos Serviços Farmacêuticos; Distribuição dos Medicamentos; Produção e Controlo de Medicamentos; Informação de Medicamentos e Atividades de Farmácia Clínica.

No decorrer do estágio foi possível desenvolver pesquisa e trabalho sobre o tratamento da Hepatite C, a nível da ULS; elaborar um guia sobre o sarampo; ministrar aulas aos alunos da Licenciatura em Farmácia da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança, no âmbito da unidade curricular “Administração e Gestão”. Houve a oportunidade de acompanhar e apoiar de forma próxima a Direção de Serviço, que permitiu um contacto com uma área administrativa, de gestão e de interdisciplinaridade entre diferentes serviços clínicos, com casos práticos do dia-a-dia de um hospital.

Assim, tem este relatório o propósito de descrever todo o trabalho efetuado, de forma objetiva e concisa, nas diversas áreas e componentes na qual se divide a prática farmacêutica.

Índice

Resumo	iii
Anexos	vi
Tabelas	vii
Índice de abreviaturas	viii
PARTE I	1
1.1. Apresentação da Unidade Local de Saúde do Nordeste	1
1.2. Caracterização do meio envolvente	1
1.3. Estrutura Organizacional	1
1.4. Caracterização dos Serviços Farmacêuticos (SF) da Unidade Local de Saúde do Nordeste (ULSNE)	2
1.5. O Farmacêutico Hospitalar	2
1.6. Comissões Técnicas	3
1.7. Sistema Informático	4
1.8. Integração nos Serviços Farmacêuticos	4
2. Gestão de Medicamentos, Produtos Farmacêuticos e Dispositivos Médicos	5
2.1. Seleção e Aquisição de Produtos Farmacêuticos	5
2.2. Armazenamento	6
2.3. Distribuição	7
2.3.1. Distribuição Clássica (DC)	7
2.3.2. Distribuição Individual em Dose Unitária (DIDU)	8
2.3.2.1. Sistema de distribuição semiautomático, Pixys®	9
2.3.3. Distribuição de Medicamentos em Regime de Ambulatório (DMRA)	9
2.4. Validação da Prescrição Médica	10
2.5. Medicamentos sujeitos a controlo especial	11
2.6. Farmacotecnia	11
2.7. Fracionamento e reembalagem	12
PARTE II	14

3. Planificação e aplicação de conteúdos programáticos no âmbito da unidade curricular de Administração e Gestão, da Licenciatura em Farmácia na Escola Superior de Saúde (ESS) do Instituto Politécnico de Bragança (IPB)	14
3.1. Gestão de Recursos Humanos e sua importância na área da saúde	14
3.1.1. Dimensão e dimensões da GRH.....	16
3.2. Competências Pessoais valorizadas no profissional de saúde	17
3.2.1. Comunicação.....	18
3.2.1.1. Comunicação: importância de uma cultura de <i>feedback</i>	19
3.2.2. Gestão de objetivos	20
3.2.3. Gestão de equipas	21
3.3. Elaboração de curriculum vitae	22
3.4. Balanço da iniciativa	23
4. Produção científica subordinada ao tema: “Gestão e Inovação Terapêutica de Hepatite C, em contexto hospitalar, na Unidade Local de Saúde (ULS) do Nordeste”	
23	
4.1. Hepatite C.....	24
4.2. Terapêutica na infeção crónica por VHC	24
4.3. Balanço da Atividade	25
5. Surto de Sarampo: Elaboração de Guia do Sarampo	26
5.1. Revisão Clínica e Epidemiológica	26
5.2. Profilaxia: a vacinação	26
5.2.1. Protocolos de atuação e segurança	27
5.3. Sessão de esclarecimento interna sobre Sarampo e Balanço da Atividade	
27	
Referências	28
Anexos	32
Tabelas.....	58

Anexos

Anexo I Cronograma de integração o novo colaborador, Técnico Superior de Saúde Ramo Farmácia, adaptado de (Serviços Farmacêuticos da Unidade Local de Saúde do Nordeste, 2013)

Anexo III Sistema de Distribuição Individual em Dose Unitária (DIDU), adaptado de ²

Anexo IV Patologias incluídas em regimes excecionais de comparticipação e dispensa hospitalar (adaptado de "Regimes Excecionais de Comparticipação", INFARMED. Disponível em infarmed.pt/web/infarmed/ . Consultado a 23 de março 2018

Tabelas

Tabela I Períodos clínicos e sintomatologia do Sarampo, adaptada de (Leça et al., 2013)

Tabela II Complicações clínicas do Sarampo, adaptado de (Leça et al., 2013)

Tabela III Procedimento sumário para caso possível de Sarampo. Adaptado de (Direção Geral de Saúde, 2017)

Índice de abreviaturas

ULS	Unidade Local de Saúde
ULSNE	Unidade Local de Saúde do Nordeste, E.P.E. (ULSNE)
UCSP	Unidade de Cuidados de Saúde Primários
ACE	Agrupamento dos Centros de Saúde
SF	Serviços Farmacêuticos
TSS	Técnicos Superiores de Saúde
TDT	Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica
AT	Assistentes Técnicos
AO	Assistentes Operacionais
FH	Farmacêutico Hospitalar
FHNM	Formulário Hospitalar Nacional de Medicamentos
CHNM	Código Hospitalar Nacional do Medicamento
SPMS	Serviços Partilhados do Ministério da Saúde
AIM	Autorização de Introdução de Mercado
AUE	Autorização de Utilização Especial
DMRA	Distribuição de Medicamentos em Regime de Ambulatório
DIDU	Distribuição Individual em Dose Unitária
DC	Distribuição Clássica
DCI	Denominação Comum Internacional
DGS	Direção Geral de Saúde
IPB	Instituto Politécnico de Bragança
GRH	Gestão de Recursos Humanos
VHC	vírus hepatite C
CH	cirrose hepática
CHC	carcinoma hepatocelular

PARTE I

1.1. Apresentação da Unidade Local de Saúde do Nordeste

A Unidade Local de Saúde do Nordeste, E.P.E. (ULSNE) é criada a junho de 2012 através do Decreto-Lei nº 67/2011, por incorporação do Centro Hospitalar do Nordeste, E.P.E. e do Agrupamento dos Centros de Saúde (ACE) do Alto Trás-os-Montes I – Nordeste. A ULSNE integra, assim, as três unidades hospitalares e catorze Centros de Saúde que servem o distrito de Bragança.

Através deste modelo organizacional tão agregador objetiva-se o estabelecimento de cuidados de saúde de excelência, eficientes e otimizados nas zonas de abrangência das instituições que o constituem. Em termos práticos, reflete-se na criação de um processo clínico único e partilhado, deslocação dos médicos hospitalares entre unidades, maior acessibilidade ao utente, repartição de incumbências entre unidades hospitalares e centros de saúde (diminuindo a afluência supérflua aos primeiros), e centralização de serviços, como é o caso dos Serviços Farmacêuticos da Unidade, o aprovisionamento, gestão de recursos humanos e outros.

1.2. Caracterização do meio envolvente

A área de influência da ULSNE estende-se a cerca de um terço do território da Região Norte, correspondendo a 12 concelhos do distrito de Bragança (Alfândega da Fé, Bragança, Carrazeda de Ansiães, Freixo de Espada à Cinta, Macedo de Cavaleiros, Miranda do Douro, Mirandela, Mogadouro, Torre de Moncorvo, Vila Flor, Vimioso e Vinhais) e ao concelho de Vila Nova de Foz Côa, distrito da Guarda, servindo uma população de cerca de 150.000 pessoas.

Caracteriza-se por ser uma zona vasta, predominantemente rural, com raízes na prática da agricultura, pecuária e exploração de floresta, refletindo-se numa população simples, como taxas de analfabetismo notável e, assim, em baixa literacia em saúde; historicamente condicionada pelos processos emigratórios, onde o envelhecimento populacional se faz sentir fortemente e, conseqüentemente conduz a uma diminuição crónica da população e desvitalização social das comunidades, que se torna mais grave devido a uma taxa de natalidade inferior à taxa de mortalidade.

Tudo isto força-nos a concluir, que mais que o dinamismo e inovação, cada vez mais difíceis de alcançar na região, tornam fundamental adequar os serviços de saúde às necessidades da população.

1.3. Estrutura Organizacional

Conforme o organograma da ULSNE (Anexo I), que se divide em 6 grandes áreas que abrangem os diferentes serviços clínicos e técnicos: Gestão e Apoio Logístico; Cuidados

Hospitalares e Continuados; Urgência, Emergência e Cuidados Intensivos; Cuidados de Saúde Primários; Saúde Pública; Apoio Clínico e Técnico.

Na área de Apoio Clínico e Técnico encontram-se inseridos os Serviços Farmacêuticos.

1.4. Caracterização dos Serviços Farmacêuticos (SF) da Unidade Local de Saúde do Nordeste (ULSNE)

Os Serviços Farmacêuticos (SF), enquadrados dentro da área de Apoio Clínico e Técnico enquanto unidade funcional da ULSNE, com autonomia científica e técnica, têm as suas atividades centradas no medicamento, tais como o seu circuito, validação da prescrição médica, distribuição da medicação pelos restantes serviços ou em regime de ambulatório, colaborando assim na prestação dos cuidados de saúde e no bom funcionamento hospitalar. São responsabilidades do SF, sob orientação e supervisão dos órgãos de administração: Informação sobre os medicamentos; Farmacotecnia; Controlo de qualidade de medicamentos e produtos farmacêuticos Farmacovigilância; Participação em ensaios clínicos; Farmacocinética; Farmácia Clínica; Participação em Comissões Técnicas.

A Farmácia Hospitalar assume, ainda, um papel preponderante na investigação científica e no ensino.^{1,2}

Os Serviços Farmacêuticos da ULSNE contabilizam cerca de 20 profissionais enquadrados em quatro categorias profissionais: Técnicos Superiores de Saúde (TSS) – Ramo Farmácia (8 elementos); Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica (TDT) – Ramo Farmácia (8 elementos); Assistentes Técnicos (AT); Assistentes Operacionais (AO).

A direção do serviço está à tutela da Dr.^a Ângela Aragão.

Os Serviços Farmacêuticos estão distribuídos pelas três unidades hospitalares (localizadas em Bragança, Macedo de Cavaleiros e Mirandela), sendo o seu planeamento e distribuição feitos em conformidade com a lotação e serviços do hospital em questão, bem como de outras funções acrescidas.

A unidade hospitalar de Bragança tem à disponibilidade quatro TSS, quatro TDT, uma AT e dois AO, aos quais se junta a diretora do SF.

Os SF têm funcionamento de segunda a sexta no período 9h00-18h00, incluindo regime de ambulatório no mesmo período, e sábados em regime de funcionamento mínimo das 10h00-16h00. Em todo o período fora do horário de funcionamento, inclusive noturno, entra em funcionamento um regime de prevenção, assegurado por um Farmacêutico.

1.5. O Farmacêutico Hospitalar

É considerado Farmacêutico Hospitalar (FH) todo o profissional com formação profissional equivalente ao grau académico de Mestre em Ciências Farmacêuticas (pós-Bolonha) – conferindo o título de farmacêutico – que trabalha em ambiente hospitalar, devidamente

inscrito na Ordem dos Farmacêuticos (OF) e representado pela Associação Portuguesa de Farmacêuticos Hospitalares (APFH)

Ao farmacêutico, em contexto hospitalar, são designadas funções relacionadas com o circuito e gestão do medicamento, tais como: preparação e desenvolvimento de formas farmacêuticas; aquisição, armazenamento e distribuição dos medicamentos de uso humano e dispositivos médicos; interpretação, avaliação e validação das prescrições médicas; colaborar com os demais profissionais de saúde, promovendo junto destes (e do doente) uma utilização segura, eficaz e racional dos medicamentos; dispensa de medicamentos em regime de ambulatório; dispensa de medicamentos, em conformidade com a prescrição médica e legislação vigente, garantindo a satisfação de critérios de benefícios, qualidade, segurança e custo; participação em comissões de farmácia e terapêutica e em comissões de ética; cumprimento do código deontológico e das boas práticas de farmácia.²⁻⁷

A Ordem dos Farmacêuticos, define ainda como competências farmacêuticas em farmácia hospitalar:

- Processos logísticos do medicamento e produtos farmacêuticos (aquisição de medicamentos, gestão de armazém na FH);
- Gestão do medicamento e produtos farmacêuticos;
- Distribuição e Dispensa de medicamentos e produtos farmacêuticos;
- Farmacotecnia / Controlo de Processos (preparação de medicamentos no hospital - estéreis/não-estéreis);
- Farmácia Clínica / Cuidados Farmacêuticos;
- Farmacoterapia Aplicada;
- Qualidade e Segurança do doente (Gestão do risco, Sistema de Gestão da Qualidade aplicado à FH);
- Gestão de Informação Clínica e Investigação;
- Dispensa de medicamentos em (patologias/áreas clínicas);⁸

De ressaltar que o disposto é distinto, ainda que relacionável com a carreira especial farmacêutica que pressupõe o título definitivo de farmacêutico – concedido pela Ordem dos Farmacêuticos – bem como o título de especialista na área correspondente, obtido sob regime legal próprio. Esta carreira especial farmacêutica é pluricategorial, acessível a todo o Farmacêutico Hospitalar, cumprindo a legislação própria.^{3,9}

1.6. Comissões Técnicas

O FH é responsável e participa ativamente em determinadas comissões como é o caso da Comissão Nacional de Farmácia e Terapêutica e da Comissão de Ética para a Saúde, bem como os homólogos de cada instituição hospitalar (previstos no artigo 24º do Decreto-Lei n.º 44 204, de 2 de Fevereiro de 1962); permitindo, assim, uma contribuição para a

implementação e monitorização de políticas relacionadas com o medicamento, bem como integrar um fórum agregador dos diferentes serviços de ação médica. O funcionamento destas comissões cumpre, obrigatoriamente o disposto no Formulário Hospitalar Nacional de Medicamentos (FHNM) e protocolos e normas de utilização de medicamentos definidas a nível central; não é incomum a deliberação de casos não previstos pelas comissões dos respetivos estabelecimentos hospitalares.

Compete também às comissões de farmácia e terapêutica relatarem as suas atividades e participarem ativamente na inclusão ou exclusão de medicamentos do FHNM, bem como zelar pela sustentabilidade de custos.

Às comissões de ética, que incluem elementos de várias áreas da saúde e das ciências sociais e humanas, compete o cumprimento de padrões éticos na prática das ciências médica, zelando a dignidade e integridade humanas.¹⁰⁻¹³

1.7. Sistema Informático

A nível da ULSNE é utilizada a plataforma informática SGIS desenvolvida pela *Glintt Healthcare Solutions®*. A informatização e desmaterialização de sistemas e serviços permitiu uma diminuição das necessidades de papel bem como um aumento da eficácia, qualidade e segurança dos serviços prestados; possibilitou a transversalidade da informação clínica e terapêutica pelos diferentes serviços, unidades hospitalares e profissionais de saúde; registos clínicos mais cuidados e padronizados; redução de erros de prescrição e cedência de medicamentos; rigor no controlo de *stocks*, resultando num aumento da racionalização do uso de fármacos.

1.8. Integração nos Serviços Farmacêuticos

A integração nos Serviços Farmacêuticos está prevista, de forma generalizada no Manual de Integração do mesmo serviço de todos os novos colaboradores, incluindo estagiários.

A partir das *guidelines* recomendadas nesse processo e tendo em atenção as condições presentes do serviço, foi elaborado um breve cronograma (Anexo I), com atividades que dariam a conhecer o máximo do Serviço Farmacêutico da ULSNE, enquadrado nos quatro módulos previstos na integração de um novo colaborador.

No período inicial é recomendada uma visita guiada ao serviço e às restantes unidades hospitalares, bem como deve ser dado conhecimento dos procedimentos de qualidade e normas gerais de funcionamento dos Serviços Farmacêuticos da ULSNE e da própria unidade local de saúde.

Segue-se a introdução à área da gestão do medicamento em contexto hospitalar e à posteriori da produção medicamentosa e respetivo controlo e supervisão.

Em término, e sumariando toda a integração no serviço, é abordada a temática e desafios da Farmácia Clínica e Hospitalar.¹

2. Gestão de Medicamentos, Produtos Farmacêuticos e Dispositivos Médicos

O ciclo do medicamento, dorsal ao funcionamento das unidades de cuidados de saúde e hospitalares, que pressupõe toda a gestão, ou processos, de seleção, aquisição, armazenamento, distribuição e cedência ou dispensa ao doente de medicamentos (“toda a substância ou composição que possua propriedades curativas ou preventivas das doenças e sintomas, do homem ou do animal, com vista a estabelecer um diagnóstico médico ou a restaurar, corrigir ou modificar as suas funções”¹⁴, produtos farmacêuticos e dispositivos médicos. A gestão destes produtos é da responsabilidade dos Serviços Farmacêuticos, sendo estes intervenientes diretos nas etapas de seleção, aquisição e armazenamento; zelam ainda por garantir a dispensa ou cedência e uso correto e racional dos mesmos, salvaguardando as relações custo/benefício.

A informação relativa a estes produtos está centralizada e acessível a todos os hospitais no Código Hospitalar Nacional do Medicamento (CHNM), com codificação própria, atribuída pela Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde (INFARMED) a todos aqueles com Autorização de Introdução de Mercado (AIM) ou Autorização de Utilização Especial (AUE) validados. ^{2,15}

2.1. Seleção e Aquisição de Produtos Farmacêuticos

A seleção de medicamento, produtos farmacêuticos e dispositivos médicos, para os serviços integrados no Sistema Nacional de Saúde, deve ser conforme o disposto no Formulário Nacional de Medicamentos (FNM) e mediante os protocolos de utilização, elaborados pela Comissão Nacional de Farmácia e Terapêutica (pertencente ao INFARMED), cumprindo o Despacho n.º 2061-C/2013, de 1 de fevereiro de 2013.

A legislação vigente estabelece igualmente um regime de aquisição de medicamentos que, além do cumprirem com a condição anterior, constem obrigatoriamente no catálogo dos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS), segundo o decreto-lei nº. 18/2008. Funciona assim um serviço de compras centralizado, à responsabilidade da mesma entidade, ao qual recorrem todos os serviços hospitalares do SNS, permitindo uma maior eficiência na gestão de recursos, além de promover um processo vertical e gradual de aquisição; adjudicação de serviços e os concursos públicos de aquisição e aprovisionamento, com os fornecedores e *stakeholders* fica à tutela desta entidade.

A norma n.º 1/2015 do SPMS prevê exceções a estes acordos prévios, no caso dos medicamentos biológicos ou situações financeiras que o justifiquem, ainda que se devam ter em consideração o valor contratual, as necessidades e evidências clínicas, qualidade, segurança e benefícios.

A aquisição de substâncias sem Autorização de Introdução de Mercado (AIM) vigente em Portugal, pode ser concretizada, com antecedência de um ano por submissão de um pedido

de Autorização de Utilização Especial (AUE) ao INFARMED (segundo o artigo 92.º do Decreto-Lei n.º 176/2006, de 30 de agosto e cujo regulamento está definido no âmbito da Deliberação n.º 76/CA/2015, em 18 de junho de 2015); este pedido deve ser acompanhado da devida justificação clínica, sendo comum em medicamentos inovadores, ainda não aprovados, mas cuja eficácia clínica justifiquem a respetiva antecipação ao processo AIM, por exemplo. Destaca-se ainda o AUE de lote, situação excecional à qual se recorre para colocação no mercado de medicamentos, necessários para colmatar quebras de *stock* ou necessidades de disponibilidade do mesmo.

De destacar a aquisição de estupefacientes e psicotrópicos, bem como de produtos hemoderivados; a encomenda destas substâncias aos laboratórios ou entidade distribuidora é devidamente acompanhada de anexo próprio e funciona sob condições especiais de segurança, devidamente legisladas.^{16–20}

Não é incomum, em situação de esgotamento no fornecedor, uso esporádico ou necessidade imediata a realização de empréstimos entre unidades hospitalares, ou no caso da unidade hospitalar de Bragança a aquisição de alguns medicamentos em farmácia comunitária.²¹

2.2. Armazenamento

O Armazenamento de medicamentos está sujeito a condições específicas ambientais, de infraestrutura, recursos e necessidades, para a garantir a qualidade e segurança dos mesmos. De uma forma geral devem ser mantidas as condições de luz, humidade e temperatura recomendadas e deve existir um registo assíduo das mesmas; não deve haver medicação em contacto direto com o chão; deve existir equipamento geral e técnico que permita um armazenamento eficaz e cumpridor; organização alfabética (ou segundo código FHNM); registo e rastreio regular dos prazos de validade, sendo utilizado princípio FEFO (“First Expired First Out” – primeiro a chegar, primeiro a sair) e FIFO (“First In, First Out” – primeiro a entrar, primeiro a sair) em caso de terem a mesma validade; a medicação com prazo de validade em término, devem ser devidamente identificadas no armazenamento com código de cor definido pelo serviço (no caso amarelo); armazenamento segregado dos medicamentos cedência a doentes em regime de ambulatório.

Na receção, verificação e armazenamento de medicamentos, devem estar destacados um Técnico de Diagnóstico e Terapêutica (TDT) e um Assistente Operacional (AO), que têm a responsabilidade de conferir quantidades, integridade das mesmas, lotes e validades. Ao Técnico Superior de Saúde (TSS) compete a dupla-verificação e supervisão do processo. Se conforme, a guia de remessa ou fatura é datada, devidamente assinada. Por sua vez, o Assistente Técnico (AT) procede à entrada dos respetivos dados no sistema informático,

constando por fim o produto nos *stocks* do SF. Este processo torna-se prioritário em produtos que necessitem refrigeração. Na receção são de especial atenção os seguintes:

- Hemoderivados: os quais devem ser acompanhados do certificado de libertação de lote pelo INFARMED;
- Estupefacientes: acompanhados do Anexo VII (à priori enviado no momento da requisição ao laboratório ou distribuidor) devidamente assinado pela Direção Técnica;
- Matérias-primas: com as quais é enviado o Boletim de Análise;
- Gases medicinais: seguido do respetivo certificado de libertação de lote.²²

No respeitante ao armazenamento são de destaque, devido às condições legislativas ou propriedades inerentes, os seguintes:

- Psicotrópicos e estupefacientes (local individualizado, de acesso restrito, e arrumação e identificação correta);
- Produtos inflamáveis (definido pela Portaria n.º 53/71 de 3 de fevereiro);
- Citotóxicos (armazenamento separado, com *kit* de emergência em local próximo, visível);
- Medicamentos ou reagentes que requeiram refrigeração;
- Gases medicinais.²

2.3. Distribuição

“A distribuição é o denominador comum e a face mais visível da atividade farmacêutica hospitalar representando um processo fundamental no circuito do medicamento.”²³

A distribuição de medicamentos, produtos farmacêuticos e dispositivos médicos tem como objetivos: a confirmação e cumprimento e da prescrição clínica, garantia de cedência ou administração correta, fluída, célere e segura, a racionalidade e qualidade da distribuição e salvaguarda dos custos/benefícios da terapêutica. Na ULSNE e em especial na unidade hospitalar de Bragança, os SF garantem a distribuição aos Cuidados de Saúde Primários (Centros de Saúde) e aos Cuidados Diferenciados (que incluem algumas unidades de cuidados continuados).

A distribuição de medicamentos pode ser diferenciada em: Distribuição de Medicamentos em Regime de Ambulatório (DMRA), Distribuição Individual em Dose Unitária (DIDU) e Distribuição Clássica (DC) ou sistema de distribuição tradicional.^{2,23–28}

2.3.1. Distribuição Clássica (DC)

Este sistema de distribuição tradicional pressupõe o envio de medicamentos e produtos farmacêuticos por requisição individual de cada serviço clínico aos serviços farmacêuticos. Historicamente foi o sistema de distribuição de eleição, em contexto hospitalar; contudo

assentava numa divisão de responsabilidades desequilibrada e ineficaz, colocando sobre o serviço de enfermagem uma responsabilidade maior respeitante à gestão dos medicamentos, impedindo-a de se dedicar ao doente e à sua missão base; era, por outro lado, obstrutiva à intervenção do farmacêutico relativamente à farmacovigilância, dificultando igualmente a deteção de erros médicos, e garantia das condições de qualidade e segurança relativas ao armazenamento dos produtos farmacêuticos. Relativamente a este sistema, era comum a acumulação de *stocks* (e término das validades) que conduziavam a um aumento de desperdícios. Como ponto positivo deve ser destacado o acesso rápido a medicação de emergência.

Destarte é comum, atualmente, a existência de um modelo de distribuição clássica otimizado; aos serviços clínicos é permitida a existência de um armazém de produtos farmacêuticos, cujo *stock* é reposto por níveis, previamente definidos de acordo com as necessidades, para usos de emergência ou relativos a produtos que possam ser usados várias vezes em vários doentes sem prejuízo das condições de qualidade e segurança (por exemplo, antissépticos). A gestão do *stock* do serviço é da responsabilidade do mesmo, sendo que em caso de consumo é enviado ao SF o devido impresso de reposição da falta, com a respetiva identificação do doente. Ao farmacêutico compete suprimir estas necessidades, promover uma gestão racional e ponderada e assegurar a manutenção dos níveis de cada substância, bem como o cumprimento das condições de utilização; a auditoria, regular, ao armário de armazenamento dos diferentes serviços é uma das funções e exigências deste sistema.

O fornecimento aos centros de Cuidados de Saúde Primários (CSP) dos produtos farmacêuticos e dispositivos médicos que lhes sejam necessários segue, igualmente este sistema otimizado.

De forma semelhante está relacionado com este sistema a existência, bastante comum, de carros de emergência em alguns dos serviços. Estes dispositivos móveis servem como repositório a equipamento técnico, fármacos e dispositivos médicos essenciais à animação cardiorrespiratória. Sendo apenas em casos considerados graves está, por isso, selada e bastante organizada para facilitar o acesso. Novamente compete ao farmacêutico gerir, manter e garantir o *stock* e condições da medicação aí armazenada.^{2,23-28}

2.3.2. Distribuição Individual em Dose Unitária (DIDU)

Em substituição ao anterior, surgiu um sistema de Distribuição Individual em Dose Unitária, construído em redor da personalização da medicação ao perfil terapêutico de cada doente. A medicação é cedida a cada internado, em função da prescrição médica após ser validada pelo farmacêutico, em quantidade suficiente para um período de, geralmente, 24 horas; os medicamentos são igualmente distribuídos em função do horário de toma.

Além de permitir ao pessoal de enfermagem maior disponibilidade para os cuidados ao doente e outras tarefas, promove a diminuição de erros relacionados com a administração da terapêutica e tem como vantagens uma melhor possibilidade em detetar interações medicamentosas e a rastreabilidade da medicação tomada pelo doente; por último é o sistema ideal para uma gestão racional do medicamento.

A validação da prescrição médica é da exclusiva responsabilidade do farmacêutico. A preparação da medicação individualizada, após isso, é delegada aos TDT. A distribuição da medicação é feita de forma regular e específica por serviço, sendo as possíveis alterações à prescrição terapêutica atendidas durante o dia, conforme as necessidades.

Como garantia de qualidade deste sistema, toda a medicação é devidamente individualizada, compartimentada e identificada com as informações relativas ao doente e enviada para os serviços clínicos, após dupla verificação.^{2,23-28}

2.3.2.1. Sistema de distribuição semiautomático, Pixys®

No centro hospitalar de Bragança existem três *interface* de distribuição semiautomática Pixys®, localizadas na Unidade de Cuidados Intensivos e dois no serviço de Urgência. Este sistema permite uma gestão quase automatizada da medicação. Associa o princípio da existência de medicação dentro do próximo serviço com uma dispensa individualizada ao doente; permite assim uma diminuição de tempo na gestão do *stock* do serviço pela equipa de enfermagem e farmacêutico, garante a existência de níveis máximo e mínimo para cada medicamento (podendo estas existências ser adequadas ao respetivo serviço). Facilita também o acesso aos dados de movimentos de cada terminal a partir da consola central, bem como alertas programados para a proximidade de validades a caducar. A relação custo/benefício destes sistemas, que tendem a ser implementados de forma generalizada em vários hospitais, tem sido encorajadora e satisfatória.

No respeitante à intervenção farmacêutica, revela-se um auxiliar de futuro, sendo-lhe exigido em retorno a manutenção dos níveis estabelecidos (cujas faltas o próprio sistema deteta e comunica) e do próprio sistema.

2.3.3. Distribuição de Medicamentos em Regime de Ambulatório (DMRA)

A possibilidade de um regime terapêutico feito no domicílio e visando a diminuição de custos de um processo de internamento, e os riscos associados para o doente permite um regime de distribuição em ambulatório, pelos SF (criado ao abrigo do Decreto-Lei n.º 206/2000 de 1 de setembro) que pressupõe o acesso imediato a medicação pelos doentes, seja sob risco de descontinuidades de fornecimento ou razões clínicas. Permite também um maior controlo e vigilância de determinadas terapêuticas (seja pelas condições clínicas, farmacológicas, toxicológicas ou relativas ao custo das mesmas); a medicação para determinadas

patologias, passível de ser cedida em regime de ambulatório é 100% comparticipada pelo Sistema Nacional de Saúde e de dispensa exclusiva hospitalar, sendo regulada por legislação geral inerente ao próprio ambulatório e a regimes legais em vigor, apropriados a cada patologia (as patologias que estão ao abrigo de regimes excecionais de comparticipação e de dispensa em regime de ambulatório, sob legislação própria, estão no Anexo III).

A distribuição e dispensa em ambulatório está sujeita a critérios e condições próprias relativamente a:

- Instalações e equipamento (condições que garantam o atendimento ao público bem como conservação e dispensa de medicamentos, por exemplo)
- Prescrição e dispensa (validação, acompanhamento farmacoterapêutico, farmacovigilância e rastreabilidade, sendo obrigatório o preenchimento de um registo mínimo com as informações mencionadas e outras relativamente ao doente e à cedência de medicação);
- Sistemas informáticos (da qual se destaca a obrigatoriedade da utilização de sistemas de prescrição eletrónica bem como o acesso aos dados de registo mínimo, de confidencialidade assegurada);
- Organização e funcionamento da Comissão de Farmácia e Terapêutica.

Na ULSNE o horário de funcionamento do ambulatório é das 9h00 às 18h00, em dias úteis, assegurado por um FH. ^{2,3,5,23-29}

2.4. Validação da Prescrição Médica

É da responsabilidade do farmacêutico a validação da prescrição médica. A participação ativa neste momento do circuito do medicamento tem ganhos palpáveis, nomeadamente na adequabilidade e pertinência da utilização de determinada substância no doente, na deteção de erros de prescrição e interações medicamentosas, diminuir (ou alertar para) o risco de efeitos adversos e uma utilização racional e eficaz do medicamento. A “proximidade” ao doente, à patologia e ao perfil farmacoterapêutico permite também uma oportunidade de o farmacêutico inferir acerca de abordagens terapêuticas alternativas, que pode sugerir ao médico prescritor ou médico especialista. Este momento é iniciador e convergente à farmácia clínica.

Para a validação da prescrição médica é imprescindível a existência dos seguintes dados: identificação do doente (nome, número de processo, sistema de saúde e respectivo número); designação do medicamento pela sua DCI; forma farmacêutica (FF); dose, frequência e via de administração; identificação da especialidade médica emissora; identificação do prescritor.

Para cedência em ambulatório, acresce a obrigatoriedade das informações: data da próxima consulta e diploma legal a que obedece a prescrição.

É recomendado a submissão de outros dados (opcionais pelo sistema informático em vigor na ULSNE) relativos ao doente como diagnóstico, idade, peso, altura, medicação anterior e funções renal e hepática por exemplo; o acesso ao diário clínico, traria benefícios acrescidos, não sendo, contudo, obrigatório nem comum a todos os serviços farmacêuticos.

Em caso de inconformidade é da responsabilidade do farmacêutico o contacto com o serviço de internamento e o médico prescriptor. A documentação e arquivo de todas as irregularidades e resoluções deve ser um dos indicadores de qualidade dos SF.

Após validação, a prescrição médica segue para a Unidose, a fim de proceder ao protocolo de preparação de dose individualizada.^{1-3,5,30}

2.5. Medicamentos sujeitos a controlo especial

Em contexto hospitalar existem fármacos que pelas suas características, por legislação, diretiva interna da ULSNE ou gestão de qualidade dos Serviços Farmacêuticos, são sujeitos a controlos peculiares, exigindo outro tipo de cuidados, dos quais se destacam: Estupefacientes e Psicotrópicos e Hemoderivados.

Para estas duas classes de medicamentos, a aquisição, armazenamento e distribuição tem peculiaridades que advêm da necessidade de segurança e controlo restrito, de acordo com a legislação vigente:

Estupefacientes e Psicotrópicos: Decreto-Lei n.º 15/93 de 22 de janeiro; Lei n.º 45/96 de 22 de janeiro (altera o Decreto-Lei n.º 15/93); Decreto Regulamentar n.º 61/94 de 3 de setembro; Portaria n.º 981/98 de 8 de junho;

Hemoderivados: Despacho do Ministro da Saúde n.º 5/95 de 25 de janeiro; Despacho Conjunto n.º 1051/2000, de 14 de setembro, 2.ª série, dos Ministérios da Defesa Nacional e da Saúde

O registo de toda a movimentação, cedência e administração destes fármacos, através de formulários próprios, e as condições de armazenamento resumem as suas especificidades.^{1,2}

2.6. Farmacotecnia

A farmacotecnia está intimamente ligada ao ofício farmacêutico e ocupa uma posição de destaque em contexto hospitalar. A diversidade de especificidades entre os doentes, as que lhes são intrínsecas ou inerentes à fisiopatologia e condição clínica traz por vezes exigências terapêuticas para as quais não existe opção comercial disponível ou viável; a farmácia magistral e oficial revela-se, assim, a resposta para uma terapêutica personalizada. Não só a preparação de formas farmacêuticas, mas também o fracionamento e reembalagem de medicamentos devem ser enquadrados nesta área, pois ocupam grande parte desta

atividade, par-a-par com a preparação de medicamentos não-estéreis (nenhuma das unidades hospitalares tem espaço para a preparação de formulações estéreis) para o serviço de neonatologia e pediatria (ex.: papéis farmacêuticos) e preparações de uso tópico (pastas, pomadas e cremes).

A qualidade e a segurança dos manipulados vêm em consideração nas boas práticas farmacêuticas, regulamentadas por lei e em protocolos de preparação magistral e de garantia de qualidade da própria ULSNE.

A preparação de formas farmacêuticas é realizada por um TDT, sob supervisão e validação de um farmacêutico. A elaboração das fichas de preparação é um passo fundamental à farmacotecnia, devendo as mesmas conter as informações relativas a: Identificação da preparação; Matérias-primas (registo de lote, fornecedor, quantidades previstas e medidas), as quais devem ter sempre um certificado de análise; Material utilizado; Protocolo de preparação (baseado na literatura recomendada como a Farmacopeia Portuguesa por exemplo); Ensaio de verificação e características de validação.

A rotulagem da preparação final, com identificação do manipulado, n.º de lote interno, prazo de validade, data de preparação, e identificação do doente são igualmente obrigatórias.

As condições de higiene e segurança do material e espaço bem utilizado são uma prioridade, sendo obrigatório a utilização de luvas e máscara por parte de todos os intervenientes.

Toda a documentação relativa à preparação e validação da preparação farmacêutica é arquivada, por ordem de n.º lote interno. Assim é mantido um registo diário de quantidade de matérias-primas utilizado para as diferentes preparações, que inclui o respetivo n.º de lote para permitir a rastreabilidade.

Durante o estágio, tive a oportunidade de assistir à preparação de uma solução de álcool a 70º e a uma solução oral de trimetropim.^{2,31-33}

2.7. Fracionamento e reembalagem

A reembalagem de medicamentos advém da necessidade de existir medicação, na dose prescrita, de forma individualizada para fins de distribuição (segundo o sistema DIDU), protegendo-os das condições ambientais, garantindo a rapidez e comodidade da administração e uma racionalização de recursos. O fracionamento colmata necessidades de dose prescrita para as quais não existe opção comercial, sendo uma opção preferível à manipulação medicamentosa, se possível; inclusive, deve ser garantida a preservação de todas as características biológicas e farmacológicas do medicamento. Na base do protocolo destes processos estão as boas práticas farmacêuticas, que garantem as condições de segurança e de preservação do medicamento.

Em sala designada para a atividade, um TDT procede à reembalagem (e fracionamento se necessário) semiautomática – com recurso a uma máquina embaladora - da medicação, sob

supervisão de um farmacêutico. Toda a operação é devidamente documentada (para arquivo e controlo). Os medicamentos, agora reembalados devem ser sujeitos a novo rótulo individual, do qual constam as informações: substância ativa, dose, laboratório e lote, data da operação de reembalagem e prazo de validade (mantendo o mesmo, se o medicamento não tiver sido retirado do seu involucro original; caso contrário é atribuído $\frac{1}{4}$ do prazo de validade original, até a um máximo de 6 meses).

As condições de higiene pressupõem a limpeza de todo o material utilizado (inclusive equipamento técnico) entre operações de forma a evitar contaminação.³⁴

PARTE II

3. Planificação e aplicação de conteúdos programáticos no âmbito da unidade curricular de Administração e Gestão, da Licenciatura em Farmácia na Escola Superior de Saúde (ESS) do Instituto Politécnico de Bragança (IPB)

Por desafio da Diretora do Serviço Farmacêutico, Dr.^a Ângela Aragão, também docente da Escola Superior de Saúde (ESS) do Instituto Politécnico de Bragança (IPB), surgiu a oportunidade de organizar, planificar e lecionar aulas da Unidade Curricular de Administração e Gestão dos Planos Curriculares da Licenciatura em Farmácia, sob os temas de “Gestão de Recursos Humanos”, “Competências Pessoais”; englobando “Comunicação”, “Gestão de objetivos” e “Gestão de Equipas” (Anexos III-V). À posterior, por convénio dos estudantes da unidade curricular, foram também dinamizados dois tutoriais relacionados com a elaboração de *curriculum vitae* e a utilização do LinkedIn® como plataforma de promoção pessoal e profissional.

Os objetivos e conteúdo programático tornaram-se pedra basilar na construção deste relatório, pelo interesse despertado e complementaridade disciplinar com as ciências farmacêuticas e outras áreas de formação em saúde; todo o conhecimento adquirido (e utilizado nas lições) é, assim, reproduzido ao longo desta secção.

3.1. Gestão de Recursos Humanos e sua importância na área da saúde

A definição de gestão de recursos humanos parece, à primeira vista, intuitivo, contudo é, na verdade, meritório de uma elucidação mais profunda. O próprio conceito de recurso humano, que é relativamente recente, e da sua gestão foi sofrendo alterações no decurso do tempo. Prevê-se também que essas alterações continuem com as mudanças do tempo, uma vez que se trata de uma área em constante alteração. É necessário ressaltar que, tanto a componente teórica como a aplicabilidade destas matérias são altamente dinâmicas e variáveis.

A gestão de recursos humanos é um bem essencial à sobrevivência e crescimento das chamadas organizações, uma vez que lida com um dos seus principais ativos – o seu capital humano. O valor desse ativo – as pessoas dentro da organização – é imensurável e inatingível. Ainda assim é possível afirmar que a componente humana, isto é, os colaboradores de uma organização fazem tão ou mais parte da mesma como o *brand*, a sua missão e valores e os seus produtos e serviços. A dedicação e trabalho em torno deste ativo acrescenta valor à respetiva organização.

O processo evolutivo deste raciocínio que conecta a gestão de recursos humanos e o acréscimo de valor à estrutura organizativa está intimamente ligada à própria evolução do conceito de gestão de recursos humanos. À priori do século XX. e de forma transversal ao longo dos tempos, a demanda de trabalho requeria, apenas, destreza manual e força física

e por isso “trabalhadores” pouco qualificados. Apenas se tornava necessário a capacidade motora para a realização da respetiva “tarefa”. Contudo a especificidade de algumas tarefas exigiu qualificações melhoradas entre “mão-de-obra”, bem como se verificou o aumento da complexidade das organizações (que exigiam o aumento de colaboradores) proporcionou o momento do nascimento de um conceito primitivo de gestão de recursos humanos intimamente ligado à procura de “trabalhadores” para determinadas “tarefas”. Inicialmente essa responsabilidade de “recrutamento” era acumulada pelo dono ou gerente do negócio ou de funcionários seniores. Contudo com o aumento do número de pessoas a contratar tornou-se vital à sobrevivência das organizações pessoas destacadas para essa tarefa – criando departamentos que foram chamados de “Pessoal”. A par disto verificou-se o aparecimento de legislações e regulamentações laborais, políticas de trabalho e mais tarde o surgimento de forças sindicais. Estas exigências jurídicas foram integradas nesse role de tarefas relacionadas com o recrutamento. Acrescenta ainda a noção de eficiência (conceito introduzido com a industrialização e automatização de tarefas) que remeteu para as necessidades de bem-estar dos colaboradores. Surge, assim, a era das relações sociais e com o tempo foram surgindo novidades como benefícios laborais (dos quais são exemplo planos de saúde). Após décadas, algures nos anos 80, é chegado o conceito de “Gestão de Pessoal” que acumulava em si a responsabilidade de lidar com as problemáticas e questões supramencionadas. Contudo o foco altamente administrativo e a visão das pessoas como um custo, não encaixa com o mundo moderno e altamente mutável que se surgiu com o virar do milénio. Surge, então, a Gestão de Recursos Humanos diferenciando-se por uma visão estratégica, proativa e profilático; ocupa uma posição central na missão organizacional também na área do planeamento, norteando muitas vezes o caminho da própria organização. Todavia, a maior mudança verificou-se a nível da nova premissa: “pessoas” como um investimento (que além do óbvio, abarca não só todas as responsabilidades que foram surgindo ao longo da evolução do conceito, como não descarta do capital humano como seres individuais e de necessidades específicas).

A gestão de recursos humanos em saúde, à semelhança do paradigma histórico, resumia-se à necessidade de pessoal em organizações de saúde, principalmente hospitais cujas exigências eram maiores. Apesar de não ter sido um setor com participação ativa no processo evolutivo do conceito (que teve como cenário o setor industrial) é inegável que não só é essencial a integração da gestão de recursos humanos em organizações de saúde, inclusive farmácias, como altamente apelativo e recompensador. A necessidade de colaboradores qualificados nas respetivas áreas, mas também pluridisciplinares, é cada vez mais emergente – com resultados benéficos a todos os níveis. A identificação de exigências futuras ao serviço ou organização, com consequente requisito de alteração no número de colaboradores é exemplo de um papel intimamente ligado ao planeamento organizacional.

A formação continuada e específica (numa área cujo conhecimento científico se encontra em constante renovação) deve ser, além de fulcral, altamente desejado. ³⁵⁻⁴⁰

3.1.1. Dimensão e dimensões da GRH

Podemos afirmar que os recursos humanos estão orientados para duas vertentes: a organização e as pessoas. Não só contribuem ativamente para a orientação, e planeamento organizacional (questões altamente relacionadas ao capital humano), como são também responsáveis pela motivação e satisfação dos colaboradores, pelo seu desenvolvimento, pela qualidade de vida e segurança no trabalho sem descuidar a componente administrativa e a definição de políticas e práticas na gestão dos recursos humanos.

A dimensão dos recursos humanos dentro de uma organização é condicionada pelo meio que a envolve; é a organização, e a gestão da componente humana, afeta ao contexto político, social, cultural, económico, legislativo, ambiental, tecnológico, geográfico. Por exemplo, a localização geográfica de uma organização, bem como o enquadramento cultural se assim o entendermos, condicionará obrigatoriamente a existência de candidatos qualificados e especializados. O meio envolvente é, assim, caracterizado por fatores extrínsecos à organização e aos gestores de recursos humanos, mas que condicionam a sua atividade.

A própria Organização e as suas características intrínsecas (como tamanho, cultura, infraestruturas, estrutura), que são já mensuráveis e moldáveis, definem e são definidas pelos recursos humanos e devem ser tidas em conta pela área dedicada ao seu estudo e prática. Por isso não é possível dissociar a gestão organizacional da gestão de recursos humanos. Assim, há necessidade de em grandes estruturas organizacionais, o diretor do departamento de recursos humanos reportar diretamente ao presidente ou vice-presidente da estrutura todas as suas atividades).

A convergência da gestão organizacional com a gestão de recursos humanos está nos seus últimos objectivos: o serviço (ou produto), a produtividade e a qualidade; estes ocupam uma posição central na dimensão dos recursos humanos e estão intimamente ligados à sua actividade, que pode ser dividida em 6 segmentos:

Planeamento e Análise de Recursos Humanos; Recrutamento; Desenvolvimento e Formação; Saúde e Segurança no trabalho; Compensações e benefícios; Relações e políticas laborais;

Em suma estas áreas, além de se relacionarem intimamente entre si, estão condicionadas e condicionam o meio envolvente e, de igual forma, definem e são definidas pela organização, contribuindo ativamente (e como um todo) para os objetivos da organização.³⁵⁻

A gestão de recursos humanos e a sua aplicabilidade na saúde estão condicionados às particularidades do setor e as especificidades das atividades das suas organizações colaboradores. O encontro entre gestores e os profissionais de saúde torna-se necessário para dar resposta as necessidades encontradas dentro da organização. A GRH é, por isso, uma área que não deve ser alheia aos profissionais de saúde, principalmente aos que têm a oportunidade de se aproximar às atividades de administração e gestão; pode ser, também, uma aposta natural na formação complementar visando a pluridisciplinaridade e valorização profissional.

Durante a exposição oral sobre a temática, além de uma elaboração mais aprofundada das diferentes atividades dos recursos humanos, foi possível promover uma discussão sobre o futuro das organizações e a forma como, enquanto profissionais, nos podemos posicionar para de futuro acrescentar valor à organização que integrarmos.

3.2. Competências Pessoais valorizadas no profissional de saúde

Uma grande componente da gestão de recursos humanos reside no desenvolvimento e formação do capital humano de uma dada organização.

Num quotidiano cada vez mais mutável e agitado e num mercado cada vez mais competitivo (a saúde é uma das indústrias mais lucrativas em todo o mundo), que conta com pessoas cada vez mais qualificadas e especializadas, a diferenciação enquanto profissional de saúde é vital ao sucesso; o valor que determinadas competências diferenciadoras podem trazer ao nosso dia-a-dia profissional e para as nossas responsabilidades é inquestionável. Acresce ainda a necessidade de acompanhar as mudanças nos sistemas de saúde e na prestação de cuidados de saúde (que se refletem, no geral, em maiores exigências; são exemplo disso o envelhecimento da população e o aumento de doenças crónicas) em todo o mundo, que requerem não só a melhoria de aspeto técnicos assim como habilidades tecnológicas e competências pessoais (ou *softskills*). Estas competências que eram desvalorizadas durante o processo de recrutamento estão a tornar-se uma das características chave na avaliação de candidatos.

Dependendo da abordagem temática, a definição de “competências” pode variar; numa visão agregadora podemos defini-la como a capacidade de um indivíduo articular os seus conhecimentos (“o saber”), habilidades (“saber fazer”) e atitudes (“querer fazer”) e capacidade de entrega de forma a alcançar um determinado resultado. São assim um elemento distintivo do indivíduo relacionado com aspetos da sua personalidade, hábitos, comportamentos sociais, por exemplo.

É possível a aquisição ou melhoria de competências pessoais através de formação e treino continuado; isto é, é possível melhorar características consideradas como negativas. Essa mudança apenas é possível se reconhecermos a necessidade em melhorar o mesmo

aspecto. Ressalve-se que as diferentes competências pessoais se relacionam entre si e, inclusive, complementando-se entre si; por exemplo, não é possível a qualquer indivíduo lapidar a sua capacidade de liderança se menosprezado o trabalho em equipa, como não é possível conseguir melhorar enquanto gestor de projetos se ignorada a componente de gestão de objetivos.

Inferindo, é possível destacar algumas competências pessoais altamente desejáveis na prestação de cuidados de saúde: “Comunicação; Trabalho em equipa; Adaptabilidade; Empatia; Gestão de tempo;” ^{36,41–46}

3.2.1. Comunicação

O ser humano, como ser social, desenvolveu capacidades que lhe permite conviver e relacionar com os seus pares; a mais antiga e que foi fator decisivo na evolução do homem é a comunicação. Esta competência torna-se essencial, não só à vivência em sociedade, mas para a integração, trabalho e sucesso na organização. Acresce ainda que, um profissional de saúde que domine esta característica, não só é mais eficiente no seu trabalho e convivência com os colegas de trabalho, como permite uma aproximação ao doente e a centralização deste na prestação de cuidados de saúde; sendo uma ferramenta essencial na articulação de conhecimento científico e na promoção da literacia em saúde.

Para que haja comunicação é necessário: a interveniência de um emissor e pelo menos um recetor; uma mensagem emitida veiculada por uma linguagem, que formam o estímulo; uma reação no recetor ou recetores ou *feedback*. Todas as variáveis somadas resultam numa comunicação eficaz ou deficiente.

Além da existência das variáveis supramencionadas e da predisposição e condição do emissor e recetor aquando a comunicação outra componente deveras importante é a linguagem que encerra em si a mensagem veiculada.

A linguagem assenta em três pressupostos com mais ou menos importância entre si: conteúdo (contribui em cerca de 7% para o sucesso da mensagem), voz (38%) e linguagem corporal (que ocupa 55%). No entanto é importante compreender que apenas todos estes estímulos somados modulam a reação que se espera do recetor e que todas são trabalháveis como qualquer competência; não devendo menosprezar nenhum dos componentes.

De uma forma generalista é possível iniciar este treino através de 5 regras básicas para uma comunicação melhorada:

- Adequação da mensagem ao recetor: que compreende muito mais do que simplificar. Comunicando ao utente um regime terapêutico com reações adversas comuns ou uma patologia, deve haver o cuidado de aplicar uma linguagem compreensível ao

doente, explicando se necessário termos técnicos, dando foco à informação mais importante; a compreensão é o primeiro passo para a assimilação.

- Praticar as três grandes esferas da linguagem: adquirir técnicas de linguagem não verbal (linguagem corporal); promover a utilização de uma voz calma, pausada e forte; treinar apresentações (melhorar o conteúdo).
- Escuta ativa: um dos erros mais frequentes, e menos perceptível, na comunicação é o não saber escutar. Mostrar que escutamos ativamente ao nosso parceiro, deixando-o terminar o seu raciocínio ou exposição sem interromper ou julgar à priori, revela que lhe damos toda a nossa atenção. Deve ser evitado ouvir seletivamente a mensagem que nos querem transmitir pois vai modular o nosso estímulo; além disso devemos ter presente que pensar gera um ruído interno que prejudica a escuta ativa. Esta capacidade também é, à semelhança de qualquer competência, modulável e melhorável. “Falar é uma necessidade, escutar é uma arte” (Johann Goethe).
- Assertividade e coerência: significa ser afirmativo, firme, sincero e factual. Dizer o que se pensa evitando a agressividade e a submissão. Ser assertivo significa ser afirmativo, firme e sincero.
- Aumentar o impacto da nossa mensagem: recorrendo à utilização de auxiliares visuais e auditivos.^{36,41–46}

3.2.1.1. Comunicação: importância de uma cultura de *feedback*

O *feedback* é uma das bases de construção pessoal e um fator de sucesso pessoal, profissional e organizacional; é, contudo, das competências mais desvalorizadas dentro das organizações e, muitas vezes, a motivação por trás do fracasso.

Podemos definir *feedback* como a resposta dada a um determinado estímulo, permitindo a sua avaliação. Informar de forma sistemática um par sobre si mesmo e/ou as atividades confere maiores condições para que possa adequar, aprimorar e de forma generalizada melhorar. Criar uma cultura de *feedback* ao nosso redor é promover sucesso no contexto em que nos inserimos. Existem algumas considerações a ser feitas na promoção de um ambiente vivo de cultura de *feedback*:

- Foco no crescimento e melhoria;
- Sistematicidade e objetividade;
- Promover canais e momentos de *feedback*;
- Balançar *feedback* “positivo” e *feedback* “negativo”;
- Basear *feedback* em honestidade, coerência e especificidade;
- Efetivar resultados do *feedback* promovendo alterações e decisões neste baseadas.

Viver numa cultura de *feedback* e promovendo-a em todo o seu âmbito é um fator transversal de sucesso e concretização.^{38,47–50}

3.2.2. Gestão de objetivos

A gestão de objetivos apresenta-se como outra ferramenta de sucesso, tanto sobre as organizações como sobre a vida pessoal. Além de promoverem estabilidade e foco, aumentam a produtividade e eficiência organizacional além de se relacionarem de forma diretamente com o processo de conquista.

O planeamento de objetivos deve ser calmo e ponderado e simples na sua conjectura. Não deve ser menosprezado o papel da relevância do objetivo definido e do grau de comprometimento do indivíduo, equipa ou organização. O equilíbrio destes componentes deve ainda contabilizar com a tangibilidade da meta definida e a mensurabilidade do sucesso que claro, deve ser quantificável.

Existem inúmeras metodologias, assentes nas premissas colocadas, que facilitam o processo de definir e gerir objetivos podendo ser aplicado transversalmente em todo o quotidiano pessoal e das organizações. Uma das mais populares e utilizadas é a metodologia SMART.

Além dos princípios básicos de definição e execução de objetivos esta metodologia assenta em 5 pilares para os quais o acrónimo resultante da tradução literal nos remete:

- *Specific* (especificidade do objetivo): remete para questões simples como “o quê?”, “porquê?”, “quem?”, “onde?” e “quais?”. A clareza e especificidade do objetivo proporciona ao foco e motivação sobre o mesmo.
- *Measurable*: formula as questões “quanto(s)?” ou “o que falta para conquistar o objetivo?”. Ser mensurável permite definir metas e avaliar e acompanhar o progresso do nosso objetivo, contribuindo para o cumprimento de prazos e para a sensação de recompensa.
- *Attainable*: “o objetivo é possível atingir?” e “como posso atingir o objetivo definido?”. O objetivo definido deve ser humanamente possível de alcançar, e ainda assim distante para permanecer um desafio; além disso é essencial que não seja dependente de outros para ser concretizável.
- *Realistic e/ou Relevant*: o realismo e pragmatismo do objetivo definido tornam-no também relevante para quem o define. A relevância relaciona-se diretamente com o desejo e a motivação para a concretização do mesmo.
- *Time based*: o tempo torna-se a base para a conquista de um objetivo.

Existem inúmeras metodologias e adaptações utilizadas e adaptadas a cada contexto organizacional. Além do método SMART, extremamente popular, são de destaque algumas outras teorias da definição e avaliação de objetivos como OKR (*objectives & key results*) e KPI (*key performance indicators*); a adaptabilidade e implementação destas práticas dependem das características da organização e das tarefas a definir. ^{41,45,47,49-51}

3.2.3. Gestão de equipas

O treino em gestão de equipas pressupõe que se compreenda a relação entre conceitos de competências pessoais e suas inerências. Não é possível que uma visão seccionada seja exclusiva a uma visão global das competências pessoais. Assim, parte-se do princípio que todos os temas são abrangentes, sendo que a “gestão de equipas” integra em si componentes como comunicação, liderança, gestão de tempo e definição de objetivos.

Uma equipa define-se como um conjunto de indivíduos que se relacionam, ou têm de se relacionar, entre si com uma meta que lhes é comum. O conceito de equipa per si não constitui uma.

É consensual que o fenómeno de formação de uma equipa compreende as seguintes fases:

- *Forming*: compreende a fase inicial da formação de uma equipa. Neste momento os elementos, não se conhecendo, procuram os limites uns dos outros e da liderança, da qual é natural que sejam altamente dependentes; é comum que os processos coletivos ou da organização sejam geralmente ignorados e o papel individual desconhecido ou pouco claro;
- *Storming*: nesta etapa, os limites individuais começam a ser invadidos, numa procura clara da posição e papel de cada um. As pessoas deixam de ser tão cuidadosas, sendo comum o aparecimento de conflitos. Parte da solução reside numa liderança forte, que geralmente recorre ao *coaching* mas também no foco nos objetivos coletivos e responsabilidades individuais;
- *Norming*: as funções e responsabilidades afiguram-se claras. A toma de decisões maiores é, geralmente, feita em equipa e as pequenas tarefas delegadas.
- *Performing*: são poucas as equipas que atingem este patamar. Além do conhecimento, e respeito, dos limites e características de cada um, existe uma orquestrada dinamização de tarefas e responsabilidades; o trabalho de equipa torna-se sinónimo de rapidez, eficiência e foco.
- *Adjourning*: etapa que não é comum a todos os processos de formação de equipa, uma vez que este momento implica o término do objetivo e missão (que em muitas equipas é continuada ou renovável).

O fenómeno de formação de equipas não é um protocolo rígido e contínuo. Tal como são poucos os grupos atingem o patamar de *performing*, é possível que algumas fiquem estanques em determinado passo. Ainda assim, o objetivo último passa por alcançar o melhor nível de eficácia possível para a equipa; esta condição apenas é possível se todos os elementos consciencializarem e conhecerem as responsabilidades individuais de cada um, respeitarem os limites dos colegas e a liderança e priorizarem as necessidades do grupo.

A eficácia de uma equipa é altamente dependente de fatores como:

- Definir objetivos coletivos claros e simples (é comum a aplicação de métodos como a metodologia SMART);
- Comunicar eficientemente;
- Trabalhar relações interpessoais baseadas na confiança;
- Promover a participação individual ativa;
- Aceitar a diferença e a mudança;
- Delegar tarefas e definir responsabilidades de forma clara;
- Gerir conflitos;
- Promover a organização e funcionalização.

Em sumário, integrar uma equipa e ser agente de uma gestão coletiva benigna não é uma ciência exata uma vez que é altamente dependente das características individuais de cada elemento, bem como das relações interpessoais entre pares. Contudo é possível, compreendendo o conceito de gestão de equipa, treinar a nossa capacidade em ser um colaborador integrado e eficiente e que, por si, integra valor.^{41,45,47,49-51}

3.3. Elaboração de curriculum vitae

Um currículo é uma apresentação, fidedigna e do tipo histórico, da nossa imagem, conhecimentos, aptidões e competências; sendo muitas vezes o primeiro contacto com os recrutadores e empregadores e torna-se essencial que esse retrato seja elaborado de uma forma cuidada.

- Em termos de apresentação e formato deve cumprir, de uma forma generalizada, com:
- Aspeto limpo e harmonioso, optando por cores confortáveis à visão;
- Tipos de letra de fácil leitura, usando no máximo 2;
- Organização de tópicos e alinhamento do texto;
- Informação resumida, premente e atual (não se estendendo por mais de duas páginas em formato A4);
- Adequação da apresentação à área profissional.

Não é incomum, mesmo entre profissionais com larga experiência profissional, o incumprimento dos aspetos mencionados; estes são recomendações gerais que comprovadamente promovem o sucesso de uma candidatura. Na elaboração de um currículo devemos tentar inferir, de forma cuidadosa, o que agradará ao recrutador ou empregador; de forma geral uma apresentação madura e cuidada e que chame, de forma benigna, à atenção.

Outra componente fundamental de um currículo é o seu conteúdo. Além de ser essencial uma fotografia e dados de contacto deverão constar num *curriculum vitae*, de forma breve e direta (disposta de forma cronológica) informações relativas à formação, experiência

profissional, voluntária e de competências pessoais. É importante que todos estes dados sejam atualizados e adaptados ao longo do tempo e entre processos de candidatura para que valorizem o candidato da melhor forma possível tendo em atenção a posição a que se destina; e a veracidade das informações dadas.⁵²

Um currículo elaborado nos pressupostos anteriores deverá ter maiores probabilidades de concretizar o objetivo para o qual foi feito; deve ser retido que um cuidado continuado sobre esse documento é uma mais valia pessoal e profissional e não só se deve procurar melhorar como atualizar e adaptar ao tempo e processo de recrutamento.

3.4. Balanço da iniciativa

A oportunidade proporcionada mostrou-se uma valência inesperada e extremamente gratificante. Permitiu a aplicação de conhecimentos extracurriculares, enquadrados na saúde e direcionado a um público relacionado com o setor farmacêutico. O aprofundar dos temas abordados durante a elaboração das aulas permitiu recordar conceitos e trabalhá-los. Além disso, como pontos positivos destaca-se também a partilha de ideias gerada e a participação ativa dos estudantes que se mostraram sempre motivados a aprender mais sobre os assuntos abordados e o empenho na aplicação prática de conceitos, em momentos designados durante as formações.

Em contraste a escassez de tempo e a falta de noções por parte dos estudantes relativamente a alguns conteúdos abordados foram algumas das limitações sentidas; por vezes nem sempre foi possível transmitir a premência e importância que as temáticas terão para o futuro dos alunos enquanto profissionais de saúde.

Como principal desafio destaca-se a articulação de informação e algumas falhas sistemáticas na exposição oral (a aplicação de termos técnicos e ideias complexas foi uma questão apontada pelos estudantes, quando lhes foi pedido feedback).

A experiência, incomum durante o estágio curricular, não só permitiu compreender a importância de alargar conhecimentos para além da área das ciências farmacêuticas como permitiu descobrir o gosto e a nobreza no ato de ensinar.

4. Produção científica subordinada ao tema: “Gestão e Inovação Terapêutica de Hepatite C, em contexto hospitalar, na Unidade Local de Saúde (ULS) do Nordeste”

A terapêutica para a Hepatite C tornou-se destaque no panorama nacional: pelas particularidades históricas e científicas do seu desenvolvimento, pelos custos associados à patologia para o SNS e necessidades na gestão de doentes crónicos em contexto hospitalar e exigências à farmácia de ambulatório; a ULSNE faz parte do paradigma do tratamento da Hepatite C crónica em Portugal desde os primeiros tratamentos realizados na instituição em 2015. Os serviços farmacêuticos estão, por norma, obrigados a reportar a cedência da

terapêutica aos doentes cujos processos são autorizados. A informação deve ser registada no Portal da Hepatite C da Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde e a atualização cuidada desses serviços foi uma das tarefas delegadas durante o período de estágio. Posto isto, em conjunto com a Dr.^a Ângela Aragão, Diretora de Serviço e orientadora de estágio, surgiu o interesse em abordar a matéria, sob o tema “Gestão e Inovação Terapêutica de Hepatite C, em contexto hospitalar, na Unidade Local de Saúde (ULS) do Nordeste”. Esse interesse deu origem à intenção de elaborar um artigo de revisão, subordinado ao tema, com intenção de publicar o mesmo; par-a-par surgiu a oportunidade de apresentação dos dados tratados e elações sob formato de poster no “III Jornadas de Saúde Trás-Os-Montes e Alto Douro”, a ser realizado em novembro de 2018.

4.1. Hepatite C

A incidência da infeção por VHC, em Portugal, é estimada em, no mínimo, 1 novo caso em cada 100 000 pessoas por ano; já a prevalência está entre 1 a 1,5%. É caracterizada por ser uma infeção assintomática e prolongada por longos períodos de tempo; acredita-se que a maior parte das infeções tenham ocorrido entre os anos 70 a 80 (a nível europeu) e por isso é estimado que apenas 30% dos doentes se encontram atualmente diagnosticados; é ainda aferido que 20 a 50% das mortes por cirrose hepática (CH) e carcinoma hepatocelular (CHC), tenham como causa etiológica a infeção vírica. Cerca de 85% dos indivíduos desenvolve infeção crónica, sendo que destes, 10 a 20% terminam em CH.

A hepatite C revela-se também uma patologia com grandes encargos para os serviços de saúde, refletindo-se num gasto de cerca de 71 milhões de euros por ano.⁵³⁻⁵⁷

Por tudo isto é possível afirmar que o paradigma da hepatite C em Portugal é um tema atual e premente, seja pela iminência do ano de 2020, ano desejado como erradicação da doença, seja pelo custo da terapêutica ou os restantes gastos passíveis de serem poupados.

4.2. Terapêutica na infeção crónica por VHC

O objetivo principal da terapia VHC é alcançar erradicação vírica, dada pela resposta virológica sustentada (RVS) – não deteção viral de RNA viral (< 15 UI/mL) 12 ou 24 semanas após o fim do regime terapêutico. A erradicação vírica possibilita a normalização de enzimas e proteínas hepáticas bem como a melhoria, e até desaparecimento, dos estados de eliminação e fibrose hepática, em doentes sem cirrose; doentes cirróticos ou fibrose avançada veem ligeiramente diminuídos o risco de complicações possivelmente fatais.^{53-55,57-59}

Podemos concluir assim que clinicamente o tratamento da infeção crónica por VHC é importante para a prevenção e tratamento das respetivas complicações, e em segundo plano a erradicação do vírus.⁶⁰

Durante décadas foram utilizados como agentes terapêuticos da hepatite C o interferão-alfa (INF- α), o interferão peguilado (PEG-INF α) e a ribavirina; em monoterapia ou em terapia de associação. Contudo existiam várias problemáticas relativamente a estes regimes terapêuticos, seja pelos efeitos adversos, contraindicações ou baixas taxas de resposta viral sustentada.^{57,61–65}

Mais recentemente, com a evolução do estudo do próprio vírus e descoberta de alvos terapêuticos deu-se origem à investigação, desenvolvimento e aprovação de agentes antivirais diretos (AADs), que permitiram altas taxas de RVS, bem como regimes terapêuticos de menor duração, a doentes que não respondiam aos fármacos anteriores ou a quem estes estavam contraindicados. Atualmente existem três grandes proteínas víricas, alvo da terapia com AAD: Inibidores da protease viral NS3/4A (terminação *-previr*); Inibidores da RNA-polimerase NS5B (terminação *-buvir*); Inibidores da NS5A, impedindo a formação de complexos replicação (terminação *-asvir*)^{60,65–67}

A seleção de regime terapêutico é legislada pela Norma 028/2017 da Direção Geral de Saúde, seguindo as normas internacionais, tendo em conta os seguintes fatores pré-tratamento: “Genótipo do VHC e subtipo; ARN-VHC quantitativo; A existência ou não de terapêutica prévia; A existência ou não de insuficiência renal; A existência ou não de cirrose hepática compensada ou descompensada, com ou sem indicação para transplante;”⁵⁹

Dadas as exigências terapêuticas e o custo deste tipo de fármacos, a sua cedência é feita em regime de ambulatório, após submissão pela Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) e aprovação dos respetivos processos de forma centralizada.

4.3. Balanço da Atividade

Relativamente ao balanço da terapêutica da Hepatite C crónica na ULSNE, foram recolhidos e tratados dados para a caracterização da população submetida a tratamento desde 2015 até à data da realização do estágio. Foram incluídos os dados relativamente a:

- *Análise Demográfica (género, distribuição de idades, identificação de toxicomanias e/ou outros comportamentos de risco);*
- *Caracterização Clínica (tratamento anterior, estado de fibrose hepática, genotipagem);*
- *Caracterização terapêutica (fármaco utilizado, regime terapêutico e monitorização terapêutica).*

O trabalho realizado neste âmbito permitirá uma análise retrospectiva ao tratamento da Hepatite C na ULSNE. Esta análise torna-se importante na iminência do ano de 2020, ano definido como meta para a erradicação da doença. Acresce ainda o custo associado aos regimes terapêuticos no tratamento da Hepatite C, bem como as exigências e peculiaridades do mesmo.

O trabalho (ainda em desenvolvimento) será apresentado nas III Jornadas de Trás-Os-Montes e Alto Douro, nos dias 23 e 24 de novembro, sob o formato de póster científico; a publicação de um artigo fica adiada a termo incerto.

5. Surto de Sarampo: Elaboração de Guia do Sarampo

Durante o mês de março ocorreu um surto de sarampo na região Norte, sensibilizando o pessoal clínico e a população em geral. Foi criada a oportunidade de elaborar uma guia sobre a infeção, intitulada “Sarampo: Informações Essenciais à Clínica, Procedimentos e Profilaxia” (Anexo VII) tendo sido divulgado à Direção Clínica e posteriormente a todo o pessoal com principal incidência nos Serviços Farmacêuticos, para conhecimento geral da patologia, sintomas, procedimento e alertar para a necessidade de vacinação entre os profissionais de saúde.

5.1. Revisão Clínica e Epidemiológica

O sarampo caracteriza-se por ser uma infeção de origem vírica, altamente contagiosa e de transmissão exclusivamente humana, através de gotículas e aerossóis, conduzindo a uma imunossupressão refletida numa doença sistémica traduzida numa vasculite generalizada. A infeção é, geralmente, benigna podendo revelar-se grave ou fatal em indivíduos não vacinados ou num primeiro contato.

O período de incubação, demora cerca de 10 dias (podendo variar entre 7 e 18), manifestando-se através de variados sinais clínicos como é possível consultar na Tabela I.⁶⁸

Além do risco de ocorrerem sobreinfeções existem um conjunto de complicações comuns, principalmente em crianças, até aos dois anos, jovens adultos e grávidas (Tabela II):

Podemos destacar também um conjunto de fatores de risco: gravidez; imunodeficiência; má nutrição; défice em vitamina A

Em países em vias de desenvolvimento existe um maior risco associado à doença e respetivas complicações

5.2. Profilaxia: a vacinação

Existem várias vacinas disponíveis, em regime monovalente ou combinado. A vacina anti sarampo monovalente (VAS), disponibilizada pela primeira vez em 1971; seguiu-se uma campanha de vacinação intensa no ano de 1973, dirigida a crianças até aos 3 anos de idade; a partir de 1974 passa a integrar o Plano Nacional de Vacinação (PNV). A partir 1987 com a introdução das vacinas anti rubéola e anti parotidite, integrou-se a vacina trivalente, combinando as três vacinas, a VASPR; atualmente a mesma, parte do Plano Nacional de Vacinação, disponível sob a forma de pó e solução injetável por via subcutânea ou

intramuscular, sendo a sua administração recomendada para os 12 meses e 5 anos de idade

69–72

5.2.1. Protocolos de atuação e segurança

A definição de protocolos de atuação e segurança (Tabela III) aquando o contacto com um caso suspeito ou caso confirmado de sarampo é complexo. Consiste de um processo que além de procedimentos de atuação relativa à contenção de contágio e confirmação de caso, pressupõe um sistema vertical de alertas e referenciação do caso. O conhecimento de causa perante um caso destes torna-se essencial aos profissionais de saúde de forma a que possam ser garantidas as condições que promovam uma atuação rápida, eficiente e segura.

5.3. Sessão de esclarecimento interna sobre Sarampo e Balanço da Atividade

Simultaneamente, foi dinamizada uma sessão de esclarecimento dirigida aos profissionais da ULS Nordeste; objetivando a revisão de procedimentos recomendados pela DGS e consciencializando os profissionais para a premência e importância da vacinação. Surgiu a oportunidade de participar (e representar os SF) nessa sessão. O estudo prévio da temática permitiu uma visão mais consciente e ciente dos termos discutidos e uma análise crítica aos procedimentos mencionados.

Apesar da ideia inicial ser a divulgação de um guia através da ULSNE, a marcação da sessão de esclarecimento acabou por colmatar as necessidades que o mesmo poderia alcançar. Assim optou-se por não utilizar o guia para esse fim, ficando, contudo, em arquivo para que farmacêuticos, futuros colaboradores e estagiários possam consultar em caso de necessidade.

Referências

1. Serviços Farmacêuticos da Unidade Local de Saúde do Nordeste. *Manual de Integração*. Bragança; 2013.
2. Brou MHL, Feio JAL, Mesquita E, et al. *Manual Da Farmácia Hospitalar*.; 2005. doi:224 794/05
3. *Decreto-Lei N.º 44 204, de 2 de Fevereiro de 1962: Regulamento Geral Da Farmácia Hospitalar*.; 1962:7.
4. *Decreto-Lei N.º 288/2001: Estatuto Ordem Dos Farmacêuticos*. Vol 261 (2001-.; 2001:7150-7165. doi:http://www.ordemfarmaceuticos.pt/xFiles/scContentDeployer_pt/docs/Doc3724.pdf
5. Ordem dos Farmacêuticos - Conselho do Colégio de Especialidade de Farmácia Hospitalar. *Manual de Boas Práticas de Farmácia Hospitalar, Capítulo I: Processos de Suporte*. In: *Manual de Boas Práticas de Farmácia Hospitalar*. ; 2018:0-75.
6. Associação Portuguesa de Farmacêuticos Hospitalares (APFH). *Estatutos Associação Portuguesa Dos Farmacêuticos Hospitalares*.; 1990.
7. *Regulamento (Extrato) N.º 187/2017 Regulamento de Admissão Na Ordem Dos Farmacêuticos*. Vol 73 (2017-0.; 2017:6982-6987. https://www.ordemfarmaceuticos.pt/fotos/documentos/doc11907_625741975924116a330ab.pdf.
8. Conselho para a Qualificação e Admissão Ordem dos Farmacêuticos; *Competências Farmacêuticas Farmácia Hospitalar*.; 2016.
9. Decreto-Lei n.º 109/2017. *Diário da República, 1ª série*. 2017;167 (2017-:5233-5238. <https://dre.pt/application/conteudo/108074438>.
10. *Despacho N.º 2061-C/2013, de 1 de Fevereiro*.
11. *Despacho N.º 7841-B/2013, de 14 de Junho*.
12. *Despacho N.º 1083/2004, de 1 de Dezembro de 2003*.
13. *Decreto-Lei N.º 97/95, de 10 de Maio*.
14. *Decreto-Lei N.º 176/2006, de 30 de Agosto*.
15. Legislação Farmacêutica Compilada. *Portaria N.º 155/2007, de 31 de Janeiro: Criação Do Código Hospitalar Nacional Do Medicamento (CHNM)*.; 2007:10-11.
16. *Decreto-Lei N.º 15/93, de 22 de janeiro: "Regime Jurídico Do Tráfico E Consumo de Estupefacientes E Psicotrópicos."*
17. *Lei N.º 45/96, de 22 de Janeiro*.
18. *Decreto Regulamentar N.º 61/94 de 3 de setembro: "Execução Das Medidas de Controlo de Estupefacientes E Psicotrópicos."*
19. *Portaria N.º 981/98 de 8 de junho: "Execução Das Medidas de Controlo de Estupefacientes E Psicotrópicos."*
20. *Despacho Do Ministro Da Saúde N.º 5/95 de 25 de janeiro: "Aquisição de Produtos Derivados Do Plasma Humano."*
21. INFARMED I.P. - Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde I.P. *Formulário Hospitalar Nacional de Medicamentos*. 9ª Edição. Lisboa; 2006. <http://www.infarmed.pt/formulario/formulario.pdf>.
22. Gouveia AM, Instituto Português de Oncologia Lisboa Francisco Gentil E.P.E. *Boas Práticas de Distribuição: Armazenagem de Medicamentos Em Ambiente Farmácia Hospitalar*. Lisboa; 2017.

https://www.ordemfarmaceuticos.pt/fotos/editor2/Eventos/iRACI/Armazenagem_de_Medicamentos_e_ambiente_hospitalar_AMGouveia.pdf.

23. Crujeira R, Furtado C, Feio J, et al. *Programa Do Medicamento Hospitalar*. Gabinete Do Secretário De Estado Da Saúde, Ministério da Saúde Março, 1-53 (2007).
24. Serviços Farmacêuticos da Unidade Local de Saúde do Nordeste. Procedimentos de Trabalho PRO.088.FAR – Distribuição de Estupefacientes e Psicotrópicos.
25. Serviços Farmacêuticos da Unidade Local de Saúde do Nordeste. Procedimentos de Trabalho PRO.089.FAR – Circuito de distribuição da medicação.
26. Serviços Farmacêuticos da Unidade Local de Saúde do Nordeste. Procedimentos de Trabalho PRO.090.FAR – Sistemas de distribuição de medicação.
27. Serviços Farmacêuticos da Unidade Local de Saúde do Nordeste. Procedimentos de Trabalho PRO.0556.FAR – Controlo e registo de temperaturas.
28. Serviços Farmacêuticos da Unidade Local de Saúde do Nordeste. Políticas de Trabalho POL.743.FAR – Armazenamento seguro, prescrição, administração e eliminação de medicamentos.
29. *Despacho N.º 13382/2012, de 4 de Outubro*.
30. Serviços Farmacêuticos da Unidade Local de Saúde do Nordeste. Procedimentos de Trabalho PRO.083.FAR – Gestão de erros de medicação.
31. *Decreto-Lei N.º 90/2004, de 20 de Abril*.
32. *Decreto-Lei nº 95/2004, de 22 de abril*.
33. *Portaria N.º 594/2004, de 2 de Junho*.
34. Serviços Farmacêuticos da Unidade Local de Saúde do Nordeste. Procedimentos de Trabalho PRO.085.FAR – Reembalagem de formas orais sólidas de medicamentos.
35. The Association of Business Executives. Human Resource Management. In: The Association of Business Executives, ed. *ABE Diploma in Business Administration Study Manual*. Vol 2. London: RRC Business Training; 2013:1-293.
36. Fallon Jr LF, McConnell C. *Human Resource Management in Health Care: Principles and Practice*. (McNeill KG, Birtcher K, Sekerak R, eds.). Michael Brown; 2007.
37. Itika JS. Fundamentals of Human Resource Management: Emerging experiences from Africa. In: *African Public Administration and Management Series*. African Studies Centre; 2011:254.
38. Bortini JBAMP, Garcia RG. Organisational Management T-Kit. In: Council of Europe and European Commission, ed. *T-Kit Series*. T-Kit Seri. Council of Europe; 2000:91.
39. Robert L. Mathis, Jackson JH. *Human Resource Management*. Twelfth Edi. Thomson South-Western; 2008. doi:10.1177/1534484305284318
40. Dessler G. *Human Resource Management*. Thirteenth. Pearson Education, Inc.; 2013. <https://drive.google.com/file/d/0BwDTzaBMxw2RZVEyeWd3aVZIMjA/view>.
41. Mitchell GW. Essential Softskills for sucess in the twenty-first century workforce as perceived by Alabama business/marketing educators. 2008.
42. Organização Mundial de Saúde. *Preparing a Health Care Workforce for the 21st Century: The Challenge of Chronic Conditions*. Genebra; 2005. doi:20,82
43. iCIMS Inc. *The Importance of Soft Skills in the Healthcare Profession*.; 2013. <http://www.trainingzone.co.uk/develop/talent/the-importance-of-soft-skills-in-leadership>.

44. European Hospital and Healthcare Federation. Health Professionals in Europe: New Roles, New Skills. In: *HOPE Exchange Programme 2009*. ; 2009:9. http://www.hope.be/wp-content/uploads/2016/02/HOPE-exchange_2009-synthesis.pdf.
45. Brandão HP, Guimarães T de A. Gestão de competências e gestão de desempenho: tecnologias distintas ou instrumentos de um mesmo construto? *Rev Adm Empres*. 2001;41(1):8-15. doi:10.1590/S0034-75902001000100002
46. Hamza M. *Training Material Development Guide*. 1st ed. Swedish Civil Contingencies Agency (MSB); 2012.
47. Latakaite M. Group Dynamics Handout. In: *Leadership Summer School*. ; 2016:14.
48. Management Sciences for Health. *Human Resource Management Rapid Assessment Tool for Health Organizations: A Guide for Strengthening HRM Systems*. 3rd ed. (Management Sciences for Health, ed.). Cambridge: Management Sciences for Health; 2012.
49. Ghosh A. Manual for Training of Trainers on Human Development Part II. In: *Manual for Training of Trainers on Human Development*. Administrative Training Institute, Government of West Bengal; :225.
50. Unidade de Orientação e Integração - FEUP. *Liderança E Gestão de Equipas, Documentação de Apoio*.; 2011. <http://paginasprofessor.no.sapo.pt/tecnicas1.htm>).
51. Grote D. *The Performance Appraisal Question and Answer Book: A Survival Guide for Managers*. American Management Association; 2002.
52. Grzeszczyszyn G. *Currículo*. (Editora Bookess, ed.); 2011.
53. European Association for the Study of the Liver. EASL Recommendations on Treatment of Hepatitis C 2018. *J Hepatol*. 2018;69(2):461-511. doi:10.1016/j.jhep.2018.03.026
54. EASL. *HEPAMAP: A ROADMAP FOR HEPATOLOGY RESEARCH IN EUROPE: AN OVERVIEW FOR POLICY MAKERS*.; 2017.
55. The American Association for the Study of Liver Diseases, Infectious Diseases Society of America. *HCV Guidance : Recommendations for Testing , Managing , and Treating Hepatitis C*. Vol 19.; 2017. https://www.hcvguidelines.org/sites/default/files/full-guidance-pdf/HCVGuidance_September_21_2017_h.pdf.
56. Direção-Geral da Saúde. *Programa Nacional Para as Hepatites Virais 2017*. Lisboa; 2017.
57. Anjo J, Café A, Carvalho A, et al. O impacto da hepatite C em Portugal. *GE J Port Gastrenterologia*. 2014;21(2):44-54. doi:10.1016/j.jpg.2014.03.001
58. Smith DB, Bukh J, Kuiken C, et al. Expanded classification of hepatitis C virus into 7 genotypes and 67 subtypes: Updated criteria and genotype assignment web resource. *Hepatology*. 2014;59(1):318-327. doi:10.1002/hep.26744
59. Direção-Geral da Saúde. *Norma 028/2017: Tratamento Da Hepatite C Crónica No Adulto*. Vol 2017. Portugal; 2017:5-7.
60. Velosa J. A experiência portuguesa no tratamento da Hepatite C. *J Médico*. 2017;Especial H:7.
61. Chen C-H, Yu M-L. Evolution of Interferon-Based Therapy for Chronic Hepatitis C. *Hepat Res Treat*. 2010;2010:1-12. doi:10.1155/2010/140953

62. Huang M, Jiang J-D, Peng Z. Recent advances in the anti-HCV mechanisms of interferon. *Acta Pharm Sin B*. 2014;4(4):241-247. doi:10.1016/j.apsb.2014.06.010
63. Neumann AU, Lam NP, Dahari H, et al. Hepatitis C viral dynamics in vivo and the antiviral efficacy of interferon-therapy. *Science (80-)*. 1998;282(5386):103. doi:10.1126/science.282.5386.103
64. CIM Ordem dos Farmacêuticos. *Tratamento Da Hepatite C Crônica*. Vol 1.; 2016. doi:10.5380/rmu.v2i4.44265
65. Zopf S, Kremer AE, Neurath MF, Siebler J. Advances in hepatitis C therapy: What is the current state - what come's next? *World J Hepatol*. 2016;8(3):139-147. doi:10.4254/wjh.v8.i3.139
66. Dragomiretskaya N, Izha A, Kalinichenko N, et al. Use of antiviral therapy in patients with chronic hepatitis C. *Open Med (Warsaw, Poland)*. 2015;10(1):209-215. doi:10.1515/med-2015-0032
67. Afdhal NH, Zeuzem S, Schooley RT, et al. The new paradigm of hepatitis C therapy: Integration of oral therapies into best practices. *J Viral Hepat*. 2013;20(11):745-760. doi:10.1111/jvh.12173
68. Leça A (DGS), Fernandes T (DGS), Palminha P (INSA). *PNES Introdução: Revisão Clínica E Epidemiológica*.; 2013.
69. Direção-Geral da Saúde. *Programa Nacional de Vacinação 2017*. Lisboa; 2017.
70. Direção-Geral da Saúde. *Programa Nacional Da Eliminação Do Sarampo (PNES): Revisão Dos Procedimentos Do Programa*. Lisboa; 2013. doi:10.15713/ins.mmj.3
71. Direção-Geral da Saúde. *Norma 004/2017 - Sarampo: Procedimentos Em Unidades de Saúde - Programa Nacional Eliminação Sarampo*. Portugal; 2017:1-19.
72. Gomes MC, Domingos T, Paulo A. Condições para a eliminação do sarampo, parotidite e rubéola com duas doses de vacina. *Acta Pediátrica Port*. 1999;30(5):403-408.

Anexos

Anexo VII Cronograma de integração o novo colaborador, Técnico Superior de Saúde Ramo Farmácia, adaptado de (Serviços Farmacêuticos da Unidade Local de Saúde do Nordeste, 2013)

Módulos de Integração	S1	S2	S3	S4	S5	S6
I – Gestão e Organização dos Serviços Farmacêuticos						
II – Distribuição dos Medicamentos						
III – Produção e Controlo de Medicamentos						
IV – Informação de Medicamentos e Atividades de Farmácia Clínica						

Anexo VIII Sistema de Distribuição Individual em Dose Unitária (DIDU), adaptado de Brou MHL, Feio JAL, Mesquita E, et al.²



Acromegália

Artrite reumatóide

Espondilite anquilosante

Artrite psoriática

Artrite idiopática juvenil poliarticular

Psoríase em placas

Deficiência da hormona de crescimento na criança, síndrome de Turner, perturbações do crescimento, síndrome de Prader-Willi e terapêutica de substituição em adultos

Doença de Crohn ou colite ulcerosa

Esclerose lateral amiotrófica (ELA)

Esclerose múltipla (EM)

Fibrose quística

Hepatite C

Hidradenite supurata (hidrosadenite supurativa ou acne inversa)

Hiperfenilalaninemia

Ictiose

Infeção VIH

Insuficiência crónica e Transplantação renal

Insuficiência renal crónica

Paraplegias espásticas familiares e ataxias cerebelosas hereditárias, nomeadamente a doença de Machado-Joseph

Profilaxia da rejeição aguda do transplante cardíaco alogénico

Profilaxia da rejeição aguda do transplante hepático alogénico

Profilaxia da rejeição aguda do transplante renal alogénico

Síndrome de Lennox-Gastaut



- Finalista do MICEF, na FFUP
- Estagiário nos Serviços Farmacêuticos na **ULSNE** e na **Farmácia MAG**, Ermesinde
- *Local Coordinator & Health Promotion Trainer* da região Norte do **Projeto Geração Saudável** da SRSRA da Ordem dos Farmacêuticos
- Coordenador do Dep. de Intervenção Social da **Associação Cura+**
- Representante dos discentes no **Conselho Pedagógico e Cons. de Representantes** da FFUP



Evolução do conceito de RH

- **Transversalmente ao longo dos tempos**

- TRABALHADORES pouco qualificados
- Requeria-se força física e capacidade manual

- **Século XX**

- **Taylorismo:** abordagem de **gestão científica** e assim a "Gestão de Pessoal"
- **Henry Ford:** Direção das Relações Sociais
- Anos 50-60: Direção das Relações Humanas, transitando para "Direção Pessoal"



Evolução do conceito de RH

Fator	Gestão do Pessoal	Gestão de Recursos Humanos
Planeamento	Abordagem a curto prazo Foco administrativo	Abordagem a médio e longo prazo Foco estratégico
Ação	Reativa	Proativa
Controlo	Externo	Autocontrolo
Relacionamento	Coletivista e anónimo	Individual e baseado na confiança
Papeis e Funções	Formalizados	Flexíveis e polivalentes
Pessoas	Custo	Investimento

A dimensão e dimensões das atividades de gestão e RH



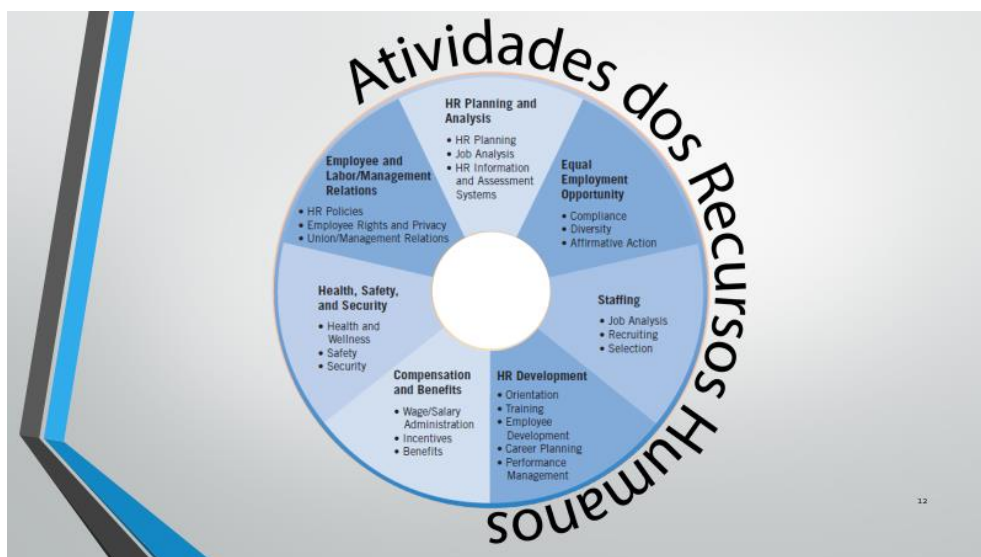




10



11



12



Planeamento e Análise de RH

- Visão **objetiva** e **estratégica**;
- Planificação **a longo-prazo**;
- **Antecipação** a fatores influenciadores à oferta e procura de colaboradores;
- Necessidade de **HRIS** – Sistema de Informação de Recursos Humanos, com informação correta e atualizada: alta componente administrativa;
- Voltados para um aumento da **competitividade** organizacional – análise da **eficácia**

14





- Igualdade no acesso ao emprego, no trabalho e na formação profissional
- Compensações e Benefícios
- Saúde, Proteção e Segurança
- Relações Laborais



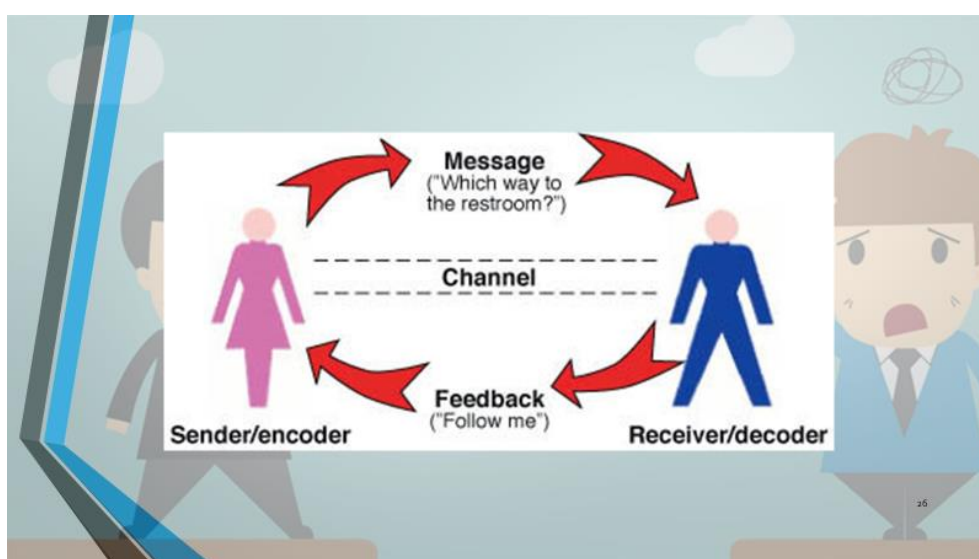
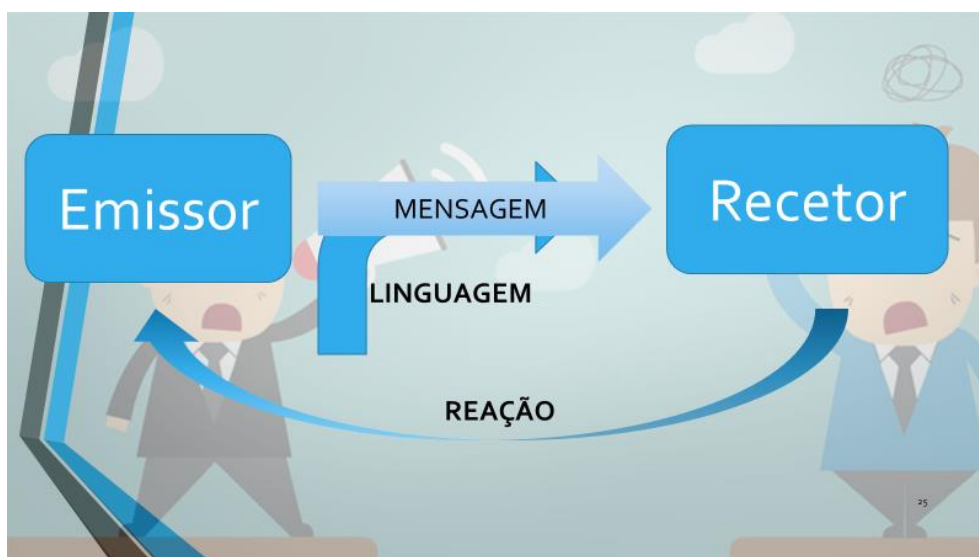
Referências Bibliográficas

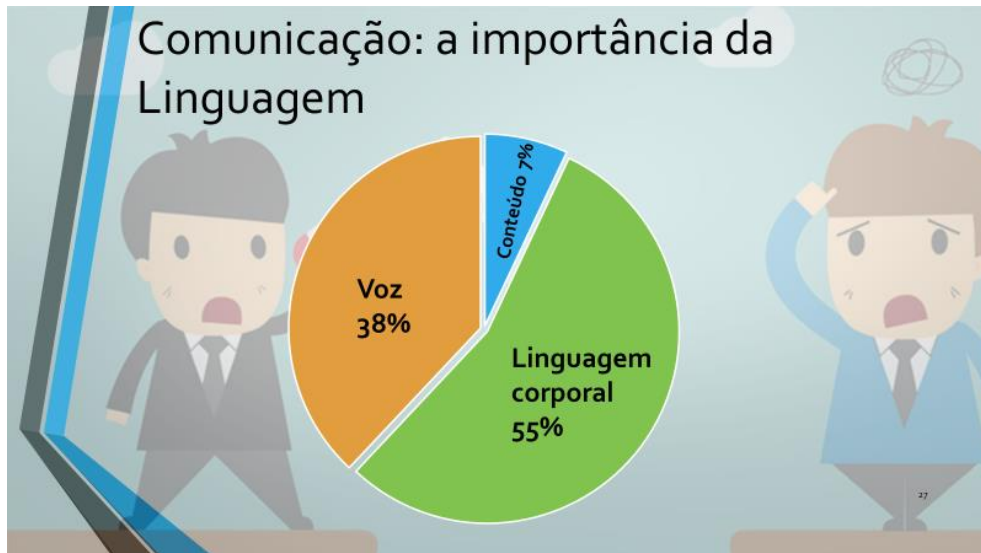
- Association of Business Executives. (2013). Human Resource Management. *Human Resource Management*, 44(0), 1–293.
- Bowyer, J., Murphy, A., Bortini, P., & Garcia, R. G. (2000). Training Kit 1: Organisational Managment. In *Training Kit Series* (Council of, p. 86). European Comission.
- Carvalho, A. (2015). *Gestão de Recursos Humanos: Boas práticas para as unidades hoteleiras do Norte de Portugal* Abel Fernando dos Santos Salgado de Carvalho.
- Grote, D. (2002). *Performance Appraisal Question and Answer Book*.
- Latakaite, M. (2016). *Group Dynamics Handout*. *Leadership Summer School*.
- Sepah, C. (2017). Your Company's Culture is Who You Hire, Fire, & Promote. Retrieved March 10, 2018, from <https://medium.com/@DrSepah/your-companys-culture-is-who-you-hire-fire-and-promote-c69f84902983>

Obrigado!

Tiago Rodrigues

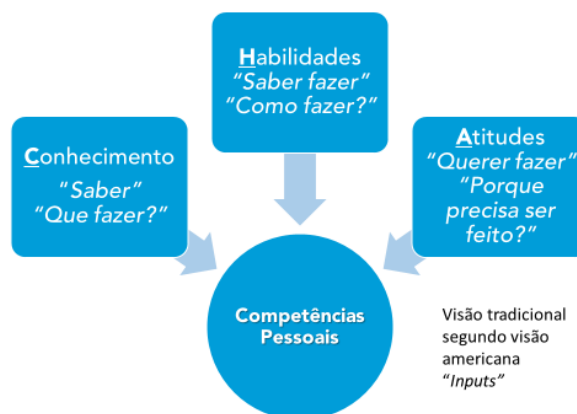
tgrdo182@gmail.com
[linkedin.com/tiagorod/](https://www.linkedin.com/tiagorod/)





- ### Dicas de melhoria à **comunicação**
1. Adequar ao Recetor
 2. Investir nas 3 esferas da linguagem
 3. Escuta ativa
 4. Assertividade e Coerência
 5. Aumentar o impacto
- The slide lists five tips for improving communication. The background features the same two cartoon characters from the first slide.

- ### Comunicação: Cultura de **Feedback**
- FEED BACK**
- Pensamento focado no **crescimento e melhoria**;
 - **Sistematizado e objetivo**;
 - Promover **canais** de *feedback*;
 - Balanço entre *feedback* positivo e *feedback* "corretivo";
 - **Honestidade, coerência e especificidade.**
 - Promover **alterações e decisões** feitas com base no *feedback*;
- The slide discusses the culture of feedback. It includes a list of six points. The background features two cartoon characters, one holding a speech bubble that says 'FEED BACK'.



Competências Pessoais



Competências Pessoais

Competências – Visão integrativa



Table 1: Examples of soft skills

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Communication skills • Critical and structured thinking • Problem solving skills • Creativity • Teamwork capability • Negotiating skills • Self-management • Time management • Conflict management • Cultural awareness • Common knowledge | <ul style="list-style-type: none"> • Responsibility • Etiquette and good manners • Courtesy • Self-esteem • Sociability • Integrity / Honesty • Empathy • Work ethic • Project management • Business management |
|--|---|





Formação de uma Equipa

Modelo de Tuckman

How To Build A Productive And Efficient Team At The Workplace?



Eficácia do Grupo

- Objetivos claros – Metodologia SMART
- Comunicação
- Confiança e relações interpessoais
- Participação ativa
- Aceitar a diferença e a mudança
- Delegação de tarefas e definição de responsabilidades
- Gestão de conflitos
- Organização e funcionalização





Dicas para reuniões de grupo positivas

- Definir Ordem de Trabalhos;
- Distribuição de tarefas
 - Líder
 - Facilitador
 - Secretário;
- Evitar conversas paralelas;
- Elaborar ata;
- Síntese no final da reunião e responsabilização;

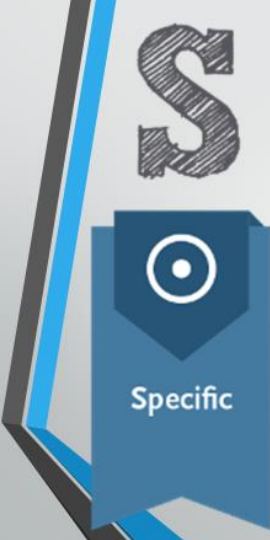


TEAM



TOGETHER
EVERYONE
ACHIEVES
MORE





- O quê?
- Porquê?
- Quem?
- Onde?
- Quais?

EXEMPLO: “Quero ganhar as competências necessárias em comunicação, para me tornar um profissional melhor na minha organização, para que possa construir a minha carreira e contribuir mais para o sucesso”

32



- Quanto(s)?
- Como saber se já conquistei o objetivo?
- Que percentagem do meu objetivo já concretizei?

EXEMPLO: É possível medir a quantidade de cursos especializados e competências atribuídas num prazo de 2 anos.

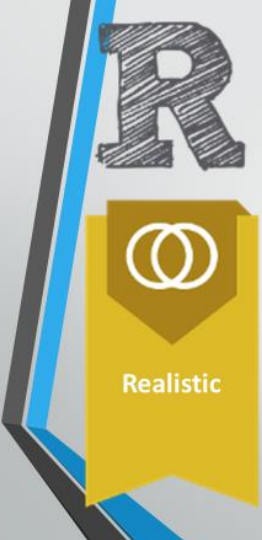
33



- Como posso atingir o meu objetivo?
- É possível de atingir?

EXEMPLO: Tenho meios financeiros para atingir a formação adequada? É conciliável com o resto da minha vida?

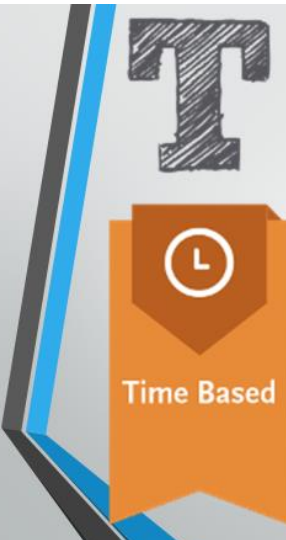
34



- Realista;
- Relevante ou desejável;
- Relacionável com resultados;
- Pragmático;
- É realista para minha situação atual?

EXEMPLO: Existem centros de formação na proximidade.
As competências desejadas são práticas e reais

35



- Prazo
- Data-limite

36



OKR

Objectives & Key Results

37

SARAMPO: INFORMAÇÕES ESSENCIAIS À CLÍNICA, PROCEDIMENTOS E PROFILAXIA

Serviços Farmacêuticos Unidade Local de Saúde do Nordeste (ULSNE)

Tiago Guilherme Rodrigues

no âmbito do estágio profissionalizante do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas da Faculdade de Farmácia da
Universidade do Porto

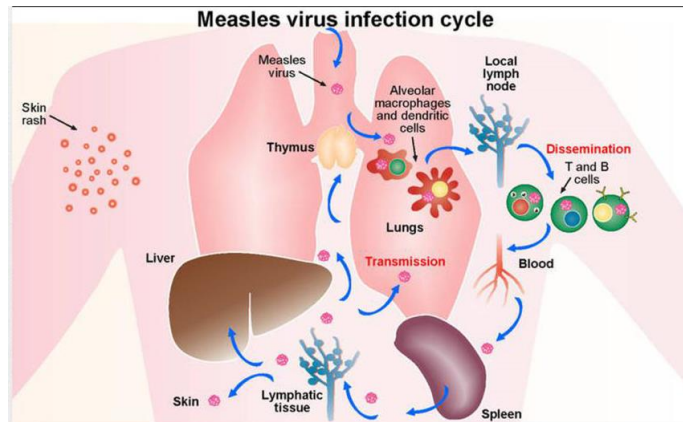
Revisão Clínica e Epidemiológica

O vírus do do sarampo (género *Morbillivirus*, família *Paramyxoviridae*) é de **transmissão exclusivamente humana**, altamente contagiosa, uma vez que é **transmitida através de gotículas e aerossóis**. Induz **imunossupressão** conduzindo a uma doença sistémica caracterizada por uma vasculite generalizada.

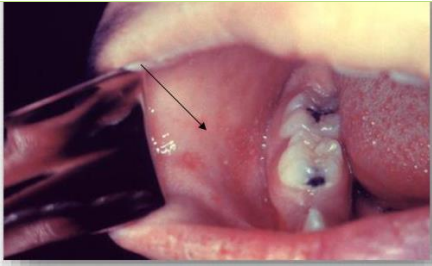
A infeção é **geralmente benigna**, mas pode revelar-se grave ou fatal em indivíduos não vacinados ou nunca contagiados.

A eliminação é possível uma vez que existe vacina eficaz.

O **período de incubação** demora **cerca 10 dias (7 a 18)**, manifestando-se através de diferentes sinais clínicos.



Caracterização Clínica

PERÍODO	TEMPO	SINAL CLÍNICO
<i>Período prodromico ou catarral</i>	~ 48h (dias 1 a 3 após contágio)	 Sinal de Koplik, na mucosa oral – patognômico Desaparecem 24-48h após o aparecimento do exantema Descrição: pequenos pontos brancos (máculas), com halo eritematoso difuso
<i>Período de estado ou exantemático</i>	12 a 24h após o anterior (dias 3 a 6 após contágio)	• Febre alta (sinal de alerta se duração > dias) • Tosse rouca e persistente • Congestão Nasal e rinite • Conjuntivite e fotofobia • Sensação de doença e prostração (mesmo em casos não graves) Exantema máculo-papular confluyente, iniciando-se na face e progredindo a todo o corpo Desaparece progressivamente em 4 a 5 dias 
<i>Período de convalescença ou descamação fúrgurácea</i>	Dia 6 em diante	

*É contagiosa 4 dias antes 4 dias após o exantema máculo-papular; prolongada em doentes imunocomprometidos

Comprometido o sistema imunitário existe o risco de ocorrerem superinfecções.

Existem complicações*, principalmente associadas para crianças até aos 2 anos de idade, adultos jovens e grávidas, das quais se destacam:

Otite média aguda	Frequente. Habitualmente na 2ª semana de doença, podendo coincidir com o exantema
Pneumonia	Pode ser muito grave, principalmente se má-nutrição e nos extremos da vida. • Precoce – habitualmente causada pelo próprio vírus • Tardia – origem bacteriana
Encefalite	Complicação rara (1 caso em mil). Associada a elevada morbilidade e mortalidade
Panencefalite esclerosante subaguda	Encefalite lenta (1 caso por milhão), meses/anos após o sarampo. Primeiro surgem alterações comportamentais e intelectuais e depois alterações motoras, convulsões, coma e morte

*outras complicações: pneumotórax, diarreia, apendicite, hepatite, pancreatite, úlcera córnea e queratite, trombocitopenia, miocardite e pericardite, hipocalcemia, nefrite, falha renal, miosite e outras

Fatores de risco:

- Má-nutrição;
- Imunodeficiência;
- Gravidez;
- Défice de vitamina A (associada a queratite no sarampo pode levar à cegueira);
- Em países em vias de desenvolvimento: > risco de doença e complicações graves.

A Vacinação

Vacina Doença	Idade											
	0 meses	2 meses	4 meses	6 meses	12 meses	18 meses	5 anos	10 anos	25 anos	45 anos	65 anos	10/10 anos
Sarampo, parotidite epidémica, rubéola					VASPR 1		VASPR 2					

1ª Dose VASPR, 12m de idade: imunidade individual e de grupo mais precoce;

2ª Dose VASPR, 5 anos: não é um reforço, mas uma oportunidade de imunização;

Não existe qualquer informação de alteração relativamente ao esquema do Plano Nacional de Vacinação de 2017 relativamente à VASPR

Procedimentos e Recomendações em situação pós-exposição

O sarampo foi considerado eliminado em Portugal, pelo que um caso de sarampo é uma emergência de saúde pública de âmbito nacional que requiere uma avaliação e resposta rápidas. Devem ser feitos todos os esforços na prevenção de casos secundários, de modo a evitar o restabelecimento da transmissão endémica da doença.

Protocolo caso possível

Isolamento	Envio obrigatório ao INSA*	Comunicação imediata	Identificação dos contactos
Imediato caso possível	Sangue: 1ml criança 5ml adulto, em tubo seco Urina colhida com cuidados de assepsia (3 a 5 ml) Fluidos Oraís no epitélio da bochecha (zaragatoa)	Diretor Clínico Delegado Saúde Regional Notificação obrigatória no SINAVE dos casos	Profissionais de Saúde Utentes Acompanhantes Nome, morada, telefone, data de nascimento, história de sarampo, vacinação (nº doses e datas)

*Laboratório de referência, no caso o Instituto Dr. Ricardo Jorge, podendo ser enviado **simultaneamente** para o laboratório do Centro Hospitalar/Hospital, se acreditado o procedimento em causa, com a indicação "Sarampo – Diagnóstico Laboratorial" e com o respetivo formulário PNES ou cópia da notificação SINAVEmed

Classificação de Caso

Critérios Clínicos	Critérios Laboratoriais	Critérios Epidemiológicos
Febre e Exantema maculopapular e Pelo menos, um dos três critérios seguintes: - Tosse - Rinite - Conjuntivite	Pelo menos um dos critérios seguintes: - Isolamento do vírus do sarampo a partir de uma amostra biológica; - Deteção do ácido nucleico do vírus do sarampo num produto biológico; - Deteção, no soro ou na saliva, de anticorpos IgM específicos da resposta a infeção aguda pelo vírus do sarampo; - Deteção de seroconversão num par de soros (fase aguda e fase de convalescença);	Ligação epidemiológica com um caso confirmado
Classificação de Caso		
Caso possível Pessoa que preenche os critérios clínicos Caso provável Pessoa que preenche os critérios clínicos e epidemiológicos Caso confirmado Pessoa que preenche os critérios clínicos e laboratoriais, desde que os testes tenham sido efetuados no Laboratório de Referência para o Sarampo e Rubéola: Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge		

Vacinação pós-exposição

Tem por **objetivo garantir a proteção individual dos casos suscetíveis e interromper cadeias de transmissão**. É sempre urgente, sendo **mais eficaz** na prevenção de casos secundários **até 72h após a exposição**. Mesmo que não previna a doença, esta tem habitualmente um curso mais benigna.

Idade/Condição	Recomendação VASPR ¹
≥ 6 meses e < 12 meses	1 dose ² Considerada dose “zero”, devendo ser administrada a VASPR1 aos 12 meses de idade
≥ 12 Meses e < 18 anos	2 doses Antecipar a VASPR 2, se necessário
≥ 18 anos e nascidos ≥ 1970 ³	2 doses (ou 1 dose, se apenas em pós-exposição)
≥ 18 anos e nascidos < 1970 ³	1 dose
Profissionais de Saúde	2 doses
Infeção VIH sem imunodepressão grave ^{4,5}	Vacinação de acordo com a idade, dose/doses anteriormente administradas e ano de nascimento
Outras: aspleneia, défice de fatores de complemento ⁴ , doença renal/hepática crónica, diabetes <i>mellitus</i>	Vacinação de acordo com a idade, dose/doses anteriormente administradas e ano de nascimento

¹Intervalo ≥4 semanas entre doses

²Por indicação expressa da DGS, da Autoridade de Saúde ou prescrição do médico assistente

³De acordo com os dados do Inquérito Serológico Nacional 2015/2016

⁴Nestas condições a vacina apenas é administrada por prescrição médica

⁵Considera-se sem imunodepressão grave quando: ≥ 6 meses de idade – CD4 ≥ 200μL, durante >6meses; 1-5 anos de idade - CD≥500μL e ≥15% dos linfócitos T, durante >6meses

Recusa da vacinação em situação de pós-exposição

Em infantários, escolas e outras instituições educacionais, perante a recusa da vacinação em pós-exposição, quando esta é recomendada, deve aconselhar-se o **afastamento temporário da instituição durante 21 dias após o contacto**.

IMUNIZAÇÃO PASSIVA COM IMUNOGLOBULINA HUMANA EM SITUAÇÃO DE PÓS EXPOSIÇÃO:

A imunoglobulina humana:

1. Pode ser utilizada, por prescrição médica para prevenir ou mitigar o sarampo numa pessoa suscetível, quando administrada nos 6 dias após exposição;
2. Não deve ser utilizada com o objetivo de controlar surtos, mas sim reduzir o risco de infeção nas pessoas com maior risco de complicações;
3. Nem sempre previne o sarampo, mas parece diminuir a gravidade da doença;
4. Aumenta o período de incubação para 21 dias. Os contactos intra-hospitalares, que receberam imunoglobulina e se mantêm internados, **devem ser isolados do dia 10 ao dia 21 após administração de imunoglobulina**;
5. A administração de imunoglobulina pode diminuir a eficácia das vacinas de vírus vivos atenuados tais como a vacina contra o sarampo, pelo que se deve respeitar um intervalo de 6 meses entre administração da imunoglobulina e uma futura administração VASPR;
6. No caso da vacina VASPR ser administrada antes deste intervalo recomenda-se a realização da serologia pós-vacinal para aferir a imunidade contra o sarampo.

Indicações para administração de imunoglobulina em pós-exposição

Nos 6 dias após a exposição, nas situações em que a VASPR está contraindicada e existe risco de complicações	• Crianças de idade <6 meses, incluindo recém-nascidos; • Grávidas • Infeção VIH com imunodepressão grave • Imunosupressão grave
Nos 6 dias após exposição, em situações de maior risco de complicações quando já foi ultrapassado o tempo recomendado (72h) para a administração da vacina (quando aplicável)	• Crianças de idade entre os 6 meses e os 12 meses sem vacina; • Infeção VIH sem imunodepressão grave • Outras: asplenia, défice de fatores de complemento, doença renal/hepática crónica, diabetes <i>mellitus</i>

Tipo de Imunoglobulina e respetivas doses

Imunoglobulina humana endovenosa	150mg/Kg, via EV
Formulação de Imunoglobulina subcutânea Gammanorm®	0,6L/Kg, via IM (na dose máxima de 15mL ou 5mL em <12 meses)

Autovigilância dos contactos

Os contactos devem ser informados sobre a doença e aconselhados a avaliação médica se iniciarem sinais ou sintomas sugestivos de sarampo (contacto com Centro de Contacto SNS – SNS24 – 808 24 24 24 ou com o médico assistente). Esta

Referências Bibliográficas

Ana Leça, Paula Valente Curvelo, **Introdução: Revisão Clínica e Epidemiológica** *in* Plano Nacional de Eliminação do Sarampo, 2013, Direção Geral de Saúde

Teresa Fernandes **Procedimentos do Programa** *in* Plano Nacional de Eliminação do Sarampo, 2013, Direção Geral de Saúde

Direção Geral de Saúde, Sarampo: Diagnóstico e Atuação

Norma 004/2017 Direção Geral de Saúde, Sarampo: Procedimentos em Unidade de Saúde – Programa Nacional Eliminação do Sarampo

Tabelas

Tabela I Períodos clínicos e sintomatologia do Sarampo, adaptada de (Leça et al., 2013)

PERÍODO	TEMPO	SINAL CLÍNICO
Período prodrômico ou catarral	~ 48h (dias 1 a 3 após contágio)	Sinal de Koplik , na mucosa oral – patognômico Desaparecem 24-48h após o aparecimento do exantema Descrição: pequenos pontos brancos (máculas), com halo eritematoso difuso
Período de estado ou exantemático	12 a 24h após o anterior (dias 3 a 6 após contágio)	• Febre alta (sinal de alerta se duração > dias) • Tosse rouca e persistente • Congestão Nasal e rinite • Conjuntivite e fotofobia • Sensação de doença e prostração (mesmo em casos não graves) Exantema máculo-papular confluyente, iniciando-se na face e progredindo a todo o corpo Desaparece progressivamente em 4 a 5 dias
Período de convalescença ou de descamação furgurácea	Dia 6 em diante	Descamação furgurácea Descrição: manchas hipocrômicas, eritematosas ou acastanhadas, com descamação fina

Tabela II Complicações comuns (crianças, jovens adultos e grávidas)

Otite média aguda	Frequente. Habitualmente na 2ª semana de doença, podendo coincidir com o exantema
Pneumonia	Pode ser muito grave, principalmente se má-nutrição e nos extremos da vida. • Precoce – habitualmente causada pelo próprio vírus • Tardia – origem bacteriana
Encefalite	Complicação rara (1 caso em mil). Associada a elevada morbilidade e mortalidade
Panencefalite esclerosante subaguda	Encefalite lenta (1 caso por milhão), meses/anos após o sarampo. Primeiro surgem alterações comportamentais e intelectuais e depois alterações motoras, convulsões, coma e morte
Outras complicações com relevância clínica: pneumotórax, diarreia, apendicite, hepatite, pancreatite, úlcera córnea e queratite, trombocitopenia, miocardite e pericardite, hipocalcemia, nefrite, falha renal e miosite	

Tabela III Procedimento sumário para caso possível de Sarampo. Adaptado de (Direção Geral de Saúde, 2017)

Isolamento	Envio obrigatório ao INSA*	Comunicação imediata	Identificação dos contatos
Imediato	Sangue: 1ml criança 5ml adulto, em tubo seco Urina colhida com cuidados de assepsia (3 a 5 ml) Fluidos Orais no epitélio da bochecha (zaragatoa) *Laboratório de referência, no caso, o Instituto Dr. Ricardo Jorge	Diretor Clínico Delegado Saúde Regional Notificação obrigatória no SINAVE dos casos	Profissionais de Saúde Utentes Acompanhantes Nome, morada, telefone, data de nascimento, história de sarampo, vacinação (nº doses e datas)

**RELATÓRIO
DE ESTÁGIO
2017-18**

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