

U. PORTO



FACULDADE DE FARMÁCIA
UNIVERSIDADE DO PORTO

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

REALIZADO NO ÂMBITO DO MESTRADO INTEGRADO
EM CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS

Farmácia do Campo

Diogo Filipe da Silveira Monteiro

M

2019 -2020

Faculdade de Farmácia da Universidade do Porto

Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas

Relatório de Estágio Profissionalizante

Farmácia do Campo

janeiro de 2020 a junho de 2020

Diogo Filipe da Silveira Monteiro

Orientador: Dra. Inês Fonseca Marques

Tutor FFUP: Prof. Doutor Carlos Manuel Magalhães Afonso

outubro de 2020

Declaração de Integridade

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

Faculdade de Farmácia da Universidade do Porto, 13 de outubro de 2020

Diogo Filipe da Silveira Monteiro

AGRADECIMENTOS

Ao longo destes cinco anos, a Faculdade de Farmácia tornou-se uma segunda casa para mim por todos os momentos que aqui passei. Levo comigo uma mistura de sentimentos de alegria por estar a acabar mais uma etapa do meu percurso, mas também uma nostalgia por todos os momentos vividos acompanhados por pessoas tão maravilhosas.

Em primeiro quero agradecer a toda Instituição que é a Faculdade de Farmácia pela maneira como recebe e trata os seus estudantes desde o primeiro ao último dia.

À Comissão de Estágios pelas oportunidades que todos os anos nos permitem ser profissionais mais qualificados, e em especial ao Professor Doutor Carlos Afonso pelo acompanhamento ao longo de todo o estágio.

À equipa toda da Farmácia do Campo, por me ajudarem a crescer profissionalmente e pessoalmente, e por toda a paciência que tiveram ao longo destes meses de estágio. Um agradecimento especial à Dra. Inês Marques por ser um bom exemplo do que é ser um bom Farmacêutico, quer pelos seus valores, relações interpessoais e preocupação em proporcionar sempre uma formação contínua quer dela própria quer dos membros da sua equipa. Ao Sr. Paulo Sousa um agradecimento por todo o respeito e apreço que teve comigo.

À Tuna de Farmácia do Porto pelos “*anos loucos que voaram*” e que enchem o meu percurso cheio de memórias. Agradeço por terem sido uma fuga para quando tudo parecia por vezes perdido. Obrigado por me aturarem quer nos melhores quer nos piores momentos, tenho-vos a todos no meu coração.

Aos meus amigos do GdP por terem sido mais do que amigos, mas sim uns verdadeiros irmãos. Convosco tive oportunidade de crescer principalmente enquanto pessoa. Obrigado por tudo, por todas as noites, por todas as camas/sofás, por noites de risos, por noites de choros. “*Há gente que fica na história/da história da gente*” e vocês certamente estão na minha.

Por fim, mas não menos importante, a todas as pessoas da minha família que de uma maneira ou doutra sempre me apoiou durante estes cinco anos. Ao meu pai e à minha mãe, por todos os sacrifícios que até hoje fizeram para me poderem dar tudo o que tenho e que tornaram possível acabar este curso. À minha irmã, cunhado, 2 sobrinhas e afilhada um obrigado também muito especial.

RESUMO

O presente relatório descreve o que foram as atividades desenvolvidas durante o estágio. Este relatório é o culminar da fase final do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas, onde temos contato com o que é ser um profissional de saúde e onde nos é permitido pôr em prática todo o conhecimento obtido durante todo o curso.

Na primeira parte deste relatório é feita uma descrição da forma como a Farmácia do Campo se encontra organizada, a sua gestão e controlo, o ato de dispensa de medicamentos e serviços oferecidos. Descrevo ainda as atividades que fui desenvolvendo ao longo do estágio.

Na segunda parte, exploro as temáticas sobre as quais me decidi debruçar na realização dos projetos. Os temas foram selecionados tendo em conta a sua importância para a comunidade e pela forma como o farmacêutico pode intervir na comunidade para ajudar a melhorar esses problemas. Tendo em conta a época do ano em que o estágio se realizou, decidi abordar as temáticas da Doença Venosa Crónica, Rinite Alérgica e Conjuntivite Alérgica por estas serem muitas vezes negligenciadas por quem sofre destas patologias. A COVID-19 foi um assunto que fez parte dos projetos por mim desenvolvidos pois devido à situação pandémica que estamos a atravessar há a necessidade de ter o conhecimento necessário para poder alertar as populações a terem comportamentos que promovam a saúde pública.

ÍNDICE

AGRADECIMENTOS	IV
RESUMO	V
ÍNDICE	VI
LISTA DE ABREVIATURAS	IX
ÍNDICE DE FIGURAS	XI
ÍNDICE DE TABELAS	XI
PARTE 1 – ATIVIDADES DESENVOLVIDAS DURANTE O ESTÁGIO	1
I – CARATERIZAÇÃO DA FARMÁCIA DO CAMPO	1
I.I - LOCALIZAÇÃO E HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO.....	1
I.II - RECURSOS HUMANOS	1
I.III - CARATERIZAÇÃO DAS INSTALAÇÕES.....	1
I.IV - EQUIPAMENTOS E SOFTWARE	2
I.V - FONTES DE INFORMAÇÃO.....	2
II – GESTÃO DA FARMÁCIA DO CAMPO	3
II.I - GESTÃO DE STOCK.....	3
II.II - GRUPO DE COMPRAS	3
II.III - SISTEMA INFORMÁTICO	4
II.IV - REALIZAÇÃO DE ENCOMENDAS	4
II.V - RECEÇÃO DE ENCOMENDAS E MARCAÇÃO DE PREÇOS.....	4
II.VI - ARMAZENAMENTO	5
II.VII - PRAZOS DE VALIDADE.....	6
II.VIII - GESTÃO E REGULARIZAÇÃO DE DEVOLUÇÕES	6
III – MEDICAMENTOS E PRODUTOS DE VENDA EM FARMÁCIA COMUNITÁRIA	7
III.I – MEDICAMENTOS SUJEITOS A RECEITA MÉDICA (MSRM)	7
III.I.I – Tipos de Prescrições Médicas	8
III.I.II – Dispensa de Medicamentos Psicotrópicos e Estupefacientes.....	9
III.I.III – Medicamentos Genéricos.....	10
III.I.IV – Regimes de Comparticipação.....	10
III.I.V – Processamento do Receituário e Faturação	11
III.II – MEDICAMENTOS NÃO SUJEITOS A RECEITA MÉDICA (MNSRM).....	11
III.III – SUPLEMENTOS ALIMENTARES.....	12
III.IV –DISPOSITIVOS MÉDICOS	12

III.V – MEDICAMENTOS DE USO VETERINÁRIO.....	13
III.VI – PRODUTOS COSMÉTICOS E DE HIGIENE CORPORAL (PCHC)	13
III.VII – PUERICULTURA	13
IV – OUTROS SERVIÇOS DE SAÚDE PRESTADOS PELA FARMÁCIA.....	14
IV.I – DETERMINAÇÃO DE PARÂMETROS BIOQUÍMICOS E BIOLÓGICOS	14
IV.II – CONSULTA DE NUTRIÇÃO.....	14
IV.III – CONTENTOR DA VALORMED.....	14
V – FORMAÇÕES E WEBINARES.....	15
PARTE 2 – PROJETOS DESENVOLVIDOS DURANTE O ESTÁGIO	16
I – DOENÇA VENOSA CRÔNICA (DVC).....	16
I.I – ENQUADRAMENTO	16
I.II – FISIOPATOLOGIA	16
I.III – FATORES DE RISCO	17
I.IV – APRESENTAÇÃO CLÍNICA	18
<i>I.IV.I – Sinais e Sintomas</i>	<i>18</i>
<i>I.IV.II – Classificação CEAP</i>	<i>18</i>
I.V – DIAGNÓSTICO	19
I.VI – TRATAMENTO	19
<i>I.VI.I – Medidas Não Farmacológicas</i>	<i>19</i>
<i>I.VI.II – Terapia de Compressão</i>	<i>19</i>
<i>I.VI.III – Medidas Farmacológicas.....</i>	<i>20</i>
I.VII – RESULTADOS.....	20
II – ALERGIAS	20
II.I – ENQUADRAMENTO	20
II.II – RINITE ALÉRGICA.....	21
II.III – FISIOPATOLOGIA	21
II.IV – SINAIS E SINTOMAS.....	22
II.V – DIAGNÓSTICO	22
II.VI – TRATAMENTO	22
<i>II.VI.I – Medidas Não Farmacológicas</i>	<i>22</i>
<i>II.VI.II – Terapêutica Medicamentosa.....</i>	<i>23</i>
II.VII – RESULTADOS.....	24
II.VIII – CONJUNTIVITE ALÉRGICA	24
II.VIII – FISIOPATOLOGIA	24
II.IX – SINAIS E SINTOMAS.....	25

II.X – DIAGNÓSTICO	25
II.XI – TRATAMENTO	25
II.XI.I – Medidas Não Farmacológicas	25
II.XI.I – Medidas Farmacológicas.....	25
RESULTADOS	26
COVID-19 – UMA “NOVA” REALIDADE.....	26
ENQUADRAMENTO.....	26
DA PROVÍNCIA DE WUHAN ATÉ PORTUGAL ^{[52][53]}	27
INTRODUÇÃO	27
SARS-CoV-2	28
<i>Mecanismo de Ação</i>	28
<i>Vias de Transmissão</i>	29
<i>Grupos de Risco</i>	30
COVID-19	30
<i>Apresentação Clínica e Tempo de Incubação</i>	30
<i>Ponto de Situação em Portugal</i>	31
<i>Tratamento e Medidas Preventivas</i>	31
<i>Distanciamento Social</i>	32
<i>Equipamentos de Proteção</i>	32
<i>Medidas de Higiene Pessoal</i>	32
<i>Medidas de Higiene Ambiental</i>	33
<i>Automonitorização de Sintomas</i>	33
MUDANÇAS NA FARMÁCIA DURANTE O ESTADO DE EMERGÊNCIA.....	33
CONCLUSÃO	34
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	36
ANEXOS.....	42

LISTA DE ABREVIATURAS

ACE2 – *Angiotensin Converting Enzyme 2* (Enzima Conversora da Angiotensina 2)

AINES – Anti-Inflamatórios Não Esteroides

CA – Conjuntivite Alérgica

CAT – Centro de Apoio a Toxicodependentes

CCF – Centro de Conferência de Faturas

DGS – Direção Geral de Saúde

DVC – Doença Venosa Crónica

FdC – Farmácia do Campo

FC – Frequência Cardíaca

FGP – Formulário Galénico Português

FFP – *Filtering Face Piece*

FP – Farmacopeia Portuguesa

HVC – Hipertensão Venosa Crónica

IgE – Imunoglobulina E

MERS – *Middle East Respiratory Syndrome* (Síndrome Respiratória do Médio Oriente)

MNSRM – Medicamento Não Sujeitos a Receita Médica

MNSRM-EF – Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica de dispensa Exclusiva em Farmácia

MSRM – Medicamentos Sujeitos a Receita Médica

MMP – Metaloproteinases da Matriz

OMS – Organização Mundial da Saúde

PA – Pressão Arterial

PVP – Preço de Venda ao Público

PCHC – Produtos Cosméticos e de Higiene Corporal

RA – Rinite Alérgica

RNA – *Ribonucleic Acid* (Ácido Ribonucléico)

RSP – Receitas Sem Papel

RCM – Resumo Características do Medicamento

SARS – *Severe Acute Respiratory Syndrome* (Síndrome Aguda Respiratória Grave)

SI – Sistema Informático

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SPACV – Sociedade Portuguesa de Angiologia e Cirurgia Vascular

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Gráfico de similaridade com base na sequência do genoma de comprimento total de 2019-nCoV. As sequências do genoma de comprimento total de SARS-CoV BJ01, morcego SARSr-CoV WIV1, coronavírus de morcego RaTG13 e ZC45 foram usadas como sequências de referência.

Figura 2: Expressão de ACE2 em todo o corpo

Figura 3: Evolução do R(t) em Portugal

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Fatores de Risco para o desenvolvimento de DVC

Tabela 2: Medidas para Eviscção dos Alergénios

Tabela 3: Tempo de Vida do Vírus em diferentes superfícies (*in vitro*)

PARTE 1 – ATIVIDADES DESENVOLVIDAS DURANTE O ESTÁGIO

I – Caracterização da Farmácia do Campo

I.I - Localização e Horário de Funcionamento

A Farmácia do Campo (FdC) localiza-se na Praça da República, nº 119, pertencente à freguesia de Cedofeita, concelho do Porto. Situa-se numa zona do Porto representativa da parte histórica da Cidade, estando cercada por outros estabelecimentos comerciais, assim como por uma numerosa quantidade de residências. Este enquadramento leva a que grande parte dos utentes da Farmácia sejam principalmente pessoas idosas e alguns turistas que visitam aquela área, permitindo principalmente uma maior proximidade e acompanhamento a doentes com patologias crónicas que se encontram fidelizados há vários anos. Nas proximidades da Farmácia podemos ainda encontrar o Centro de Apoio a Toxicodependentes (CAT) e o Hospital da Irmandade da Lapa, assim como outras Clínicas Privadas.

Pertencendo ao Grupo de Farmácias Holon, esta Farmácia preza por prestar um atendimento o mais personalizado possível tendo sempre o utente como o foco. Disponibiliza ainda diversos produtos da marca Holon, assim como serviços tais como o consultas de nutrição executadas por um profissional pertencente ao grupo.^[1] O Grupo Holon disponibiliza ainda uma plataforma online na qual permite uma formação continua dos profissionais, acesso a protocolos de aconselhamento e informação científica.

A Farmácia do Campo tem um horário de funcionamento entre as 9:00 e as 19:30 de segunda a sexta feira e aos sábados das 9:00 às 13:00. Quando a Associação Nacional de Farmácias assim o indica, a farmácia funciona durante as 24 horas.

I.II - Recursos Humanos

O regime jurídico em vigor estabelece que uma farmácia deve dispor de um quadro farmacêutico no qual deve existir um Diretor Técnico assim como, pelo menos, mais um farmacêutico, e um quadro não farmacêutico onde se inserem os técnicos e outros auxiliares.^[2]

Na FdC a equipa é constituída por duas farmacêuticas a Diretora Técnica (Dra. Inês Marques), duas farmacêuticas (Dra. Ana Sofia Cardoso e Dra. Vanessa), dois Técnicos Auxiliares de Farmácia (Paulo Sousa e Emanuel Caetano) e uma auxiliar (Bertila Oliveira).

I.III - Caracterização das Instalações

O acesso à Farmácia é feito sem qualquer obstrução, estando a farmácia ao nível da rua contando apenas com uma pequena rampa que ajuda no acesso a pessoas com mobilidade reduzida. No espaço exterior podemos ainda encontrar um letreiro onde está inscrito a palavra “Farmácia” e uma “cruz verde” luminosa característica de qualquer farmácia. Podemos ainda ver a presença de uma montra onde dá para visualizar um *mupi* que muda periodicamente consoante as campanhas e projetos que a farmácia vai executando. Há ainda uma placa com a identificação da

Farmácia e da Diretora Técnica, assim como informações sobre o horário de funcionamento, e quais as farmácias que estão de serviço em cada dia.^{[2][3]}

No espaço físico interior da farmácia podemos encontrar duas divisões distintas: uma zona destinada ao atendimento ao público e uma outra zona de *stock*, apenas para ser frequentada pelos funcionários, onde também se encontra um gabinete para consultas de nutrição e medição dos parâmetros bioquímicos como a glicémia e o colesterol. Na área de atendimento podemos encontrar um balcão grande, subdividido em três balcões de atendimento, equipados com material necessário à prática da atividade como computadores, impressoras e leitores óticos. Em volta de toda a zona de atendimento existem expositores de vidro onde podemos encontrar todo o tipo de produtos, desde Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica (MNSRM), produtos para higiene oral, suplementos alimentares, produtos de ortopedia e de dermocosmética. É ainda nesta zona que encontramos alguns dos Medicamentos Sujeitos a Receita Médica de marca, em prateleiras localizadas atrás dos funcionários protegidos do alcance do cliente. A zona de *back office* é também onde podemos encontrar os restantes medicamentos sujeitos a receita médica, e todos os medicamentos genéricos que se encontram dispostos por ordem alfabética de substância ativa. Os medicamentos que apresentam condições especiais de conservação ficam dentro de um frigorífico que assegura a manutenção dos medicamentos numa temperatura entre o 2 e os 8 graus centígrados. Os fármacos psicotrópicos são armazenados em locais específicos, separados dos restantes medicamentos.

Na zona de *back office* é ainda onde se realiza todo o trabalho administrativo, e onde ficam guardados todos os documentos, como faturas, notas de crédito e notas de devolução, que a cada mês são enviados para a contabilidade.

I.IV - Equipamentos e Software

Estão disponíveis na FdC vários equipamentos, como um aparelho que permite a quantificação do colesterol e dos triglicérideos, um para a medição da glicémia, um aparelho que permite monitorizar a Pressão Arterial (PA) e a Frequência Cardíaca (FC) e uma balança para uso dos utentes. Possui ainda equipamento que permite a monitorização da humidade e temperatura quer na zona de atendimento, quer na zona de *back office*, cujos valores são monitorizados duas vezes por dia. Dentro do frigorífico podemos ainda encontrar um termohigrómetro, que vai recolhendo dados da temperatura a que o frigorífico se mantém e que são transferidos para a base de dados do computador uma vez por semana, como forma de garantir que as temperaturas não variam fora do intervalo pretendido. A FdC conta ainda com todos os aparelhos necessários ao bom funcionamento de uma farmácia tais como telefones, fax, fotocopiadoras e computadores que apresentam o SIFARMA® como ferramenta de auxílio na gestão e na prática da atividade farmacêutica diária. Esta é ainda uma das poucas farmácias que integra um projeto piloto de utilização do novo SIFARMA® para realização e receção de encomendas.

I.V - Fontes de Informação

A atividade farmacêutica caracteriza-se por uma necessidade constante de nos mantermos atualizados. Para tal, é necessário a disponibilidade de informação sucinta e fidedigna, que tenha

uma atualização constante, para esclarecer qualquer questão ou dúvida que surja no dia a dia de forma a prestar o melhor atendimento ao utente.

Para consulta, a FdC apresenta diversos documentos obrigatórios tais como A Farmacopeia Portuguesa (FP) e o Formulário Galénico Português (FGP). Além destas, estão disponíveis para consulta fontes de informação tais como o INFOMED, base de dados atualizada pelo INFARMED, onde podemos consultar os folhetos informativos e o Resumo de Características do Medicamento (RCM), o próprio sistema informático do SIFARMA que possui diversas informações científicas sobre cada medicamento e protocolos de aconselhamento do Grupo Holon.^[3]

II – Gestão da Farmácia do Campo

II.I - Gestão de *Stock*

Numa atualidade onde cada vez mais se procura a sustentabilidade diminuindo os problemas do desperdício, as farmácias tiveram a necessidade de se adaptarem para conseguir satisfazer todas as necessidades dos seus utentes sem ter de fazer encomendas em grandes volumes, diminuindo a possibilidade de terem produtos parados, e portanto o seu desperdício. Daí, a gestão de *stock* englobar diversas atividades como a realização de encomendas, a receção, o armazenamento e a dispensação do produto que devem ser levadas a cabo de forma séria, para que não apareçam erros de *stock*. Na gestão de *stock*, é ainda importante ter em conta diversos fatores tais como o perfil dos utentes, a sazonalidade dos produtos e as campanhas publicitárias para que acompanhem as suas necessidades.

A existência de uma Sistema Informático (SI) como o SIFARMA® capaz de fornecer informações sobre os *stocks*, permite fazer regularmente uma verificação através de uma contagem física das quantidades que podem variar devido a erros de receção, venda ou de casos em que houve produtos furtados, procedendo-se posteriormente ao seu acerto. Este SI tem ainda a capacidade de auxiliar na criação de um *stock* mínimo e máximo, que permite que quando é atingido o valor do *stock* mínimo seja gerada automaticamente uma encomenda.

II.II - Grupo de Compras

Devido às dificuldades económicas que se fizeram sentir, nos tempos recentes várias farmácias procuraram fazer parte de grupos de compras onde beneficiam de melhores condições comerciais do que as individuais. A FdC é uma destas Farmácias que pertence ao Grupo Holon e no qual beneficia de descontos em todos os produtos presentes no seu portefólio, à unidade. O Grupo Holon conta com uma estrutura central que procura negociar os preços dos produtos com os laboratórios, passando posteriormente a mercadoria para os seus dois armazenistas, a OCP® e a Udifar®, que se encarregam de executar a distribuição pelas farmácias pertencentes ao Grupo. Em casos de produtos esgotados nestes dois armazenistas, a FdC recorre a outros onde poderá não usufruir de desconto na sua compra como a Empifarma®, a Alliance HealthCare®. A Maciel &

Ferreira® é um fornecedor direto que a farmácia recorre para obter produtos que não se encontram disponíveis nos armazenistas.

A possibilidade da realização de encomendas várias vezes ao dia e os descontos feitos por unidade permitem uma maior satisfação das necessidades dos utentes e do controlo de *stock*.

II.III - Sistema Informático

Na gestão de *stock* da FdC é utilizado o SIFARMA® desenvolvido pela Glintt® que permite a receção de encomendas, a gestão de devoluções, controlo de prazos de validade, realização e visualização de reservas e muito outras utilidades. No entanto, o novo SIFARMA® como ainda está numa fase inicial, sendo um projeto piloto em algumas farmácias, por vezes apresenta alguns erros que não aconteciam no formato anterior.

Apesar do novo SI se apresentar com uma nova imagem e de uma forma mais intuitiva, ainda há algumas atividades que tem de ser obrigatoriamente realizadas no sistema antigo como por exemplo, a realização de devoluções de produtos.

II.IV - Realização de Encomendas

A elaboração das encomendas diárias na FdC é realizada três vezes por dia: uma ao fim da manhã, uma a meio da tarde e outra ao fim da tarde. Quando os *stocks* atingem o *stock* mínimo, o SI gera automaticamente uma encomenda que contém uma lista dos produtos em *stock* mínimo e os produtos em reserva que terá de ser depois verificada pelo funcionário responsável pela encomenda. Na FdC estas encomendas são preferencialmente sempre feitas para a OCP®, e pontualmente são feitas para a Udifar®. Quando algum produto se encontra esgotado nestes armazenistas, são realizadas encomendas a outros armazenistas como a Empifarma® e a Alliance Healthcare®.

Quando se trata da encomenda de produtos que não fazem parte do *stock* constante da farmácia, na FdC recorre-se às encomendas instantâneas que podem ser executadas a partir do SIFARMA® ou outras plataformas online. Podem ainda ser realizados pedidos de encomendas por via telefónica, não ficando registadas no SI, precisando do envio de uma fatura própria dos produtos, ou por vezes vir associada a uma encomenda diária, permitindo fazer a sua receção no SIFARMA®.

Uma outra forma de efetuar encomendas em grandes volumes pode ainda ser feito diretamente aos delegados de informação médica que periodicamente comparecem na farmácia.

Durante a realização do meu estágio na FdC, tive a possibilidade de realizar várias encomendas instantâneas e observar a realização das encomendas diárias.

II.V - Receção de Encomendas e Marcação de Preços

Na FdC são realizadas encomendas diárias principalmente a um armazenista, a OCP®. As encomendas vêm dentro de contentores que podem ser térmicos ou não, de diferentes formas e cores que permitem facilmente identificar qual o armazenista, e onde vêm indicados o nome e a morada da farmácia. Numa mesma encomenda podem vir várias faturas, correspondendo a encomendas diárias e/ou a encomendas instantâneas.

Depois de abertos os contentores, no SIFARMA® abrimos a aba das encomendas e verificamos se o número de encomenda da fatura corresponde a algum número de encomenda presente no registo do SI. Caso esteja mais do que um número de encomenda, e tendo vindo todas do mesmo fornecedor podemos agrupar as várias encomendas e fazer a sua receção. Para a receção, temos de fazer a leitura do código da fatura e fazer a indicação do valor recebido, e do número de unidades, permitindo posteriormente verificar se os números correspondem.

Enquanto se inserem os produtos através da leitura ótica do código de barras, é importante verificar se os produtos se encontram em bom estado, a data de validade e o preço de faturação nos casos em que os preços são indicados na cartonagem. Os preços dos produtos com preço na cartonagem devem corresponder ao Preço de Venda ao Público (PVP) do SI. Caso se verifique que os valores são diferentes podem surgir duas situações: no caso de não haver mais nenhum produto em stock, podemos realizar logo a atualização do preço. Mas, no caso de ainda haver stock, o produto que apresenta um preço novo tem de ser assinalado, para que sejam vendidos primeiro todos os produtos que ainda apresentem o valor antigo. No fim de feita a leitura ótica de todos os produtos, verifica-se se o valor total da fatura e o número de embalagens coincide com os dados inseridos inicialmente. Confirmada a correspondência é então necessário definir quais os preços dos produtos de venda livre e para isso a farmácia tem diversas margens comerciais definidas a aplicar em cada produto tendo em conta se é um produto com ou sem desconto, se é parceiro ou não e se apresenta um IVA de 6 ou 23%.

Antes de serem armazenados é preciso ainda marcar o preço dos produtos de venda livre pois não tem preço marcado na cartonagem. No entanto, o novo SIFARMA® não é compatível com a impressora de etiquetas e como tal, tem de ser executado no SIFARMA® antigo.

Esta foi a primeira tarefa que tive oportunidade de fazer no meu estágio, que com o tempo realizei de forma autónoma. A definição das margens foi-me explicada, mas esta atividade era sempre verificada pelo farmacêutico responsável ou pelo DT. Esta tarefa para além de ser de extrema importância para manter um stock correto, auxilia na perceção das embalagens e das substâncias ativas. Permite também consultar a informação científica para melhor aprendizagem do uso do medicamento.

II.VI - Armazenamento

O armazenamento é a etapa seguinte no processo de receção de uma encomenda. Os produtos que necessitam de ser conservados entre 2 a 8°C são logo arrumados no frigorífico mal saíam dos contentores térmicos.^[3]

No que diz respeito aos restantes produtos, cada um tem o seu local próprio. Cada produto é armazenado tendo em conta uma ordem alfabética, como anteriormente referido noutro ponto, a posologia, o número de unidades, a forma farmacêutica e o prazo de validade. Os produtos são armazenados sempre de forma a que o produto com o prazo de validade seja o que esteja logo acessível para ser vendido, evitando assim que se façam devoluções, que nem sempre são aceites. É ainda dever da farmácia manter os medicamentos armazenados em locais de humidade e temperatura controlada, de forma a que não ocorram processos de degradação.

O armazenamento dos medicamentos foi outras das primeiras tarefas que desenvolvi ao longo do meu estágio pois devido à elevada diversidade de produtos que a farmácia contém, nem sempre é possível arrumar todos. O armazenamento dos produtos é uma tarefa que deve ser realizada com algum rigor, pois a realização deste processo tem implicações na facilidade e rapidez da realização de qualquer atendimento.

II.VII - Prazos de Validade

Os prazos de validade são indicados pelos fabricantes para que seja possível garantir que o produto mantém as suas propriedades físico-químicas e biofarmacêuticas descritas no seu RCM. Desta forma, na FdC verifica-se diariamente o prazo de validade aquando da receção das encomendas enquanto se faz a leitura ótica do produto. Neste caso, o prazo de validade só é alterado se não existir *stock*.

O controlo também é feito mensalmente na FdC através da emissão de uma “Lista de Controlo de Prazos de Validade” que apresenta os produtos que estão em final de prazo dentro de um tempo definido pela pessoa responsável. Esta lista permite que se comparem os prazos de validade indicados no SI com os indicados nas cartonagens dos produtos, além de permitir fazer uma verificação de *stock* físico desses mesmos produtos. No caso das datas de validade diferirem do que é apresentado na lista, aponta-se a data correta e posteriormente faz-se a alteração no SIFARMA®.

No caso de um produto estar com um curto prazo de validade, na FdC, estes produtos são recolhidos para serem vendidos com desconto e colocados mais visivelmente ao olhar do utente para tentar escoar o produto. As devoluções são feitas quando os prazos de validade estão mesmo perto de terminar.

Todos os medicamentos devem ser devolvidos ao armazenista até 2 meses antes do fim do prazo de validade. Produtos de Veterinária ou tiras para os diabéticos são casos excecionais em que a data de validade é registada no SI 3 meses antes da data indicada nas cartonagens, pois tem de ser devolvidos 5 meses antes do final do prazo de validade.

Durante o tempo em que estagiei na FdC tive a oportunidade de fazer o controlo dos Prazos de Validade diariamente na receção de encomendas quer mensalmente através da “Lista de Controlo de Prazos de Validade”.

II.VIII - Gestão e Regularização de Devoluções

Há vários motivos pelos quais pode ser necessário fazer uma devolução:

- Produtos pedidos por engano;
- Prazo de validade ultrapassado;
- Produtos que foram reservados pelos utentes, mas que não foram levantados;
- Produtos danificados;
- Produtos que apresentam um preço de faturação diferente do impresso na cartonagem;

- Produtos não faturados;
- Produtos retirados do mercado pelo INFARMED ou pelo detentor do AIM.

As devoluções são executadas através do SIFARMA®, onde é emitida uma nota de devolução em triplicado, onde estão indicados os dados de identificação da farmácia, o nome e quantidade do produto a devolver, o motivo da devolução, e a identificação da fatura. O triplicado deve ser depois devidamente assinado e carimbado por quem realiza a devolução.

Quando o estafeta faz o levantamento do produto para devolução deve levar consigo o original e o duplicado, ficando a farmácia com o triplicado que deve estar assinado e datado pelo estafeta e arquivado até regularização da devolução.

A regularização da devolução só fica completa quando o fornecedor aceita a devolução através da emissão de uma nota de crédito ou pela troca por outro produto. Caso não seja aceite o produto, o produto volta para a farmácia com uma guia de remessa que indica o motivo pelo qual foi recusado, e se este reunir condições volta a ser armazenado, caso as condições não o permitam, o produto será para dar quebra ficando a farmácia com o prejuízo.

Ao longo do meu estágio realizei diversas notas de devolução devido ao facto dos medicamentos terem acabado a sua validade, erros de faturação ou mais frequentemente, serem produtos que são encomendados para um utente em específico, mas que depois desiste da compra do produto. A regularização de devoluções também foi uma tarefa que fiz autonomamente.

III – Medicamentos e Produtos de Venda em Farmácia Comunitária

Sendo atualmente as Farmácias os locais prioritários onde os utentes procuram aconselhamento para tratar os seus problemas de saúde, é essencial que todas as farmácias apresentem um vasto conjunto de produtos capazes de satisfazer as necessidades dos seus utentes. É fundamental que as Farmácias tenham a capacidade de promover um uso sustentável e racional dos medicamentos e garantir que é prestada toda a informação necessária ao utente, de forma a que este o adquira sempre com a confiança de que aquando o consumi, este seja feito em segurança.

Devido às novas atualizações e com o insurgir das Receitas Sem Papel (RSP), o farmacêutico passou a ser o principal profissional de saúde que está em contacto com o utente, sendo cada vez mais responsável por realizar o acompanhamento e seguimento farmacêutico permitindo evitar os Resultados Negativos associados ao Medicamento.^[4]

III.I – Medicamentos Sujeitos a Receita Médica (MSRM)

O DL nº 176/2006 de 30 de agosto, é o documento que estabelece as normas sobre as quais se regem os medicamentos de uso humano, sendo também denominado de Estatuto do Medicamento.^[5] Segundo este diploma, são considerados MSRM todos os produtos que obedeçam às seguintes condições:

- *“Possam constituir um risco para a saúde do doente, directa ou indirectamente, mesmo quando usados para o fim a que se destinam, caso sejam utilizados sem vigilância médica;*
- *b) Possam constituir um risco, directo ou indirecto, para a saúde, quando sejam utilizados com frequência em quantidades consideráveis para fins diferentes daquele a que se destinam;*
- *c) Conttenham substâncias, ou preparações à base dessas substâncias, cuja actividade ou reacções adversas seja indispensável aprofundar;*
- *d) Destinem-se a ser administrados por via parentérica.”^[6]*

III.1.1 – Tipos de Prescrições Médicas

Para que o utente possa realizar o levantamento dos seus MSRM, é necessário que ele se dirija a uma Farmácia acompanhado por uma Receita Médica. Esta receita terá de ser prescrita obrigatoriamente por um médico, podendo este ser um médico dentista ou mesmo um odontologista.

Consequência da constante evolução tecnológica, as receitas manuais aparecem cada vez com menos frequência, podendo estas apenas ser utilizadas recorrendo a quatro exceções: por falência informática, inadaptação do prescriptor, prescrição no domicílio ou prescriptor que prescreva até 40 receitas por mês. Estas receitas necessitam de cuidados redobrados aquando da verificação dos requisitos necessários para que esta seja válida. A receita deve apresentar o logo das celebrações dos 40 anos de existência do Serviço Nacional de Saúde (SNS), apresentar o número da receita, o local onde foi prescrita, vinheta e assinatura do médico prescriptor, a exceção dentro das quatro atrás mencionadas e a validade (30 dias após a data indicada). Em cada receita não podem ser prescritos mais de quatro medicamentos distintos, sendo que no máximo só se pode prescrever duas embalagens de um determinado medicamento, excetuando os que se apresentam em embalagens de doses unitárias.^[6]^[7]

As receitas eletrónicas podem apresentar-se de duas formas: Receita Sem Papel ou Receita Eletrónica Materializada. No primeiro caso, o utente recebe uma mensagem no seu telemóvel enviada pelo Ministério da Saúde onde está presente o número da receita, o código da dispensa e o código de opção e não necessita da apresentação de qualquer documento em formato físico. No segundo caso, trata-se de uma receita que foi impressa logo no ato da prescrição e contém as mesmas informações que as Receitas Sem Papel. Na maioria destas receitas, o medicamento vem identificado pelo seu DCI, em alguns casos apresenta até mesmo o nome comercial, dosagem, tamanho da embalagem, forma farmacêutica e com indicação da posologia pretendida pelo seu prescriptor. A prescrição é feita pelo nome comercial do medicamento, ou quando não existe medicamento genérico ou de outra marca com a mesma substância ativa, ou quando o médico ativa uma das 3 exceções: janela terapêutica muito estreita, reação adversa prévia e continuidade de tratamento superior a 28 dias.^[6]^[7]

Durante o meu estágio, foi possível dispensar todos os tipos de receitas. As receitas manuais, pelo facto de muitas vezes não ser completamente perceptível o que está escrito na

receita, pode levar a que aconteçam mais erros. No entanto, o facto de ser cada vez mais frequente o uso de receitas apenas eletrónicas permite uma diminuição dos erros possíveis associados à dispensa, pois tem de haver sempre uma verificação dupla dos códigos. Para muitas pessoas as receitas eletrónicas apresentam desvantagens por não conseguirem controlar as quantidades de medicamentos que contém na receita.

III.I.II – Dispensa de Medicamentos Psicotrópicos e Estupefacientes

A dispensa de Medicamentos Psicotrópicos e Estupefacientes só pode ser realizada através da apresentação obrigatória da receita médica, e da apresentação de um documento de identificação da pessoa que o irá tomar, ou do adquirente que por falta de capacidade do utente, não consegue ir à farmácia para o obter. Estes medicamentos, apesar das suas propriedades benéficas requerem um apertado controlo pela capacidade, de quando consumidos de forma errónea poderem provocar habituação ou até dependência química ou psíquica.^[8]

Os requisitos de envio obrigatório ao INFARMED no que se trata de Estupefaciente e Psicotrópicos divide-se:

- **Tabelas I, II-B e II-C:**
 - **Cópia de Receitas Manuais: mensalmente**, até ao dia 8 do mês seguinte
 - **Registo de Saídas: mensalmente**, até ao dia 8 do mês seguinte
 - **Mapa de Balanço: anualmente**, até 31 de janeiro do ano seguinte
- **Tabelas III e IV (incluído as benzodiazepinas):**
 - **Mapa de Balanço: anualmente**, até 31 de janeiro do ano seguinte

No ato da dispensa destes medicamentos, é necessário ficar com o registo do número e data de validade de um dos documentos possíveis de serem apresentados (cartão de cidadão, carta de condução, passaporte no caso de ser pessoas que vivem fora do país), assim como a sua idade, nome e morada. Aquando do fim do atendimento, o sistema manda imprimir um documento de registo de saída de psicotrópicos contemplando todos esses dados e que é guardado pela farmácia durante 5 anos.

O controlo destas substâncias é também mais apertado no que se trata da realização de encomendas e do seu armazenamento. Quando uma encomenda contendo psicotrópicos chega à Farmácia, faz-se acompanhar de um documento de requisição que deve ser posteriormente assinado, datado e carimbado para ser novamente reenviado uma cópia para o armazenista. O original fica armazenado na farmácia. Também o *stock* da farmácia é semanalmente revisto devido à importância destas substâncias.

Pelo facto de ser uma farmácia que se encontra na proximidade do CAT, a dispensa deste tipo de medicamentos foi uma prática habitual ao longo do estágio.

III.I.III – Medicamentos Genéricos

Os medicamentos genéricos apresentam na sua embalagem secundária uma sigla “MG” que permite a sua identificação. Este é definido pelo DL nº 176/2006, de 30 de agosto, como “*um medicamento com a mesma composição qualitativa e quantitativa em substâncias ativas, a mesma forma farmacêutica e cuja bioequivalência com o medicamento de referência haja sido demonstrada por estudos biodisponibilidade apropriados*”.^[5]

O valor da comparticipação de medicamentos genéricos é calculado através do valor médio dos cinco preços mais baixos de medicamentos dentro do grupo homogéneo, sendo a revisão de preços efetuada a cada três meses.^{[9][10]}

A farmácia deverá conter no seu *stock* um mínimo de três medicamentos com a mesma substância ativa, dose e forma farmacêutica de entre os cinco que apresentam os valores mais baixos.^[5]

Apesar de apresentarem vantagens económicas para quem os compra por serem mais baratos, ainda se verifica muitas vezes uma desconfiança por parte dos utentes no que toca à alteração de um medicamento de marca por um genérico, optando, muitas vezes depois de serem informados da existência de um medicamento genérico e do seu preço, por levarem o medicamento de marca.

III.I.IV – Regimes de Comparticipação

De forma a que qualquer cidadão possa ter acesso aos seus medicamentos de igual forma, foi criado o Regime de Comparticipações que é regulado pelo Estado. Dentro deste Regime de Comparticipações podemos encontrar o regime Geral e o regime Especial.

Regime Geral:

- O estado paga uma determinada percentagem do preço do medicamento, consoante o escalão em que o utente se encontra inserido. Cada escalão está dividido consoante a indicação de terapêutica dos medicamentos e com as necessidades acrescidas de utentes com certos tipos de doenças.^[11]
 - **Escalão A** – participado em **90%**
 - **Escalão B** – participado em **69%**
 - **Escalão C** – participado em **37%**
 - **Escalão D** – participado em **15%**

Regime Especial

- Neste regime, estão previstos dois tipos de comparticipações: em função dos beneficiários e das patologias ou grupos especiais de utentes. ^[11]
 - **Escalão A** – acréscimo de **5%**, significando numa comparticipação de **95%**
 - **Escalão B** – acréscimo de **15%**, significando numa comparticipação de **84%**

- **Escalão C** – acréscimo de **15%**, significando numa participação de **52%**
- **Escalão D** – acréscimo de **15%**, significando numa participação de **30%**

Utentes que apresentem patologias como o Alzheimer, Lúpus, Hemofilia ou Paramiloidose podem apresentar também um regime especial de participações perante o estabelecimento de acordos e apresentação de portarias. As tiras de teste, lancetas, agulhas e seringas apresentam regimes especiais de participação para pessoas diabéticas.^{[11][12]}

III.I.V – Processamento do Receituário e Faturação

O receituário de um determinado mês deve ser conferido e revisto até ao dia 5 do mês seguinte, de forma a certificar que respeita todas as características necessárias para serem enviadas para o Centro de Conferência de Faturas (CCF) e para que cada farmácia receba a sua parte das participações. Este processo é feito duplamente, uma primeira vez aquando da dispensa dos medicamentos e uma posterior efetuada por outra pessoa de forma a garantir que não existe mesmo nenhum erro. Depois de verificadas, elas têm de ser assinadas, datadas e carimbadas e separadas conforme o organismo responsável pela participação.

A faturação das receitas é realizada no fim de cada mês. Este processo envolve a impressão através do SIFARMA® do verbete de identificação de cada lote, a Relação de Resumos de Lote e a Fatura Final Mensal que serão enviados juntamente com o respetivo lote de receitas, ficando sempre a farmácia com uma cópia.

No caso das receitas participadas pelo SNS, estas são encaminhadas para o CCF que fará também ele uma verificação do receituário e posteriormente proceder ao reembolso das participações.^[13] No caso de participações realizadas por outros organismos, o lote das receitas juntamente com toda a outra documentação é enviado para a Associação Nacional de Farmácias que funciona como órgão intermediário na distribuição para cada organismo respetivo, permitindo um pagamento das participações antecipado à farmácia.

III.II – Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica (MNSRM)

Os MNSRM são definidos segundo o Estatuto do Medicamento como “*os medicamentos que não preencham qualquer das condições*” apresentadas anteriormente no ponto relativo aos MSRM.^[5] Em geral estes medicamentos não são participados, excetuando algumas situações previstas pela lei. Dentro desta classe de medicamentos podemos ainda encontrar os Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica de dispensa Exclusiva em Farmácia (MNSRM-EF) que não podem ser encontrados numa superfície comercial.^[5]

Devido ao facilitismo de não ser necessário apresentar uma receita médica, muitos utentes procuram fazer a sua automedicação através do consumo destes medicamentos. No entanto, sendo substâncias xenobióticas com efeitos terapêuticos, quando utilizados de forma exacerbada ou de forma incorreta, acarretam os seus riscos e efeitos adversos. É principalmente

nesta fase que o Farmacêutico deve assumir o seu papel de conselheiro e conhecedor do medicamento para permitir que cada utente adquira o medicamento que verdadeiramente precisa.

No aconselhamento ao utente, o farmacêutico deve realizar as perguntas necessárias que melhor permitam definir a patologia do doente de forma a encontrar uma terapia eficaz. Dependendo da avaliação, o aconselhamento poderá passar por indicar medidas não farmacológicas, medidas farmacológicas, ou quando vê que a intervenção farmacológica não trará benefícios, encaminhar o utente a visitar um médico. Da mesma forma é necessário esclarecer qualquer dúvida do utente, e garantir que o produto aconselhado não levará ao surgimento de reações adversas ou interações medicamentosas desagradáveis.

Na FdC, durante uma fase mais inicial do meu atendimento, os aconselhamentos passavam muito por situações diferenciadas de tosse, gripe e garganta irritada onde havia uma maior saída de Fluimucil®, Bisolvon®, Bronchodual®, Griponal®, Antigrippine®, IlvicoN® e Strepfen®, Mebocaina®. Numa fase mais tardia do estágio, coincidindo com o início da Primavera, houve uma maior procura por anti-histamínicos e descongestionantes nasais dos quais o Cetix®, Telfast®, Rinocalm®, diferentes tipos de Vibrocil® e águas do mar foram vendidas.

De forma mais constante ao longo do tempo, foi possível notar a venda de muitos produtos anti-inflamatórios como são exemplo o ReumonGel® e o Voltaren®.

III.III – Suplementos Alimentares

Estes produtos apesar de definidos como “*géneros alimentícios*” são ótimas fontes de vitaminas e minerais, essenciais para tornar completa a nossa dieta diária. Podem apresentar-se de diferentes formas, como comprimidos, cápsulas ou saquetas, entre outras, desempenhando em grande parte efeitos similares. Podem ser encontrados nas farmácias suplementos vitamínicos, suplementos de extratos botânicos ou plantas assim como suplementos ricos em ácidos gordos essenciais (Omega 3), fibras e probióticos, aminoácidos e enzimas.^[14]

No que diz respeito à FdC, os suplementos que mais vezes eram pedidos por parte dos utentes eram os que ajudam a reduzir o cansaço físico (MagnésioOK®, HolonPlus Magnésio®), pernas cansadas (Flabien®), memória e concentração (CerebrumForte®) e multivitamínicos (Centrum® e Pharmaton®). Durante o tempo em que as pessoas estiveram em confinamento em suas casas, verificou-se que quando excecionalmente se dirigiam à Farmácia, os utentes procuravam principalmente realizar suplementações de Vitamina C e D.

III.IV – Dispositivos Médicos

“Os dispositivos médicos são destinados, pelo seu fabricante, a serem utilizados para fins comuns aos dos medicamentos, tais como prevenir, diagnosticar ou tratar uma doença humana.” No entanto, estes devem atingir estes fins sem utilizar mecanismos de ação farmacológica.^{[15][16]}

Existe uma elevada gama destes produtos que podem ser dispensados em Farmácias, sendo que na FdC, os produtos que principalmente mais eram requisitados eram tiras e lancetas para a medição dos níveis de açúcar no sangue. Além destes, a Farmácia dispunha de vários tipos de compressas, meias e pulsos elásticos, termómetros, seringas, testes de gravidez, tampões para os ouvidos e preservativos. Na venda destes produtos, é sempre importante

perguntar ao utente se sabe como se faz a utilização do dispositivo médico, e caso não saiba explicar de forma sucinta e clara.

III.V – Medicamentos de Uso Veterinário

À semelhança dos seres humanos, também os seus animais de estimação por vezes podem sofrer de certas condições onde seja necessário o recurso a substâncias farmacológicas. Desta necessidade surgiu a possibilidade de obter alguns desses medicamentos nas Farmácias. Apesar de serem adquiridos com fins farmacológicos, é necessário que o farmacêutico consiga esclarecer qualquer dúvida que se levante por parte do utente na utilização destes medicamentos, de forma a evitar reações adversas ou interações.^{[17][18]}

Os produtos que mais vezes eram dispensados passavam principalmente por anticoncepcionais (Megecat® e Pilusoft®) e desparasitantes quer internos quer externos (Paravet®, Frontline® e Advantix®).

Como se trata de uma área muito pouco abordada ao longo do percurso académico, nos casos de aconselhamento tentava sempre aconselhar-me com algum outro farmacêutico, sendo por vezes mesmo necessário consultar o folheto informativo do medicamento para esclarecer as dúvidas.

III.VI – Produtos Cosméticos e de Higiene Corporal (PCHC)

Com o facto das pessoas cada vez viverem durante mais anos, estas procuram manter um aspeto jovem e cuidado e, portanto, a procura por PCHC torna-se atualmente uma prática cada vez mais comum. Como existem várias marcas e diferentes produtos para cada tipo de pele, é muito frequente os utentes dirigirem-se à Farmácia de maneira a obter um aconselhamento adequado, que permita a compra do produto certo para a pele certa.

Na FdC, devido à maioritória frequência de pessoas idosas, a gama de produtos cosméticos não é tão explorada, pois não costuma sair com uma frequência tão grande. No entanto a FdC oferece produtos das marcas Holon®, Uriage®, Vichy®, Avène®, La Roche-Posay®, Klorane® e Ducray®. Os produtos de Higiene Corporal é que vão tendo uma maior procura como são exemplo os colutórios (Eludril®), pastas de dentes (Paradontax® e Elgydium®), escovas de dentes e produtos para a fixação de próteses (Corega® e Kukident®).

Nesta área é necessário manter uma atualização constante devido às mudanças que os mesmo vão sofrendo ao longo do tempo. É fulcral frequentar as formações oferecidas por estas marcas de forma a proporcionar um atendimento mais objetivo e personalizado ao utente.

Durante o tempo de estágio na FdC pude perceber que ia tendo algumas dificuldades em perceber por vezes qual o melhor produto a aconselhar devido à inexperiência que detinha sobre esta área.

III.VII – Puericultura

A puericultura é a disciplina responsável por garantir o desenvolvimento saudável das crianças. Sendo que um dos aspetos mais importantes desta disciplina é a amamentação, a FdC tem uma elevada oferta de biberões, chupetas, tetinas e papas. Como já ferido anteriormente, pelo

facto de esta Farmácia apresentar um público principalmente idoso, estes produtos apenas são procurados esporadicamente.

IV – Outros Serviços de Saúde Prestados pela Farmácia

IV.I – Determinação de Parâmetros Bioquímicos e Biológicos

O quotidiano das Farmácias passa mais do que pela simples dispensa ou aconselhamento sobre a venda de medicamentos ou produtos farmacêuticos. Na FdC, são realizadas medições de parâmetros como a pressão arterial, glicémia capilar e colesterol total. Muitos utentes vão diariamente ou semanalmente à farmácia levantar a sua medicação e aproveitam para fazer a medição destes parâmetros. A possibilidade de realizar estas medições na Farmácia leva a que os utentes não sobrecarreguem outros serviços de saúde.

A realização da medição destes parâmetros foi um dos primeiros contactos que tive com os utentes e que realizei durante todo o tempo de estágio até ao tempo de quarentena. É uma boa ocasião para promover junto destes utentes conselhos como manter uma dieta saudável e promover a realização de alguma atividade física, assim como promover uma melhor adesão à terapêutica.

IV.II – Consulta de Nutrição

De modo a obter uma maior fidelização e um atendimento mais personalizado, a FdC, proporciona aos seus utentes a possibilidade da realização de consultas de nutrição por um profissional disponibilizado pelo grupo Holon. Durante o tempo que estagiei, pude perceber que as principais razões pelas quais os utentes procuravam este serviço era por quererem atingir um certo nível de peso, dificuldades em manter uma dieta equilibrada e alguns casos de utentes com doença oncológica em que uma boa nutrição traduz-se em melhor capacidade de recuperação e de manutenção de uma certa qualidade de vida.

IV.III – Contentor da VALORMED

A VALORMED é uma sociedade que se preocupa muito com o que os resíduos dos medicamentos podem acarretar quer a nível ambiental quer económico. Posto isto, eles procuram que as Farmácias sensibilizem os seus utentes a trazer os medicamentos fora de prazo ou que já não precisem mais para depositar no contentor da VALORMED. Posteriormente a VALORMED recolhe estes contentores através dos armazenistas e procede ao tratamento destes resíduos através da reciclagem ou inceneração.^[19]

Durante o meu estágio, pude observar que vários utentes tinham por hábito, dirigir-se à Farmácia com caixas de medicamentos para entregar com o intuito de serem colocadas nos contentores da VALORMED.

V – Formações e Webinares

O farmacêutico deve sempre ter o cuidado de ter uma aprendizagem contínua pois é uma área que sofre constantemente atualizações. O facto de o farmacêutico aumentar os seus conhecimentos, permite-lhe obter uma maior agilidade no processo de aconselhamento, assim como ter um atendimento mais personalizado com cada utente.

Durante o estágio realizado na FdC, inicialmente comecei por fazer formações presenciais, mas com o período de quarentena essas formações foram canceladas e algumas passaram para a plataforma online. Durante o período de estágio participei:

- > 19 de fevereiro de 2020: Formação *Masterclasse Avène®*
- > 19 de maio de 2020: A Importância da Farmácia na Gestão Nutricional do Idoso
- > 8 de junho de 2020: Cuidar o Utente em Tempos de Crise
- > 17 de junho de 2020: Como Reconquistar os Nossos Utentes e Trazê-los para a Farmácia
- > 25 de junho 2020: Novos Desafios para o Aconselhamento de Protetores Solares

PARTE 2 – PROJETOS DESENVOLVIDOS DURANTE O ESTÁGIO

I – Doença Venosa Crónica (DVC)

I.I – Enquadramento

A Doença Venosa Crónica é uma patologia que quando não tratada atempadamente vai evoluindo ao longo dos anos gerando diversas complicações que diminuem a qualidade de vida da pessoa afetada.^[20] É uma doença que afeta grande parte da população adulta mundial, cerca de 60%, sendo os países desenvolvidos os que mais são afetados.^[21] Nos países desenvolvidos, a DVC representa 2% dos gastos em saúde com previsões de aumento, uma vez que os países em questão apresentam populações cada vez mais idosas.^[22]

Em Portugal, dados da Sociedade Portuguesa de Angiologia e Cirurgia Vasculiar (SPACV) indicam que um terço da população nacional sofre de DVC com maior incidência nas mulheres acima dos 30 anos (2 milhões), mas afetando também os homens.^[20]

Durante o tempo de estágio, com a chegada da Primavera e do Verão, veio também o calor que é um dos fatores responsáveis por um aumento dos sintomas da DVC. Muitos utentes, dirigiam-se à farmácia procurando um aconselhamento sobre qual a melhor terapêutica, tendo em conta a sua sintomatologia. Como é uma patologia que possui uma metodologia de classificação específica e pela necessidade de obter conhecimento sobre qual a melhor opção terapêutica a instituir em cada caso, elaborei um protocolo de aconselhamento como o objetivo de auxiliar na indicação farmacêutica.

I.II – Fisiopatologia

O nosso sistema circulatório é responsável por realizar duas funções muito importantes para conseguirmos manter a homeostasia do nosso corpo. É responsável por levar todos os nutrientes necessários ao funcionamento dos nossos diversos tecidos e órgãos, mas também por remover todas as substâncias que para eles são tóxicas.^[20]

A circulação venosa é a parte do sistema circulatório responsável por transportar as impurezas que os tecidos e órgãos produzem. Para que este retorno aconteça são necessárias estruturas anatómicas capazes de ajudar o sangue a contrariar a gravidade como a planta do pé, os músculos das pernas e as válvulas venosas. A DVC surge quando as veias responsáveis por levar o sangue dos membros inferiores para o coração sofrem alguma alteração que não permita o fluxo normal de sangue acumulando-se nas pernas.^[20]

Apesar de ainda não ser completamente conhecido o mecanismo responsável pela DVC, considera-se que a Hipertensão Venosa Crónica (HVC) e a Inflamação Venosa Crónica são as causas predominantes para o mau funcionamento do sistema vascular por criação de ciclo vicioso responsável pela perda de capacidade de funcionamento das válvulas venosas e por um aumento do retorno venoso.^{[21][23]}

Quando a permanente pressão sanguínea elevada é detetada pelas células endoteliais das paredes dos vasos sanguíneos há a ativação das Metaloproteinases da Matriz (MMP)

responsáveis pela degradação da matriz extracelular e relaxamento das células do músculo liso, com consequente dilatação da parede venosa. A ativação descontrolada das células do músculo liso resulta numa infiltração de leucócitos que criam um ambiente pró-inflamatório dentro das paredes da veia. Estes mediadores inflamatórios são responsáveis por provocarem uma remodelação descontrolada das paredes dos vasos e das válvulas venosas. A perda de elasticidade que é gerada pela remodelação descontrolada irá traduzir-se num aumento da hipertensão venosa, dando assim continuidade ao ciclo. Adicionalmente, as válvulas perdem a capacidade de fecharem por completo, permitindo que uma pequena quantidade de sangue volte para trás.^{[23][25]}

I.III – Fatores de Risco

Existem vários fatores capazes de despoletar ou aumentar a progressão da DVC e em grande parte, todos eles estão relacionados com perturbações na estrutura das células das paredes venosas. Os fatores de risco responsáveis por estas perturbações são: obesidade, história familiar, permanecer parado em pé ou sentado durante longos períodos, obstipação, gravidez, género feminino, hábitos tabágicos, idade avançada e sedentarismo (Tabela 1).^{[20][31]}

Alguns destes fatores são evitáveis com a cessação tabágica, prática de exercício físico regular, uma alimentação mais equilibrada, ou seja, com a adoção de um estilo de vida mais saudável.^[32]

Tabela 1: Fatores de Risco para o desenvolvimento de DVC

Fator de Risco	Mecanismo	Efeito
Obesidade ^{[21] [27]}	<ul style="list-style-type: none">• Aumento da massa de tecido adiposo com consequente aumento da pressão intra-abdominal;• Disfunção do tecido adiposo e aumento da secreção de adipocina;	<ul style="list-style-type: none">• Alterações hemodinâmicas;• Disfunção endotelial devido ao desenvolvimento de inflamação sistémica;
Sedentarismo ^[28]	<ul style="list-style-type: none">• Redução da atividade bombeadora proporcionada pelos músculos da perna;	<ul style="list-style-type: none">• Distúrbios do fluxo sanguíneo (edema);
Sexo Feminino ^{[21] [27]}	<ul style="list-style-type: none">• Secreção de hormonas (Estrogénios e Progesterona);	<ul style="list-style-type: none">• Maior vasodilatação e permeabilidade venosa;
Gravidez ^{[27][29]}	<ul style="list-style-type: none">• Crescimento fetal e aumento de peso com consequente aumento da pressão intra-abdominal;• Aumento dos níveis de progesterona;	<ul style="list-style-type: none">• Aumento do retorno venoso;• Vasodilatação e aumento da pressão sobre as válvulas venosas;

Fator de Risco	Mecanismo	Efeito
Tabagismo ^[27]	<ul style="list-style-type: none"> Mecanismo ainda não explicado 	<ul style="list-style-type: none"> Aumenta os níveis de stress oxidativo e dano endotelial;
Obstipação ^[31]	<ul style="list-style-type: none"> Aumento da pressão intra-abdominal; 	<ul style="list-style-type: none"> Perda de competência das válvulas venosas;
Idade ^{[21][29]}	<ul style="list-style-type: none"> Enfraquecimento dos músculos dos membros inferiores e enfraquecimento das paredes dos vasos; 	<ul style="list-style-type: none"> Aumento da pressão nas veias superficiais;
História Familiar ^{[21] [27]}	<ul style="list-style-type: none"> Histórico de familiares com ocorrência de problemas vasculares 	<ul style="list-style-type: none"> Maior propensão para o desenvolvimento de DVC

I.IV – Apresentação Clínica

I.IV.I – Sinais e Sintomas

A DVC pode aparecer inicialmente sob várias formas podendo variar desde problemas assintomáticos a sintomas mais graves. Os sintomas que habitualmente afetam pessoas com DVC incluem sensação de pernas pesadas, dormência, inchaço na parte inferior das pernas (pés e tornozelos), câibras noturnas e prurido.^{[22][30]} Os sintomas são mais intensos ao final do dia, com o tempo quente e em certas alturas do período menstrual. Para além de sintomas característicos, a DVC também apresenta um vasto conjunto de sinais clínicos que permitem perceber em que fase de evolução se encontra. São sinais característicos da DVC as telangiectasias, veias reticulares (“raios” ou “derrames”), varizes tronculares, pigmentação cutânea, edema e em casos mais graves a presença de úlcera venosa.^{[30][31]}

Para que fosse possível uma avaliação mais abrangente e uniformizada de todos os aspetos clínicos da doença, em 1994 é publicado um novo sistema de classificação aprovado, a Classificação CEAP (*Clinical, Etiological, Anatomical and Pathophysiological*).

I.IV.II – Classificação CEAP

A Classificação CEAP é a mais amplamente usada para a classificação da gravidade da DVC. No entanto, devido à sua elevada complexidade, rotineiramente só se utiliza uma das suas quatro componentes de classificação, a clínica.^{[26][31]} A classificação clínica divide-se então em 7 patamares:

- C0: sem sinais visíveis ou palpáveis de doença venosa
- C1: telangiectasias ou veias reticulares
- C2: veias varicosas
- C3: edema
- C4: alterações cutâneas como pigmentação, lipodermatosclerose e ou atrofia branca

- C5: úlcera venosa cicatrizada
- C6: úlcera venosa ativa

Para além disto, dependendo se a pessoa é sintomática ou não, isto é, se apresenta sintomas para além da presença de sinais clínicos, a classificação é feita acrescentando um (s) no caso de uma pessoa sintomática (C3s) ou um (a) caso a pessoa não apresente qualquer dos sintomas anteriormente mencionados (C0a).^[33]

I.V – Diagnóstico

Para o diagnóstico da DVC é necessário fazer o levantamento do historial do paciente assim como fazer um exame físico. O histórico clínico servirá para perceber se existe alguma condição que possa favorecer o desenvolvimento da patologia (condições tromboembólicas, disfunção da bomba muscular) pelo aumento do dano nas válvulas vasculares ou no retorno venoso. O exame físico é realizado numa posição ortostática vertical para que as veias atinjam a distensão máxima.^[21]

A avaliação pode ser complementada ou confirmada por outros métodos de diagnósticos invasivos ou não invasivos, como a ultrassonografia de *Doppler* colorida (ou *ECO-Doppler* colorido) ou por flebografia que permitem a avaliação do fluxo dos vasos sanguíneos, artérias e veias.^{[21][34][36]}

I.VI – Tratamento

I.VI.I – Medidas Não Farmacológicas

As medidas farmacológicas têm como principal objetivo auxiliar no atraso da progressão da DVC e aliviar os seus sintomas. Os utentes que apresentem fatores de risco devem ser precocemente identificados para que possam ser alertados para possíveis complicações futuras e adotarem um estilo de vida mais saudável. O utente deve evitar permanecer em ambientes quentes como saunas ou banhos termais e de lama e a exposição solar, preferindo a realização de banhos de água fria nas pernas para contrariar o efeito vasodilatador proporcionado pelo calor. Deve dar preferência ao uso de roupas largas e calçado confortável. Os doentes devem evitar ficar por longos períodos sentados de pernas cruzadas ou de pé, realizando pequenas caminhadas preferencialmente nos dias de trabalho. A prática de natação, ginástica ou ciclismo ajuda a fortalecer os músculos responsáveis por ajudar no retorno venoso, aliada a uma perda de peso e alimentação rica em fibras para evitar outros fatores de risco como a obesidade e a obstipação. Por fim a elevação das pernas sempre que se encontra sentado ou deitado, favorece o retorno venoso, assim como a realização de massagens às pernas no sentido ascendente.^{[31][37]}

I.VI.II – Terapia de Compressão

As meias elásticas de compressão são a primeira linha de tratamento da DVC por auxiliarem no alívio da dor e do edema resultando numa melhor qualidade de vida. A facilidade de utilização torna mais fácil aos doentes a adesão terapêutica. A terapia de compressão é responsável por melhorar a função muscular e promovem a vasoconstrição dos vasos, diminuindo

o edema e normalizando o retorno venoso. Na prescrição de meias elásticas de compressão deve ser indicada a pressão que a meia deve exercer, que varia consoante a avaliação da gravidade clínica, assim como a medida do comprimento. [26][35][38]

A terapia de compressão apesar de ser um tratamento de primeira linha na DVC, deve ser evitada em casos em que os doentes também sofram de doença arterial periférica ou neuropatia periférica. [35]

I.VI.III – Medidas Farmacológicas

A terapêutica farmacológica tem demonstrado uma boa capacidade de melhorar os sintomas da DVC e na promoção de uma qualidade de vida melhor. Os fármacos venotrópicos têm a capacidade de reduzir o edema, por diminuição da permeabilidade capilar, redução de mediadores inflamatórios, e de melhorar o tónus venoso. São substâncias de origem natural na sua maioria (flavonoides: rutosídeos, diosmina e hesperidina; escina) e de síntese química (dobesilato de cálcio). Diversos estudos destacam a Fração Flavonoide Purificada Micronizada (FFPM) composta por hesperidina e diosmina, o Daflon®, como sendo responsável pela redução mais eficaz dos sintomas. [22][24][35][39] A pentoxifilina também é uma xantina muito utilizada em associação com a terapia de compressão em pacientes com úlceras venosas. [22][33][35]

Atualmente existem outras opções de tratamento para além da compressão e da terapia medicamentosa venotativa. Essas opções consistem na remoção total ou parcial de veias disfuncionais. A remoção cirúrgica, a escleroterapia e a ablação a laser ou por radiofrequência são alguns exemplos das novas alternativas terapêuticas. [24][26][38]

I.VII – Resultados

Não obstante existirem medicamentos com a capacidade de melhorar a DVC, a adoção de certas medidas não farmacológicas é fulcral para a melhoria dos sintomas. Para além das opções terapêuticas indicadas, muitas vezes recorre-se à associação com formulações de ação tópica que ajudem a diminuir o edema resultante desta condição.

Muitos dos utentes que iam à FdC, não sabiam quais os motivos por sentirem as pernas tão pesadas ao final do dia, e como pensam que é só cansaço por vezes não procuram ajuda para a resolução do problema. Durante o estágio, foi possível fazer o aconselhamento a utentes que apresentavam sinais e sintomas desta patologia.

II – Alergias

II.I – Enquadramento

As alergias são um problema emergente principalmente em países desenvolvidos. Segundo a OMS, cerca de 20% da população sofre de alguma condição relacionada com reações de hipersensibilidade a algum alérgeno. De entre os diversos tipos de doenças alérgicas podemos encontrar: a rinite alérgica, asma alérgica, conjuntivite alérgica e dermatite atópica. [40]

A Conjuntivite Alérgica (CA) afeta entre 30 a 70% das pessoas que também sofrem de Rinite Alérgica (RA). Na população em geral esta doença afeta cerca de 30% das pessoas sendo

uma das doenças inflamatórias oculares mais comum e mais subdiagnosticada. Com um aumento ao longo da última década, um artigo demonstrou que a prevalência da doença diminui com o aumento da idade e que a faixa etária mais afetada é dos 10 aos 19 anos.^[46] Esta patologia apresenta um conjunto de sinais e sintomas que podem levar a uma avaliação ambígua, podendo ser facilmente confundida com uma conjuntivite bacteriana ou viral.

O meu estágio coincidiu com uma época onde as pessoas se sentem mais afetadas por causa dos alérgenos que ficam em maior concentração durante a Primavera. Na farmácia onde estagiei, era muito comum aparecerem utentes com dúvidas sobre as terapêuticas que existiam para aliviar os sintomas da RA. Sendo esta uma condição que, quando descontrolada leva à perda de qualidade de sono e de vida, foi do meu interesse alertar a população que frequenta a farmácia para as medidas de prevenção da RA.

Para além da RA, uma outra condição que dentro das alergias também me despertou interesse foi a CA pela dificuldade em saber reconhecer os sinais clínicos da doença, que facilmente pode ser confundida com conjuntivite vírica ou bacteriana. As possibilidades terapêuticas para esta patologia também são variadas e de forma a perceber também qual a melhor terapêutica para cada situação, elaborei um protocolo de aconselhamento sobre a CA.

II.II – Rinite Alérgica

A RA ou também conhecida por “Febre dos Fenos” é uma patologia que pode ser classificada em três subgrupos: persistente, intermitente ou ocupacional. A RA persistente caracteriza-se por uma sintomatologia que se mantém por mais de 4 dias por semana ou mais de 4 semanas consecutivas e pode ser despoletada por bolores, pelos de animais e ácaros do pó. A RA intermitente afeta a população num período mais específico do ano, normalmente a partir da altura em que chega a Primavera, pois os níveis de pólen estão mais elevados e há maior quantidade de ervas gramíneas. Neste caso os sintomas duram menos de 4 semanas ou menos de 4 dias por semana.^{[41][42]}

A RA ocupacional é desencadeada pela manipulação de certos materiais no local de trabalho. Os maiores alérgenos responsáveis por este tipo de RA são animais de laboratório, pó de madeira e certos tipos de grãos.

Quanto à gravidade da RA esta pode ser classificada como leve ou moderada a grave.

II.III – Fisiopatologia

Na RA acontece uma reação de hipersensibilidade desencadeada por uma resposta exacerbada mediada pela Imunoglobulina E (IgE) a uma proteína extrínseca causando a inflamação das mucosas. Numa fase inicial há desgranulação de basófilos e mastócitos. Esta fase é responsável por estar associada ao início rápido dos sintomas nasais e oculares. Esses sintomas são causados pela libertação de mediadores como a histamina por mastócitos da mucosa nasal. A formação de edema advém da associação entre citocinas pró-inflamatórias (leucotrienos e prostaglandinas) e da histamina por aumento da permeabilidade vascular.^{[43][44]}

A fase tardia está associada a um recrutamento de basófilos, eosinófilos e linfócitos T. Estas células libertam diversos mediadores que prolongam a resposta inflamatória. A inflamação

da mucosa provoca maior edema e desenvolvimento da congestão nasal, um dos sintomas mais incómodos para quem sofre de RA.^{[43][44]}

II.IV – Sinais e Sintomas

Os sintomas mais comuns da RA são espirros, comichão, vermelhidão, rinorreia, olhos vermelhos e lacrimejantes e congestão nasal.^[45]

Quando os sintomas são muito mais exacerbados e permanecem por longos períodos os sintomas podem provocar cansaço, dores de cabeça, irritabilidade, perturbação do sono e mau desempenho cognitivo.^[42]

II.V – Diagnóstico

No diagnóstico da RA para além do historial clínico do paciente, é necessário a realização de um exame físico que apoie a suspeita de RA. O diagnóstico só é confirmado após realização de testes *in vivo* ou *in vitro* específicos.^[41]

Inicialmente na recolha do historial clínico do paciente, é importante perceber em que tipo de ambiente este se insere e perceber quais os sintomas que mais vezes estão presentes, duração dos sintomas e comorbilidades. O exame físico vem auxiliar na exclusão de outras patologias com sintomatologia idêntica.^[41]

Para confirmação e diagnóstico da RA é necessário a realização de um teste que demonstre que as IgE apresentam especificidade para determinado alérgeno. A quantificação de IgE totais no soro ou de IgE específicas para o antígeno sérico são boas técnicas para confirmação da RA, mas os testes de sensibilidade cutânea são mais baratos e sensíveis e por isso mais utilizados. Alguns dos testes de diagnóstico menos utilizados passam por endoscopia nasal e radiologia.^[41]

II.VI – Tratamento

II.VI.I – Medidas Não Farmacológicas

As medidas não farmacológicas da RA passam muito pela evicção dos alérgenos (Tabela 2) responsáveis por desencadear a sintomatologia. Esta medida é muito importante para o controlo e redução das crises alérgicas.^{[41][44]}

Para além destas medidas, evitar zonas com ar poluído ou com muito fumo, evitar o tabagismo e fazer lavagens frequentes com soluções salinas, são boas medidas para diminuir a gravidade dos sintomas.

Tabela 2: Medidas para Evicção dos Alergénios

Ácaros do Pó
<ul style="list-style-type: none">• Manter os níveis de humidade controlados para evitar o desenvolvimento de bolores;<ul style="list-style-type: none">• Mudar a roupa da cama frequentemente;• Evitar o uso de tapetes e carpetes nas divisões de pessoas com RA;<ul style="list-style-type: none">• Aspirar frequentemente a casa
Pelos dos Animais
<ul style="list-style-type: none">• Manter os animais fora de casa;• Lavar as mãos após qualquer tipo de contacto com os animais;<ul style="list-style-type: none">• Dar banho aos animais com maior frequência;
Pólenes
<ul style="list-style-type: none">• Evitar sair de casa nos dias em que os picos de pólen estão mais elevados;• Não realizar passeios ou atividades em zonas com muitos jardins, dando preferência às zonas à beira mar;• Manter as janelas e portas de casa fechadas para evitar a entrada de alérgenos;

II.VI.II – Terapêutica Medicamentosa

A evicção dos alérgenos é uma boa medida para evitar a RA. No entanto, essa medida é suficiente para evitar toda a sintomatologia em volta da RA. Para isso, é necessário recorrer a medicamentos que ajudem na redução do número de espirros, congestão nasal e rinorreia.

As primeiras opções para alívio dos sintomas da RA são os anti-histamínicos H1 que se ligam aos recetores da histamina e inibem a sua ação. Dentro dos anti-histamínicos é preferível a escolha pelos de segunda geração visto não apresentarem tantos efeitos secundários por atravessarem mais facilmente a barreira hematoencefálica. Têm a capacidade de diminuir os espirros, a rinorreia e o lacrimejo. Outra boa opção é a utilização de descongestionantes intranasais para o alívio da congestão nasal. Podem ser usados juntamente com os anti-histamínicos orais, mas não podem ser usados por mais de 5 dias consecutivos de forma a não desenvolver tolerância e irritação das mucosas devido ao efeito *rebound*.^{[41][43][44]}

Em casos de RA moderada a grave, o uso de corticosteroides está indicado devido à sua ação anti-inflamatória que reduz significativamente o número de basófilos e mastócitos recrutados por diminuir a quantidade de mediadores químicos libertados.

Os anticolinérgicos intranasais e os antagonistas dos recetores de leucotrienos são ainda outras possibilidades terapêuticas, quando as anteriores perdem o seu efeito. Em casos mais graves pode ser mesmo necessário recorrer à imunoterapia.

II.VII – Resultados

A RA é uma condição que quando não controlada pode afetar negativamente a qualidade de vida de quem sofre da patologia. Apesar de poder ocorrer ao longo de todo o ano, é na altura da Primavera que se vê a maior afluência às farmácias de utentes com queixas sobre a sintomatologia da RA.

Ao longo do meu estágio, foram diversos os anti-histamínicos que pude dispensar. Muitas pessoas já se encontram medicadas pelo seu médico, mas apresentam várias queixas como a medicação não fazer o efeito pretendido, determinados medicamentos fazerem sono ou sobre o facto da congestão nasal não ser aliviada. Durante esses atendimentos pude-me aperceber que muitas pessoas desconhecem as medidas não farmacológicas que permitem diminuir as crises da RA. Neste ponto, foi muito importante a elaboração do panfleto que era distribuído às pessoas que sofriam de RA com medidas para evicção dos alérgenos desencadeadores.

Além do desconhecimento acerca das medidas não farmacológicas, muitos utentes não sabem que podem associar um descongestionante intranasal com a toma do anti-histamínico. Porém, em alguns casos, as pessoas usam os descongestionantes intranasais mais do que os 5 dias recomendados, e voltam à farmácia com queixas de que não teve o efeito pretendido. Isto deve-se ao efeito *rebound* destes produtos, o que é sempre referido durante nos aconselhamentos farmacêuticos.

II.VII – Conjuntivite Alérgica

A conjuntiva é uma pequena e fina membrana translúcida que fica no interior das pálpebras e na parte anterior da esclera. A conjuntivite é o termo utilizado para descrever a inflamação ou infeção da conjuntiva que resulta na dilatação dos vasos sanguíneos provocando edema e hiperemia, com secreção associada.^[47]

A CA é uma doença inflamatória que surge como resultado de uma reação alérgica de hipersensibilidade do tipo I com apresentação e sintomas que podem ser subjetivos ou objetivos. Quando não existem alterações proliferativas na conjuntiva, esta pode-se dividir entre Conjuntivite Alérgica Sazonal (CAS), afeta os utentes principalmente na Primavera e Verão, ou Conjuntivite Alérgica Perene (CAP). Quando a condição evolui para algo mais crónico pode-se desenvolver uma Ceratoconjuntivite atópica, vernal ou Conjuntivite papilar gigante.^[48]

II.VIII – Fisiopatologia

Devido à grande área de superfície que a mucosa ocular oferece, esta torna-se um dos locais mais acessíveis para deposição direta de antígenos desencadeando o processo inflamatório. Em indivíduos sensibilizados, as células T *helper* 2 (Th2) libertam mediadores pró-inflamatórios (Interleucina 3 (IL-3), (IL-4), (IL-5) e (IL-13)) que aumentam a produção de IgE. Estes ligam-se à superfície de mastócitos, e após reconhecimento do alérgeno pela IgE, dá-se a desgranulação dos mastócitos com conseqüente libertação de histamina, triptase, leucotrienos e prostaglandinas.^[50]

À semelhança da RA, a CA envolve uma fase inicial e tardia. Na fase inicial que se dá em poucos segundos, os mediadores libertados pelos mastócitos são responsáveis pelo prurido, lacrimejamento, vermelhidão e reação papilar. A fase tardia já tem início algumas horas após o reconhecimento do antigénio, e há mobilização de células inflamatórias como neutrófilos, linfócitos, basófilos e eosinófilos que levam a uma inflamação contínua e sintomas persistentes.^[50]

II.IX – Sinais e Sintomas

O prurido é a manifestação mais comum da CA que pode variar desde sintomas leves a graves. Outros sintomas incluem lacrimejamento, vermelhidão, sensação de corpo estranho, secreção serosa e mucosa e edema. Os sintomas são bilaterais, o que permite a distinção entre a Conjuntivite Bacteriana e Viral. Outras sintomas mais graves incluem visão turva e fotofobia.^[49]

II.X – Diagnóstico

O diagnóstico da CA baseia-se principalmente na realização de exame ocular para observação do edema, lacrimejo e do tipo de secreção produzida. Para além deste exame, é muito importante conhecer o historial clínico do utente para avaliar se está associado a algum outro tipo de doença alérgica e se este esteve exposto a possíveis alergénios.^{[47][50]}

Os testes de sensibilidade cutânea e a pesquisa de IgE séricas para o antigénio são boas formas de confirmar o diagnóstico.^{[50][51]}

II.XI – Tratamento

II.XI.I – Medidas Não Farmacológicas

Como qualquer doença alérgica, é muito importante evitar os alergénios responsáveis por despoletar as reações inflamatórias. Para isso deve-se seguir as mesmas medidas que foram indicadas na RA. A utilização de compressas frias ajuda na vasoconstrição conjuntival reduzindo o edema. O uso de óculos de sol ou soluções oftálmicas de conforto ajudam a reduzir substancialmente os níveis de aeroalergénios que entram em contato com a mucosa ocular.^{[50][51]}

II.XI.I – Medidas Farmacológicas

As primeiras opções para auxiliar no tratamento dos sintomas da CA passam pelo aconselhamento de colírios anti-histamínicos (azelastina), colírios inibidores da desgranulação dos mastócitos (cromoglicato) e colírios vasoconstritores / descongestionantes (oximetazolina). São MNSRM e por isso podem ser adquiridos na farmácia sem receita médica. Outras opções englobam colírios de ação combinada, anti-histamínicos e inibidores da desgranulação dos mastócitos (cetotifeno), que são MNSRM-EF. Quando se apresenta uma situação mais grave esta deve ser encaminhada para um médico que poderá optar por prescrever colírios com Anti-Inflamatórios Não Esteroides (AINES) ou corticosteroides para ajudar a conter a inflamação.^{[50][51]}

II.XII – Resultados

Durante o meu estágio na FdC, tive a possibilidade de realizar um atendimento a uma pessoa com esta condição. Quando o utente se dirigiu à farmácia queixava-se que tinha um prurido intenso, acompanhado de lacrimejamento e olhos vermelhos já há alguns dias. Após a realização de diversas perguntas tendo em conta o protocolo que elaborei, deu para perceber que era uma pessoa que habitualmente já tinha RA, e que tinha ambos os olhos afetados (de forma bilateral). Desta forma foi possível excluir a possibilidade de ser uma conjuntivite vírica ou bacteriana. Questionando a utente foi possível perceber que esta teria estado em contato com alérgenos que desencadearam a resposta de hipersensibilidade.

Após perceber a condição patológica da utente, aconselhei-a a utilizar um anti-histamínico, o Allergodil® (azelastina) para diminuir a reação inflamatória e os sintomas associados e aconselhei uma solução oftálmica de para ajudar na remoção dos alérgenos da mucosa ocular e sua hidratação. Por fim informei e reforci a importância das medidas não farmacológicas para que não aconteçam crises com tanta frequência.

A procura de soluções para este tipo de condição não aparece com muita frequência apesar de afetar grande parte da população. De qualquer forma, penso que um profissional de saúde como o farmacêutico deve-se encontrar à vontade para poder aconselhar neste tipo de situações.

Nesta situação, foi muito útil a consulta do protocolo elaborado para conseguir saber fazer corretamente o diagnóstico e aconselhamento à utente.

III – COVID-19 – Uma “Nova” Realidade

III.I – Enquadramento

O início do ano 2020 trouxe consigo uma nova preocupação global, a situação pandémica que atravessamos, causada por um “novo” agente viral, o SARS-CoV-2. O facto de ainda não haver uma vacina capaz de nos ajudar a proteger contra a infeção pelo novo vírus, e a ameaça de uma nova vaga que pode ser tão negativa ou pior que a primeira torna a COVID-19 uns dos mais importantes problemas de saúde pública atuais.

Sendo a farmácia comunitária muitas vezes quem realiza o contacto primário com os utentes, os profissionais de saúde ali presentes são responsáveis por informar e explicar aos seus utentes toda a informação necessária para que haja um comportamento responsável que permita diminuir o número de novos casos, assim como de se manterem atualizados sobre todas as mudanças acerca da doença que vão sendo publicadas.

Com o objetivo de cada um poder executar um aconselhamento mais completo, realizei então uma formação interna à equipa da farmácia, procurando desmitificar algumas ideias que iam fazendo parte das dúvidas e perguntas dos utentes e dar a conhecer melhor os materiais de proteção disponíveis e em que situações devem ser utilizados.

III.II – Da Província de Wuhan até Portugal^{[52][53]}

- **31 de dezembro de 2019:** a Organização Mundial de Saúde (OMS) revela que na China surgiram os primeiros casos de uma pneumonia de origem vírica desconhecida.
- **10 de janeiro de 2020:** Primeira morte registrada; Identificação de um novo tipo de corona vírus como agente causador da pneumonia em isolados de 7 doentes.
- **24 de janeiro de 2020:** Confirmados os 2 primeiros casos de infecção na Europa, ambos importados.
- **30 de janeiro de 2020:** é declarada como “Emergência de Saúde Pública de Interesse Internacional”.
- **11 de fevereiro de 2020:** a OMS batiza a nova doença de Covid-19.
- **26 de fevereiro de 2020:** primeira morte na França, sendo a primeira registrada na Europa.
- **2 de março de 2020:** são declarados os dois primeiros casos de infecção por COVID-19 em Portugal.
- **11 de março de 2020:** OMS declara a COVID-19 como uma Pandemia
- **14 de março de 2020:** Números total de infetados: 150064; total de mortos: 5617
- **24 de setembro de 2020:** Número total de infetados: 31 759 233; total de recuperados: 21811742; total de mortos: 973904

III.III – Introdução

Em dezembro de 2019, na província de Wuhan na China, assistimos ao aparecimento de um surto provocado por uma nova estirpe de coronavírus responsável por provocar sintomas de infecção respiratória graves.^[54]

Nos últimos 20 anos, já tínhamos assistido a outros dois vírus responsáveis por causar epidemias com o qual o novo coronavírus está estruturalmente relacionado. Em 2003, com origem em Hong Kong tivemos a epidemia da Síndrome Aguda Respiratória Grave (SARS) e em 2012 na Arábia Saudita surgiu uma outra epidemia que viria a ter o nome de Síndrome Respiratória do Médio Oriente (MERS), apresentando uma letalidade aproximada de 10% e 30% respetivamente.^{[54][55]}

Ao contrário destes dois surtos anteriores, a nova infecção por coronavírus atingiu proporções muito maiores do que se pensava que pudesse acontecer. Este surto foi declarado como uma pandemia pela OMS por ter atingido uma grande parte da população global, num curto espaço de tempo. Atualmente, e segundo os dados que temos até ao momento, o novo coronavírus já infetou 31 759 233 pessoas e provocou 973904 mortos (dados de dia 24 de setembro de 2020)

III.IV – SARS-CoV-2

Os coronavírus são caracterizados por apresentarem uma cadeia de ácidos ribonucleicos (RNA) simples de sentido positivo, sendo o genoma com maior comprimento dentro dos vírus de RNA. São vírus que apresentam o seu material genético dentro de um envelope constituído por proteínas e glicoproteínas que lhe dão um formato de coroa, daí o seu nome. [57][58]

Pertencentes à ordem *Nidovirales*, os coronavírus são responsáveis por causar infeções que afetam principalmente o trato respiratório e gastrointestinal. Capazes de causar infeção em vários animais, nomeadamente aves e mamíferos, são hoje conhecidos 7 coronavírus capazes de infetar os humanos, sendo que os coronavírus HCoV-HKU1, HCoV-NL63, HCoV-229E e HCoV-OC43 causam sintomas respiratórios mais leves.[57][58][60]

O novo coronavírus, o SARS-CoV-2, após sequenciação genética, apresentou uma semelhança de apenas 79,6% com o genoma do antigo SARS-CoV, enquanto que com o que é encontrado nos morcegos apresentou uma homologia de 96%. (Figura 1) Com isto podemos inferir que a infeção por coronavírus se trata de uma zoonose e que os morcegos são o reservatório natural. Neste surto a transmissão aconteceu pela passagem por um hospedeiro intermediário, possivelmente o pangolim, até ao seu hospedeiro final, os humanos, num mercado local de Wuhan.[59]

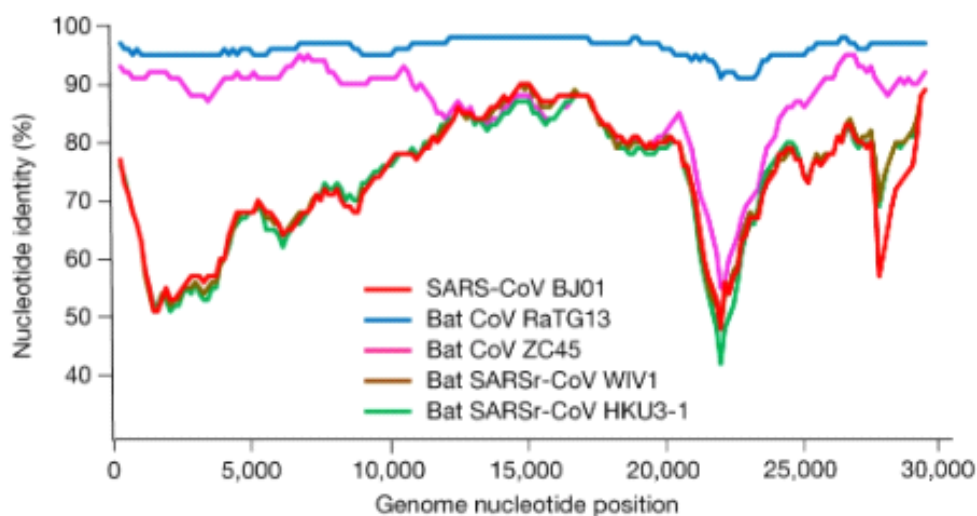


Figura 1: Gráfico de similaridade com base na sequência do genoma de comprimento total de 2019-nCoV. As sequências do genoma de comprimento total de SARS-CoV BJ01, morcego SARSr-CoV WIV1, coronavírus de morcego RaTG13 e ZC45 foram usadas como sequências de referência.[59]

Um artigo publicado a 26 de março relata que a taxa de letalidade do vírus era de 2% e o número reprodutivo básico (R_0) encontrava-se no 2,2.[54]

III.IV.I – Mecanismo de Ação

O SARS-CoV-2 consegue penetrar nas células do hospedeiro através do reconhecimento por parte da Enzima Conversora da Angiotensina II (ACE2) da glicoproteína *spike* S. A glicoproteína *spike* S, é constituída por duas subunidades, a S1 responsável pela ligação ao recetor da célula e a subunidade S2 responsável pela fusão da membrana viral com a celular.[58][60]

Quando a ACE2 reconhece a subunidade S1, a glicoproteína *spike* S sofre uma mudança de conformação que permite o aumento da estabilidade da subunidade S2 e pela ação de proteases ocorre uma clivagem entre S1 e S2. Depois desta clivagem a subunidade S2 permite então a fusão das membranas e a entrada do vírus na célula do hospedeiro. Através do mecanismo de replicação do material genético da célula do hospedeiro, o vírus multiplica-se até que leva a célula à lise celular. [58][60]

A ACE2 encontra-se em diversos órgãos e tecidos do corpo humano, mas com maior distribuição nos pulmões, coração, intestino, rins e sistema nervoso central. [61] (Figura 2)

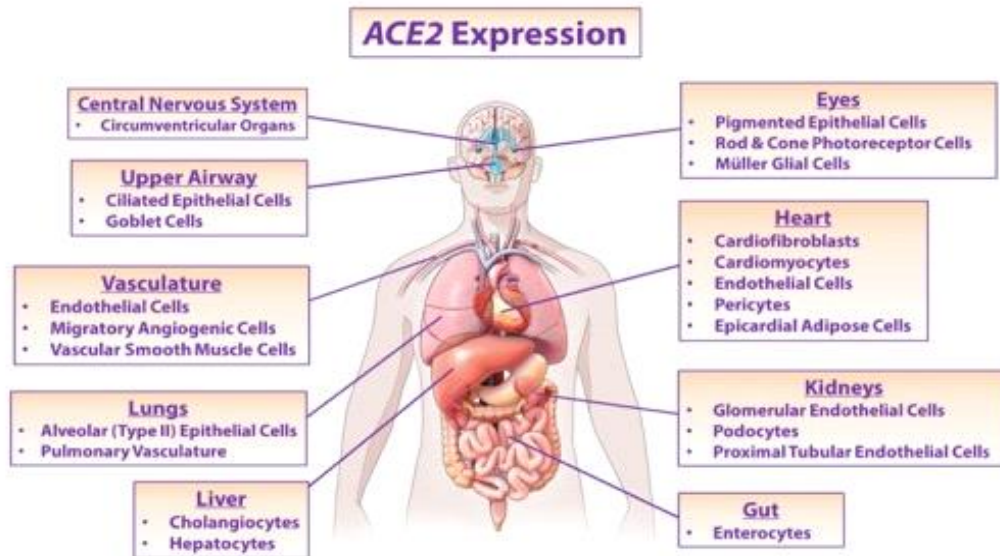


Figura 2: Expressão de ACE2 em todo o corpo [61]

A procura por anticorpos que consigam bloquear o reconhecimento da glicoproteína *spike* S pela ACE2, é um bom foco de pesquisa para a vacina, visto que o Domínio de Ligação ao Recetor (DLR) apenas apresenta 40% de analogia entre o SARS-CoV e o SARS-CoV-2, e mesmo assim os anticorpos de SARS-CoV foram capazes de prevenir a entrada do SARS-CoV-2 nas células do hospedeiro. [56]

III.IV.I – Vias de Transmissão

O novo Coronavírus apresenta diversas formas de transmissão. A transmissão pode-se dar de forma direta por libertação de aerossóis de secreções respiratórias (tosse ou espirro) de uma pessoa infetada, que entram em contacto com a boca, nariz ou olhos de outra pessoa que se encontra a menos de dois metros de distância. De outra forma a transmissão pode ser de forma indireta por contacto com uma superfície ou objeto contaminado e posterior contacto com a boca, nariz ou olhos. Dependendo da superfície onde se encontram depositados os aerossóis estes têm diferentes tempos de viabilidade. [63] (Tabela 3) Estes valores variam também dependendo da temperatura, humidade e carga viral inicial de exposição.

Tabela 3: Tempo de Vida do Vírus em diferentes superfícies (*in vitro*)^[64]

Superfície	Tempo Viável
Aerossóis	3 horas
Cobre	4 horas
Cartão/Papelão	24 horas
Plástico	72 horas
Aço Inoxidável	72 horas

Para além destas formas de transmissão, também pode acontecer transmissão vertical da mulher grávida para o feto assim como transmissão fecal-oral, mas que não apresentam tanto significado como as anteriores.^{[65][66]}

O maior problema na transmissão pessoa a pessoa relaciona-se com o facto de pessoas em período de incubação e infetados assintomáticos serem capazes de propagar da mesma forma o vírus que um infetado sintomático normal pois apresentam ambos a mesma carga viral.^[63]

III.IV.I – Grupos de Risco

Dentro dos grupos de risco encontramos pessoas mais idosas e com condições médicas específicas. Estes grupos de risco estão mais suscetíveis a desenvolver uma sintomatologia muito mais grave do que quem não apresenta nenhuma destas características. Fazem parte dos grupos de risco: pessoas com mais de 65 anos, pessoas imunossuprimidas e pessoas com doenças crónicas (doença cardíaca, doença pulmonar, doença oncológica, hipertensão arterial e diabetes *mellitus* tipo 2).^{[61][67][68]}

III.V – COVID-19

III.V.I – Apresentação Clínica e Tempo de Incubação

A maioria das pessoas infetadas pelo Coronavírus apresentaram como sintomas mais frequentes a tosse, febre e dificuldade respiratória. Para além destes sintomas muitos outros foram sendo descritos como sintomatologia menos grave como a dor de garganta, dor de cabeça, perda de olfato e paladar e fadiga muscular. Alguns destes sintomas podem ser facilmente confundidos com os de outras infeções respiratórias, daí a elevada importância de fazer um correto diagnóstico e da monitorização de sintomas. Quando a doença progride de forma severa pode ter efeitos mais graves como pneumonia, insuficiência respiratória, falência renal e consequentemente pode levar à morte.

O tempo médio para que uma pessoa possa apresentar sintomas desde que foi infetado é de cerca 5 dias. No entanto, em quase 97% dos casos, as pessoas com COVID-19 apenas apresentaram o seu primeiro sintoma ao fim de 11 dias.

Apesar dos virologistas defenderem que 14 dias é um tempo bastante razoável para fazer quarentena e perceber se uma pessoa apresenta sintomatologia ou não, aconteceram alguns casos especiais onde o tempo de incubação se estendeu até aos 24 dias.

III.V.II – Ponto de Situação em Portugal

Em Portugal, a COVID-19 encontra-se a passar por um aumento diário de infeções por todo Mundo. Nesta altura Portugal conta com 24561 pessoas infetadas, 99 em Cuidados Intensivos e 1963 óbitos. A zona do país com maior número de infetados é Lisboa e Vale do Tejo (LVT) que conta diariamente com cerca de 70% dos novos casos diários.^[69]

Um valor que se tornou importante para perceber de que forma a transmissibilidade do vírus acontece na comunidade é o Número Efetivo de Reprodução Viral ($R(t)$) que permite perceber qual é o número médio de pessoas que uma pessoa infetada pode infetar ao longo do tempo. Esta medida permite avaliar a efetividade das medidas de contenção que vão sendo aplicadas. ^{[70][71]} Este valor está diretamente relacionado com o Número Básico de Reprodução Viral (R_0) e pode ser calculado através do através da expressão:

$$R(t) = R_0 \times s$$

onde s é a proporção de população suscetível à infeção.^[70]

Em Portugal (Figura 3), após o anúncio do fecho das escolas, foi quando se verificou a queda mais acentuada de $R(t)$. No entanto, a partir do início do mês de agosto, o $R(t)$ vem numa trajetória crescente em todo o país.

O valor de $R(t)$ entre os dias 16 de setembro e dia 20 de setembro de 2020 encontrava-se com o valor médio de 1,09, mas podendo variar entre 1,08 e 1,11 com um intervalo de confiança de 95%.^[71]

Como farmacêuticos, devemos procurar transmitir a informação necessária, e sensibilizar os utentes para as medidas corretas a adotar para ajudar a diminuir a transmissão do vírus entre a população, e atingir um valor de $R(t)$ inferior a 1.

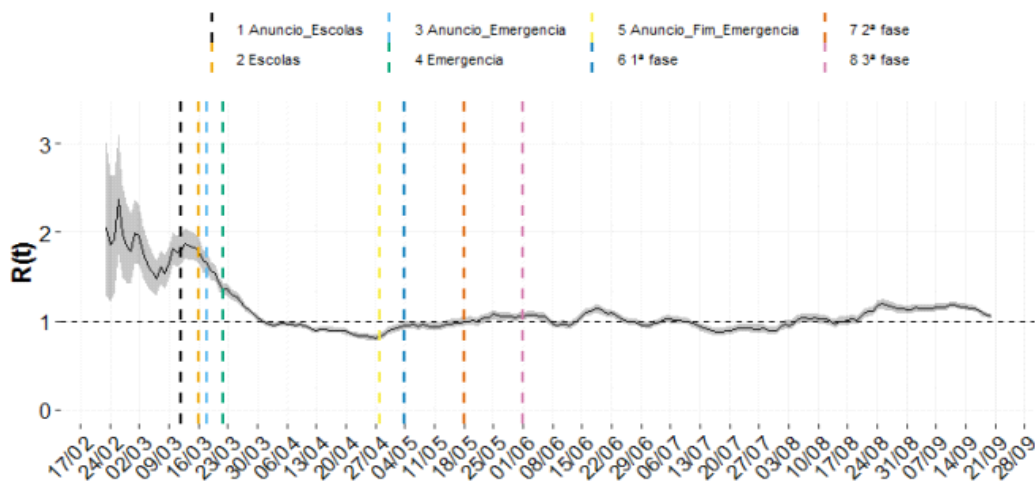


Figura 3: Evolução do $R(t)$ em Portugal

III.V.III – Tratamento e Medidas Preventivas

Até ao momento ainda não existe qualquer tratamento antiviral específico contra a COVID-19. De facto, existem alguns medicamentos que diminuem a sintomatologia e a progressão da infeção, mas não a tratam.^[67] A Dexametasona foi até agora o único que mostrou causar melhorias da situação clínica dos doentes graves.^[72] A vacina recombinante AZD1222

desenvolvida pela Universidade de Oxford e pela empresa AstraZeneca® já se encontra na fase 3 de desenvolvimento em países como África do Sul, Brasil e Estados Unidos da América, podendo as primeiras doses da vacina serem disponibilizadas nos próximos meses. Como não existe ainda uma terapêutica para o tratamento da infecção por SARS-Cov-2, a melhor forma de evitarmos o contágio e a propagação é através da prevenção.^[73]

III.V.III.I – Distanciamento Social

Estas medidas têm como principal objetivo reduzir os contactos entre as pessoas diminuindo a transmissão do vírus. A população deve: manter uma distância das outras pessoas de no mínimo 1,5 a 2 metros, evitar o contacto com pessoas que apresentem sintomatologia sugestiva, realizar teletrabalho, utilizar de preferência os serviços eletrónicos ou telefónicos para obter produtos quer de supermercados quer de farmácias e contactar previamente os serviços de saúde se tiver necessidade de cuidados médicos. Deve ser evitada a partilha de objetos pessoais e frequentar locais fechados e com muitas pessoas.^{[74][75]}

III.V.III.II – Equipamentos de Proteção

Para diminuir a possibilidade de transmissão, é muito importante que toda a população use equipamentos de proteção. De entre todos os equipamentos de proteção disponíveis para contenção da infecção, podem ser utilizados óculos de proteção, viseira, luvas, assim como bata.

As máscaras mostraram que podem ser o equipamento de proteção mais efetivo para diminuição dos surtos na comunidade e por isso o seu uso é obrigatório em sítios fechados e onde possam ocorrer diversos contactos. Existem 3 tipos de máscaras, as máscaras de uso social, máscaras cirúrgicas e os respiradores. As máscaras de uso social e cirúrgicas ajudam a conter as partículas expiradas, no entanto não oferecem proteção quanto à inalação de gotículas virais. As máscaras cirúrgicas devem ser utilizadas no máximo de 4 a 6 horas, conforme as especificações do fornecedor ou sempre que se encontrarem húmidas. Os respiradores, ou também conhecidos como *Filtering Face Piece* (FFP), são capazes de proteger as pessoas da inalação de partículas inferiores a 5 µm e, portanto, capazes de nos proteger da infecção. O uso de máscaras FFP2 e FFP3 estão especialmente recomendadas para o uso por profissionais de saúde. O uso de máscara não dispensa em qualquer momento o cumprimento das medidas de higiene pessoal.

^{[74][76]}

III.V.III.III – Medidas de Higiene Pessoal

A higiene das mãos e a etiqueta respiratória são medidas importantes para evitar a transmissão da infecção por SARS-CoV-2. A contato das mãos com objetos e superfícies contaminadas são um bom veículo para que ocorra a entrada do vírus no nosso organismo. A higiene das mãos deve ser feita várias vezes ao longo do dia, de forma cuidada, isto é, lavar corretamente todas as zonas da mão durante pelo menos 20 segundos, deve-se remover todos os acessórios como anéis e pulseiras e feita de preferência com água e sabão, mas também pode ser realizada com uma solução alcoólica a 70°.

A etiqueta respiratória deve ser seguida sempre que uma pessoa tossir ou espirrar e deve passar por tapar a boca e o nariz com um lenço ou com a parte interna do braço. No caso de uso do lenço, este deve ser imediatamente descartado no lixo. Por fim, lavar novamente as mãos. ^{[74][75]}

III.V.III.IV – Medidas de Higiene Ambiental

Além da desinfecção das mãos, é muito importante desinfetar todos os locais e objetos que possam estar em contacto com qualquer tipo de contaminação. Para garantir essa desinfecção devemos tomar algumas medidas como desinfecção doméstica com lixívia, pois contém hipoclorito de sódio que mata o vírus e deve ser diluída em água fria. No final de cada aplicação deve-se deixar o local arejar para não inalar os vapores libertados pela lixívia que são irritativos. Para além disso deve-se manter os locais fechados bem arejados abrindo as janelas e portas de forma a ventilar a divisão. A roupa de pessoas com COVID-19, profissionais de saúde e prestadores de cuidados a pessoas com COVID-19 devem ter um cuidado extra com a lavagem das roupas a pelo 60°C durante 30 minutos. Também no tratamento de resíduos é necessário ter um cuidado extra quando se trata de pessoas infetadas. Nestes casos deve-se utilizar um caixote de lixo só para essa pessoa que tenha tampa com um saco de plástico que se possa fechar. ^{[74][77]}

III.V.III.V – Automonitorização de Sintomas

Os Farmacêuticos, como profissionais de saúde responsáveis por disponibilizar cuidados primários aos utentes, sofreram uma exposição ocupacional à COVID-19. Daí ser muito importante seguirem todas as normas da Direção Geral de Saúde (DGS) para prevenção da transmissão.

Para garantir que nenhum profissional se encontra infetado ou de forma a notificar precocemente o início de uma possível cadeia de transmissão, os profissionais de saúde devem fazer a automonitorização de sintomas diariamente pela medição e registo da temperatura corporal e pela confirmação da ausência de sintomas sugestivos.

Caso o profissional de saúde tenha um contacto com uma pessoa infetada, sintomática ou assintomática, deve-se ter em atenção se este contacto foi de elevado ou de baixo risco. Numa exposição de alto risco deve ser feita uma vigilância ativa com restrição ao trabalho e numa exposição de baixo risco uma vigilância passiva sem restrição do trabalho. Esta exposição deve ser feita durante os 14 dias após a exposição. Em caso do profissional não apresentar sintomas sugestivos de COVID-19, este deve retomar normalmente ao seu trabalho. No caso de apresentar sintomas, o farmacêutico deve seguir o Procedimento de Casos Suspeitos incluído no plano de contingência das farmácias.

III.VI – Mudanças na Farmácia durante o Estado de Emergência

Quando foi decretado o estado de emergência em Portugal, houve a necessidade de fechar diversos estabelecimentos por todo o país. No entanto, as farmácias são responsáveis por distribuir medicamentos e serviços de saúde que são essenciais para toda a comunidade e que não podem parar. Desta forma, as farmácias tiveram de adaptar o seu quotidiano de forma a proteger todos os funcionários e utentes que usufruem da mesma.

A partir do Estado de Emergência, a FdC dividiu a equipa em duas com turnos diferentes para evitar que alguém infetado de um turno infetasse as pessoas do outro turno, evitando a necessidade de encerrar a farmácia. Os turnos eram das 9:00 às 13:30 e o segundo turno das 14:00 às 19:30. A meia hora entre os dois turnos era para desinfeção, onde o turno que tinha estado antes, borrifava todas as superfícies e objetos utilizados com uma solução alcoólica a 70°. Todos os funcionários deviam usar máscara a partir do momento em que entravam na farmácia até que saíam, procedendo sempre que colocava ou tirava a máscara à desinfeção das mãos.

Também foi necessário fazer alterações na zona de atendimento limitando o número de utentes que podiam entrar na farmácia, no caso foi limitado para a entrada de duas pessoas apenas. Com fitas de sinalização foram garantidas as distâncias de no mínimo de 1 metro entre os colaboradores da farmácia e os utentes. O atendimento era ainda realizado atrás de um acrílico e evitando sempre qualquer tipo de contacto direto com o utente. Para além destas medidas, a farmácia continha diversos avisos com as principais recomendações que os utentes deviam respeitar e disponibiliza desinfetantes para os utentes e profissionais nos balcões de atendimento.

Os funcionários da farmácia passaram a ter um posto de trabalho fixo para que não seja necessário realizar trocas. Entre cada atendimento é realizada a desinfeção das mãos. Deve ser evitado ao máximo tocar nas receitas e telemóveis das pessoas, pedindo quando possível que digam os números dos códigos necessários. Quando não é possível evitar o contacto, é de extrema importância fazer a desinfeção das mãos antes e depois de tocar nos objetos do utente. Sempre que o multibanco é utilizado também se procede à sua desinfeção.

Quando os contentores das encomendas chegavam à farmácia, ficavam num lugar próprio onde se procedia à desinfeção com uma solução alcoólica. Depois de desinfetado eram transportadas para o *back office* para poderem ser abertos. Após finalização da entrada da encomenda, eram desinfetadas as mãos novamente.

Durante este período de estado de emergência a medição dos parâmetros bioquímicos não era realizada. Quando as medidas aliviaram um pouco, voltou-se a medir novamente os parâmetros bioquímicos, mas agora procedendo sempre à desinfeção da pessoa e do aparelho antes e depois da utilização.

III.VII – Conclusão

A formação serviu para fornecer à equipa da farmácia toda a informação necessária para poderem agir perante uma suspeita de COVID-19 e entender quais as medidas de prevenção a adotar quer por profissionais de saúde quer por utentes podendo aconselhar quais os melhores equipamentos de proteção e como fazer a sua utilização.

Para além da informação técnico científica e epidemiológica fornecida, a formação serviu ainda para esclarecer algumas dúvidas acerca de alguns mitos que surgiram durante o início da pandemia e de forma a que essas dúvidas pudessem ser também esclarecidas à população.

Durante a apresentação da formação a equipa manteve-se interessada e houve sempre espaço para a realização de perguntas e esclarecimento de dúvidas que existissem.

Conclusão Final

O estágio curricular tornou-se das experiências mais gratificantes que pude obter ao longo destes 5 anos. Esta é uma etapa que possibilita pôr em prática e perceber todos os conhecimentos que foram adquiridos ao longo do percurso.

As temáticas desenvolvidas por mim na farmácia permitiram aumentar principalmente o meu conhecimento teórico e da equipa da farmácia, podendo depois transmitir a informação obtida atrás da realização de atendimentos mais informados, personalizados e eficazes.

Durante o estágio, pude entender qual é a dinâmica de trabalhar numa farmácia comunitária e toda a importância que o farmacêutico tem no apoio a todos os utentes do nosso sistema de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- [1]. Farmácias Holon – Missão, disponível em: <https://www.farmaciasholon.pt/> [acedido em 13/03/2020]
- [2]. Diário da República Eletrónico. Decreto-Lei n.º 307/2007 de 31 de agosto. Diário da República n.º 168/2007, Série I de 2007-08-31.
- [3]. Conselho Nacional da Qualidade (2009). Boas Práticas Farmacêuticas para a Farmácia Comunitária (BPF). 3ª edição. Ordem dos Farmacêuticos, Lisboa.
- [4]. Iglésias-Ferreira, P. and H. Santos, Boletim do CIM - Dispensação Clínica de Medicamentos. Ordem dos Farmacêuticos.
- [5]. Diário da República Eletrónico. Decreto-Lei n.º 176/2006, de 30 de agosto. Diário da República n.º 167/2006, Série I de 2006-08-30.
- [6]. INFARMED. Normas relativas à dispensa de medicamentos e produtos de saúde, disponível em: www.infarmed.pt. [acedido em 13/03/2020]
- [7]. Diário da República Eletrónico. Portaria nº 224/2015 de 27 de julho. Diário da República nº 144/2015, Série I de 2015-07-27.
- [8]. Diário da República Eletrónico. Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de janeiro. Diário da República n.º 18/1993, Série I-A de 1993-01-22.
- [9]. Diário da República Eletrónico. Portaria nº 18-A/2015 de 02 de fevereiro. Diário da República nº 22/2015, Série I de 2015-02-02.
- [10]. INFARMED: Guia dos Genéricos e Preços de Referência. disponível em: www.infarmed.pt [acedido em 14/03/2020]
- [11]. Serviço Nacional de Saúde. Medicamentos. disponível em: <https://www.sns.gov.pt> [acedido em 14/03/2020]
- [12]. Diário da República Eletrónico. Portaria nº 195-D/2015 de 30 de junho. Diário da República nº 125/2015, Série I de 2015-06-30.
- [13]. Administração Central Do Sistema de Saúde (2017). Manual de Relacionamento das Farmácias com o Centro de Conferência de Faturas do SNS. Ministério da Saúde.
- [14]. Diário da República Eletrónico. Decreto-Lei n.º 136/2003, de 28 de junho. Diário da República n.º 147/2003, Série I-A de 2003-06-28.
- [15]. INFARMED. Dispositivos Médicos. Disponível em: <http://www.infarmed.pt> [acedido em 21/03/2020]
- [16]. Diário da República Eletrónico. Decreto-Lei n.º 145/2009, de 17 de junho. Diário da República n.º 115/2009, Série I de 2009-06-17.
- [17]. Diário da República Eletrónico. Decreto-Lei n.º 148/2008, de 29 de julho. Diário da República n.º 145/2008, Série I de 2008-07-29.

- [18]. Diário da República Eletrónico. Decreto-Lei n.º 184/97, de 26 de julho. Diário da República n.º 171/1997, Série I-A de 1997-07-26.
- [19]. VALORMED. Processo. Disponível em: <http://www.valormed.pt> [acedido em 21/03/2020]
- [20]. SPACV, Alerta Doença Venosa. Disponível em: <https://www.alertadoencavenosa.pt/> [acedido em 21/03/2020]
- [21]. Wittens C, Davies AH, Baekgaard N, Broholm R, Cavezzi A, Chastanet S, et al. Editor's Choice – Management of Chronic Venous Disease. *European Journal Of Vascular And Endovascular Surgery* 2015 Jun; 49 (6): 678-737.
- [22]. Davies AH. The Seriousness of Chronic Venous Disease: a review of real-world evidence. *Advances In Therapy* 2019 Feb; 36 (1): 5-12.
- [23]. Mansilha A, Sousa J. Pathophysiological Mechanisms of Chronic Venous Disease and Implications for Venoactive Drug Therapy. *International Journal Of Molecular Sciences* 2018 Jun; 19 (6): 1669-1678.
- [24]. Mcardle M, Hernandez-Vila EA. Management of Chronic Venous Disease. *Texas Heart Institute Journal* 2017 Out; 44 (5): 347-349.
- [25]. Castro-Ferreira R, Cardoso R, Leite-Moreira A, Mansilha A. The Role of Endothelial Dysfunction and Inflammation in Chronic Venous Disease. *Annals Of Vascular Surgery* 2018 Jan; 46: 380-393.
- [26]. Kelechi TJ, Johnson JJ, Yates S. Chronic venous disease and venous leg ulcers: an evidence-based update. *Journal Of Vascular Nursing* 2015 Jun; 33 (2): 36-46.
- [27]. Vuylsteke M, Thomis S, Guillaume G, Modliszewski ML, Weides N, Staelens I. Epidemiological Study on Chronic Venous Disease in Belgium and Luxembourg: prevalence, risk factors, and symptomatology. *European Journal Of Vascular And Endovascular Surgery* 2015 Abr; 49 (4): 432-439.
- [28]. Meulendijks AM, Franssen WMA, Schoonhoven L, Neumann HAM. A scoping review on Chronic Venous Disease and the development of a Venous Leg Ulcer: the role of obesity and mobility. *Journal Of Tissue Viability* 2020 Ago; 29 (3): 190-196.
- [29]. Fan CM. Venous Pathophysiology. *Seminars In Interventional Radiology* 2005 Set; 22 (3): 157-161.
- [30]. Pappas PJ, Lakhanpal S, Nguyen KQ, Vanjara R. The Center for Vein Restoration Study on presenting symptoms, treatment modalities, and outcomes in Medicare-eligible patients with chronic venous disorders. *Journal Of Vascular Surgery: Venous and Lymphatic Disorders* 2018 Jan; 6 (1): 13-24.
- [31]. Ordem dos Farmacêuticos. Publicações: Doença Venosa Crónica. Disponível em: <https://www.ordemfarmaceuticos.pt/> [acedido em 15/04/2020]

- [32]. Labropoulos N. How Does Chronic Venous Disease Progress from the First Symptoms to the Advanced Stages? A Review. *Advances In Therapy* 2019 Fev; 36 (1): 13-19.
- [33]. Youn YJ, Lee J. Chronic venous insufficiency and varicose veins of the lower extremities. *The Korean Journal Of Internal Medicine* 2019 Mar; 34 (2): 269-283.
- [34]. SaúdeBemEstar. Exames, Imagiologia, Eco-Doppler. Disponível em: <https://www.saudebemestar.pt/>
- [35]. Mendes AP. Doença venosa crónica: Aliviar os sintomas e prevenir complicações. *Cento de Informação do Medicamento*, 2017. Disponível em: <https://www.ordemfarmaceuticos.pt/> [acedido em 15/04/2020]
- [36]. CUF. Doença Venosa Crónica. Disponível em: <https://www.cuf.pt/>
- [37]. Caggiati A, Maeseneer M, Cavezzi A, Mosti G, Morrison N. Rehabilitation of patients with venous diseases of the lower limbs: state of the art. *Phlebology: The Journal of Venous Disease* 2018 Jan; 33 (10): 663-671.
- [38]. Nicolaidis A, Kakkos S, Baekgaard N, Comerota A, Maesener M, Eklof B, et al. Management of chronic venous disorders of the lower limbs. Guidelines According to Scientific Evidence. Part I. *International Angiology* 2018 May; 37 (3): 181-254.
- [39]. Carpentier P, Van Bellen B, Karetova D, Hanafiah H, Enriquez-Vega E, Kirienko A, et al. Clinical efficacy and safety of a new 1000-mg suspension versus twice-daily 500-mg tablets of MPFF in patients with symptomatic chronic venous disorders: a randomized controlled trial. *International Angiology* 2017 Jul; 36 (5): 402-409.
- [40]. OMS. Prevention of Allergy and Allergic Asthma, janeiro de 2002, disponível em: <https://www.who.int/eportuguese/publications/pt/> [acedido em 17/04/2020]
- [41]. Small P, Keith PK, Kim H. Allergic rhinitis. *Allergy, Asthma & Clinical Immunology* 2018 Set; 14 (2): 31-41.
- [42]. ASCIA. Allergic Rhinitis (Hay Fever), abril de 2019, disponível em: <https://www.allergy.org.au/patients/allergic-rhinitis-hay-fever-and-sinusitis/allergic-rhinitis-or-hay-fever> [acedido em 17/04/2020]
- [43]. Bjermer L, Westman M, Holmstrom M, Wickman MC. The complex pathophysiology of allergic rhinitis: scientific rationale for the development of an alternative treatment option. *Allergy, Asthma & Clinical Immunology* 2019 Abr; 15 (1): 1-15.
- [44]. Okubo K, Kurono Y, Ichimura K, Enomoto T, Okamoto Y, Kawauchi H, et al. Japanese guidelines for allergic rhinitis 2017. *Allergology International* 2017 Abr; 66 (2): 205-219.
- [45]. LETIPharma Alergia. Quais são os sintomas da Alergia?, disponível em: <https://alergia.leti.com/pt/> [acedido em 21/04/2020]

- [46]. Leonardi A, Castegnaro A, Valerio ALG, Lazzarini D. Epidemiology of allergic conjunctivitis. *Current Opinion In Allergy And Clinical Immunology* 2015 Out; 15 (5): 482-488.
- [47]. Azari, AA, Barney NP. Conjunctivitis. *Jama* 2013 Out; 310 (16): 1721-1729.
- [48]. Miyazaki D, Fukagawa K, Okamoto S, Fukushima A, Uchio E, Ebihara N, et al. Epidemiological aspects of allergic conjunctivitis. *Allergology International* 2020 Out; 69 (4): 487-495.
- [49]. Takamura E, Uchio E, Ebihara N, Ohno S, Ohashi Y, Okamoto S, et al. Japanese guidelines for allergic conjunctival diseases 2017. *Allergology International* 2017 Abr; 66 (2): 220-229.
- [50]. Dupuis P, Prokopich CL, Hynes A, Kim H. A contemporary look at allergic conjunctivitis. *Allergy, Asthma & Clinical Immunology* 2020 Jan; 16 (1): 1-18.
- [51]. Larosa M, Lionetti E, Reibaldi M, Russo A, Longo A, Leonardi S, et al. Allergic conjunctivitis: a comprehensive review of the literature. *Italian Journal Of Pediatrics* 2013 Mar; 39 (1): 1-8.
- [52]. Expresso. Do Coronavírus ao Covid-19: a cronologia de uma epidemia, disponível em: <https://expresso.pt/internacional/2020-02-14-Do-Coronavirus-ao-Covid-19-a-cronologia-de-uma-epidemia> [acedido em 25/04/2020]
- [53]. Jornal de Notícias. Cronologia de acontecimentos da epidemia do coronavírus, disponível em: <https://www.jn.pt/mundo/cronologia-de-acontecimentos-da-epidemia-do-coronavirus-11931276.html> [acedido em 25/04/2020]
- [54]. Fauci AS, Lane HC, Redfield RR. Covid-19 – Navigating the Uncharted. *New England Journal Of Medicine*, 2020 Mar; 382 (13): 1268-1269.
- [55]. Lana RM, Coelho FC, Gomes MFC, Cruz OG, Bastos LS, Villela DA, et al. Emergência do novo coronavírus (SARS-CoV-2) e o papel de uma vigilância nacional em saúde oportuna e efetiva. *Cadernos de Saúde Pública*, 2020 Jan; 36 (3): 1-5.
- [56]. Zu ZY, Jiang M, Xu PP, Chen W, Ni QQ, Lu GM, et al. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19): a perspective from china. *Radiology* 2020 Ago; 296 (2): 15-25.
- [57]. Singhal T. A Review of Coronavirus Disease-2019 (COVID-19). *The Indian Journal Of Pediatrics* 2020 Mar; 87 (4), 281-28.
- [58]. Yang Y, Xiao Z, Ye K, He X, Sun B, Qin Z, et al. SARS-CoV-2: characteristics and current advances in research. *Virology Journal* 2020 Jul; 17 (117).
- [59]. Zhou P, Yang X., Wang X. et al. A pneumonia outbreak associated with a new coronavirus of probable bat origin. *Nature* 2020 Feb; 579: 270–273.
- [60]. Walls AC, Park YJ, Tortorici MA, Wall A, Mcguire AT, Veessler D. Structure, Function, and Antigenicity of the SARS-CoV-2 Spike Glycoprotein. *Cell* 2020 Abr; 181 (2): 281-292.

- [61]. Gheblawi M, Wang K, Viveiros A, Nguyen Q, Zhong JC, Turner AJ et al. Angiotensin-Converting Enzyme 2: SARS-CoV-2 Receptor and Regulator of the Renin-Angiotensin System. *Wolters Kluwer Public Health Emergency Collection* 2020 May; 126 (10): 1456-1474.
- [62]. Andersen KG, Rambaut A, Lipkin WI, Holmes EC, Garry RF. The proximal origin of SARS-CoV-2. *Nature Medicine* 2020 Mar; 26 (4): 450-452.
- [63]. Peng X, Xu X, Li Y, Cheng L, Zhou X, Ren B. Transmission routes of 2019-nCoV and controls in dental practice. *International Journal Of Oral Science* 2020 Mar; 12 (1): 1-6.
- [64]. Van Doremalen N, Bushmaker T, Morris DH, Holbrook MG, Gamble A, Williamson BN, et al. Aerosol and Surface Stability of SARS-CoV-2 as Compared with SARS-CoV-1. *New England Journal Of Medicine* 2020 Abr; 382 (16): 1564-1567.
- [65]. Alzamora MC, Paredes T, Caceres D, Webb CM, Valdez LM, Larosa M. Severe COVID-19 during Pregnancy and Possible Vertical Transmission. *American Journal Of Perinatology* 2020 Abr; 37 (8): 861-865.
- [66]. Hindson J. COVID-19: faecal-oral transmission?. *Nature Reviews Gastroenterology & Hepatology* 2020 Mar; 17 (5): 259.
- [67]. CDC. Groups at Higher Risk for Severe Illness. Disponível em: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/need-extra-precautions/groups-at-higherrisk.html> [acedido em 26/04/2020]
- [68]. SNS. Grupos de Risco. Disponível em: <https://www.sns24.gov.pt/tema/doencas-infecciosas/covid-19/grupos-de-risco/#sec-0> [acedido em 26/04/2020]
- [69]. Direção Geral de Saúde. Relatório de Situação nº211, disponível em: <https://covid19.min-saude.pt/> [acedido em 27/04/2020]
- [70]. ANF. CEDIME informa nº 173 R_0 e R_t – O Que São, Quais as Diferenças e Como Interpretar, maio de 2020. [acedido em 26/04/2020]
- [71]. INSA. Covid-19: curva epidémica e parâmetros de transmissibilidade – Relatórios de 25 de setembro de 2020, disponível em: <http://www.insa.min-saude.pt/category/areas-de-atuacao/epidemiologia/covid-19-curva-epidemica-e-parametros-de-transmissibilidade/> [acedido em 29/04/2020]
- [72]. University of Oxford. News, Dexamethasone reduces death in hospitalised patients with severe respiratory complications of COVID-19, 16 de junho de 2020, disponível em: <https://www.ox.ac.uk/news/2020-06-16-dexamethasone-reduces-death-hospitalised-patients-severe-respiratory-complications#> [acedido em 29/04/2020]
- [73]. SANARMED. Vacina para COVID-19: a corrida, disponível em: <https://www.sanarmed.com/> [acedido em 30/04/2020]
- [74]. DGS. Saúde e Atividades Diárias: Medidas Gerais de Prevenção e Controlo da COVID-19, vol. 1, 14 de maio de 2020

[75]. DGS. Orientação nº 010/2020 – Infecção por SARS-CoV-2 (COVID-19) – Distanciamento Social e Isolamento, 16 de março de 2020, disponível em: <https://covid19.min-saude.pt/orientacoes/> [acedido em 03/05/2020]

[76]. DGS. Informação nº 009/2020 – COVID-19: Fase de Mitigação – Uso de Máscaras na Comunidade, 14 de abril de 2020, disponível em: <https://covid19.min-saude.pt/orientacoes/> [acedido em 03/05/2020]

[77]. DGS. Orientação nº 014/2020 – Infecção por SARS-CoV-2 (COVID-19) – Limpeza e desinfecção de superfícies em estabelecimentos de atendimento ao público ou similares, 21 de março de 2020, disponível em: <https://covid19.min-saude.pt/orientacoes/> [acedido em 06/05/2020]

[78]. DGS. Orientação nº 013/2020 – Profissionais de Saúde com Exposição a SARS-CoV-2 (COVID-19), 21 de março de 2020, disponível em: <https://covid19.min-saude.pt/orientacoes/> [acedido em 07/05/2020]

ANEXOS

Anexo 1 – Protocolo de Aconselhamento sobre a Doença Venosa Crónica

Farmácia do Campo | Diogo Monteiro

Doença Venosa Crónica - Protocolo de Aconselhamento

A **Doença Venosa Crónica** é uma doença característica dos países desenvolvidos. Apesar de uma doença bem caracterizada, é ainda uma patologia muito subestimada quer por doentes, quer por profissionais de saúde. Quando não controlada, esta patologia pode ter grandes impactos na qualidade de vida e a nível económico.^{[1][2]}

Esta patologia apresenta como sintomas a **sensação de formigueiro, ardor, câibras, dor e sensação de pernas pesadas ou cansadas** afetando mais as mulheres do que os homens.^{[2][3]}

Numa situação normal, o nosso corpo tem diversas estruturas responsáveis por fazer com que o sangue que se encontra nos membros inferiores consiga contrariar a força da gravidade e alcance o coração. Dentro das estruturas responsáveis por criar um gradiente de pressão e fazer o sangue voltar ao coração podemos destacar o **coração, os músculos dos gêmeos, o plexo venoso plantar e as válvulas venosas**.^[4]

Quando o fluxo sanguíneo sofre alterações, o ciclo vicioso proporcionado pela **hipertensão venosa e a inflamação venosa crónica** tem como efeito uma perda da capacidade das válvulas venosas e um aumento do retorno venoso. A hipertensão venosa resulta numa alteração do fluxo venoso levando a um aumento de mediadores inflamatórios. Por sua vez, os mediadores inflamatórios levam a uma degeneração progressiva das válvulas e da parede venosa. A perda de elasticidade pela parede venosa por consequência traduz-se no aumento da hipertensão venosa dando assim continuidade ao ciclo.^{[1][5][6]}

Classificação CEAP

Para a avaliação do estado de evolução da Doença Venosa Crónica, foi criada uma forma de classificação clínica internacionalmente aceite, a Classificação CEAP (Clínica, Etiológica, Anatómica, Fisiopatológica) que permite determinar o grau de gravidade.^{[7][8]} Esta classificação envolve 7 patamares:

1

Farmácia do Campo | Diogo Monteiro

- C0 – presença de sintomas, mas sem sinais visíveis ou palpáveis
- C1 – telangiectasias ou varizes reticulares
- C2 – varizes, sem edema e sem alterações tróficas
- C3 – edema, com ou sem varizes, mas sem alterações tróficas
- C4 – alterações tróficas da pele resultantes de doença venosa, com pigmentação, lipodermatosclerose e ou atrofia branca
- C5 – úlcera venosa cicatrizada, com ou sem edema e/ou varizes
- C6 – úlcera venosa ativa, com ou sem edema e/ou varizes

Fatores de Risco^{[4][8]}

- Fatores Genéticos
- Ser do Género Feminino
- Obesidade
- Gravidez
- Idade Avançada
- Manter-se de Pé durante muito tempo
- Falta de Atividade Física
- Obstipação
- Tabagismo

Questões Fundamentais a realizar para Avaliação Clínica

Quais são os sintomas que tem?

Há quanto tempo tem a perceção desses sintomas? É a primeira vez?

Trata-se de uma situação recorrente?

Toma alguma outra medicação? Tem alergias?

Em que momentos sente um agravar dos sintomas?

Já utilizou medidas terapêuticas para este problema? Surgiram resultados?

Já alguma vez usou meias de compressão? Resultou?

De que forma estes sintomas afetam a realização das suas tarefas do dia a dia?

Sente dificuldade em dormir devido às pernas cansadas?

Farmácia do Campo | Diogo Monteiro

Situações em que se deve recorrer a referência médica

Utentes com Classificação C2 ou superior

Está contraindicado o uso de meias de compressão

Terapêutica instituída não se traduz em melhoria dos sintomas

Sempre que subsista a perceção do profissional que a intervenção não atenuará o problema

Medidas Não Farmacológicas

Evitar manter-se muito tempo sentado ou de pé na mesma posição;

Praticar exercício físico regularmente e com equipamento apropriado. Evitar desportos de grande impacto como basquetebol, squash e ténis;

Exposição ao sol e ao calor não são muito aconselhados por agravarem os sintomas. Quando estiver 30 minutos à luz solar, deverá passar os 10 minutos seguintes com as pernas dentro de água fria;

Praticar uma dieta rica em fibras, e com ingestão de muita água de forma a evitar o excesso de peso e sintomas de obstipação, que levam ao aumento da pressão sanguínea nas veias;

Usar roupas largas de forma a evitar que interfiram na circulação venosa;

Quando estiver em repouso ou for dormir, colocar os pés 10 a 15 cm mais elevadas que o resto do corpo para facilitar o retorno venoso;

Fazer massagens nos membros inferiores de forma ascendente;

Usar meias de compressão:

- Promovem o retorno venoso e diminuem a estase venosa;
- Apresentam vários níveis de compressão conforme a gravidade da doença venosa;

Farmácia do Campo | Diogo Monteiro

Classes de Compressão	Compressão no Tornozelo	Indicações
Classe I (compressão ligeira)	18-21 mmHg	C0, C1 e C2
Classe II (compressão média)	23-32 mmHg	C1, C2, C3, C4 e C5
Classe III (compressão forte)	34-46 mmHg	C5
Classe IV (compressão muito forte)	Igual ou Superior a 49 mmHg	Linfedema Elefantíase

É muito importante que o utente seja esclarecido sobre qualquer dúvida que tenha relativa à utilização de meias de compressão, principalmente sobre como as calçar corretamente, quanto tempo permanecer com as meias colocadas, quando substituir as meias e como realizar a higiene diária.

O uso destas meias está contraindicado para situações de:

- Suspeita de doença arterial periférica
- Bypass arterial periférico
- Dermatite, enxerto cutâneo recente ou úlcera venosa
- Alergia ao material de fabrico das meias
- Insuficiência Cardíaca Congestiva descompensada
- Edema pulmonar ou dos membros inferiores
- Membros inferiores que apresentem um volume superior ao normal e não seja possível colocar a meia adequadamente

Medidas Farmacológicas

Venotrópicos – grupo de fármacos heterogêneos sendo maioritariamente extratos de plantas. Têm como principais mecanismos de ação a diminuição da permeabilidade capilar e a libertação de mediadores inflamatórios. São responsáveis por diminuir os sintomas relacionados com a Doença Venosa Crónica, redução do edema e, em associação com as meias de compressão, pela cicatrização de úlceras venosas.

- **Fração Flavonoide Purificada e Micronizada (FFPM)** – constituída por diosmina e hesperidina capaz de diminuir a sensação de pernas cansadas e auxiliar na cicatrização da úlcera venosa.
- **Escina** – capaz de reduzir a dor, edema e prurido associado à Doença Venosa Crónica, não apresentando qualquer tipo de melhoria no que se trata da cicatrização de úlceras venosas
- **Diosmina e Hidrosmina** – auxilia na redução da dor, sensação de pernas pesadas, edema e alterações tróficas
- **Extrato de folha de Videira Vermelha** – ajuda na diminuição do volume dos membros inferiores e os sintomas da Doença Venosa Crónica

Estes medicamentos nunca devem ser tomados simultaneamente por risco de reações e interações adversas. A FFPM apresenta eficácia, segurança e aceitabilidade documentadas para o tratamento da mulher grávida.^{[2][9][10][11]}

Além dos tratamentos farmacológicos por via oral, pode sempre se optar por escolher um medicamento de aplicação tópica como co-adjuvante no alívio dos sintomas. Para tal efeito podemos usar o **Venaparil® Gel, Hirudoid® creme ou gel, Rimanal® Gel ou Thrombocid® Gel.**

Bibliografia

- [1]. Wittens C, Davies AH, Baekgaard N, Broholm R, Cavezzi A, Chastanet S, et al. Editor's Choice – Management of Chronic Venous Disease. *European Journal Of Vascular And Endovascular Surgery* 2015 Jun; 49 (6): 678-737.
- [2]. Davies AH. The Seriousness of Chronic Venous Disease: a review of real-world evidence. *Advances In Therapy* 2019 Feb; 36 (1): 5-12.
- [3]. Pappas PJ, Lakhanpal S, Nguyen KQ, Vanjara R. The Center for Vein Restoration Study on presenting symptoms, treatment modalities, and outcomes in Medicare-eligible patients with chronic venous disorders. *Journal Of Vascular Surgery: Venous and Lymphatic Disorders* 2018 Jan; 6 (1): 13-24.
- [4]. SPACV, Alerta Doença Venosa. Disponível em: <https://www.alertadoencavenosa.pt/> [acedido em 21/03/2020]
- [5]. Mansilha A, Sousa J. Pathophysiological Mechanisms of Chronic Venous Disease and Implications for Venoactive Drug Therapy. *International Journal Of Molecular Sciences* 2018 Jun; 19 (6): 1669-1678.
- [6]. Castro-Ferreira R, Cardoso R, Leite-Moreira A, Mansilha A. The Role of Endothelial Dysfunction and Inflammation in Chronic Venous Disease. *Annals Of Vascular Surgery* 2018 Jan; 46: 380-393.
- [7]. Kelechi TJ, Johnson JJ, Yates S. Chronic venous disease and venous leg ulcers: an evidence-based update. *Journal Of Vascular Nursing* 2015 Jun; 33 (2): 36-46.
- [8]. Ordem dos Farmacêuticos. Publicações: Doença Venosa Crónica. Disponível em: <https://www.ordemfarmaceuticos.pt/> [acedido em 15/04/2020]
- [9]. Mcardle M, Hernandez-Vila EA. Management of Chronic Venous Disease. *Texas Heart Institute Journal* 2017 Out; 44 (5): 347-349.
- [10]. Mendes AP. Doença venosa crónica: Aliviar os sintomas e prevenir complicações. *Cento de Informação do Medicamento*, 2017. Disponível em: <https://www.ordemfarmaceuticos.pt/> [acedido em 15/04/2020]
- [11]. Carpentier P, Van Bellen B, Karetova D, Hanafiah H, Enriquez-Vega E, Kirienko A, et al. Clinical efficacy and safety of a new 1000-mg suspension versus twice-daily 500-mg tablets of MPFF in patients with symptomatic chronic venous disorders: a randomized controlled trial. *International Angiology* 2017 Jul; 36 (5): 402-409.

Anexo 2 – Panfleto sobre Prevenção da Rinite Alérgica



A Rinite Alérgica, também reconhecida como Febre dos Fenos é uma doença inflamatória crónica da mucosa nasal, consequência da resposta à presença de um alergénio específico. Estima-se que afete cerca de 1 em cada 5 pessoas da população portuguesa e quando não tratada ou controlada, seja responsável por causar complicações como conjuntivite, sinusite ou asma.

Principais Sintomas:

- Corimento ou Pingo do Nariz
- Nariz Entupido
- Comichão no Nariz, Céu da Boca e Garganta
- Espirros
- Olhos Vermelhos e Lacrimejantes



A presença destes sintomas ao longo de grande períodos de tempo pode contribuir para a **perturbação do sono, cansaço, dores de cabeça, irritabilidade e mau desempenho cognitivo.**

Agentes Desencadeadores:

- Pólen (especialmente na altura da Primavera onde os níveis se encontram mais elevados)
- Ácaros do Pó
- Fungos
- Pelos dos Animais



Quanto à duração da sintomatologia a Rinite Alérgica pode ser de dois tipos:

Persistente - Mais de 4 dias por semana e por mais de 4 semanas consecutivas

Intermitente - Menos de 4 dias por semana ou menos de 4 semanas consecutivas

Medidas que podem ajudar a minimizar as crises

Estas medidas têm como principal impacto reduzir o contacto com o alergénio. Caso persistam os sintomas mesmo com adoção destas medidas é recomendado que consulte o seu médico ou farmacêutico para se aconselhar sobre o melhor a fazer.

- Manter as janelas e portas de casa fechadas nos dias mais ventosos
- Usar o ar condicionado do carro em vez de abrir as janelas
- Privilegiar passeios à beira mar em vez de passeios em parques ou campos
- Manter a casa limpa, sem pó e controlar a humidade
- Reduzir ao máximo o uso de alcatifas, tapetes ou peluches nas zonas mais utilizadas na casa
- Fazer lavagens regulares das fossas nasais com soluções salinas
- Não Fumar

Anexo 3 – Protocolo de Aconselhamento sobre a Conjuntivite Alérgica

Farmácia do Campo | Diogo Monteiro

Conjuntivite Alérgica – Protocolo de Aconselhamento

A **Conjuntivite Alérgica** caracteriza-se pela produção de uma resposta imune de hipersensibilidade do tipo I pela conjuntiva a alérgenos externos específicos. A Conjuntivite Alérgica é uma doença inflamatória ocular das mais comuns, sendo também das mais subdiagnosticadas.^{[1][2]} Muitas vezes associada a pessoas que também sofrem de Asma, Rinite Alérgica ou Eczema, a Conjuntivite Alérgica caracteriza-se por apresentar como sintomas o **prurido, vermelhidão, lacrimejo, comichão, ardor, sensação de picada e secreção aquosa em ambos os olhos (bilateral)**.^[3]

Um dos principais sintomas que permitem uma diferenciação entre a Conjuntivite Alérgica e Conjuntivite Infeciosa é o facto de na Conjuntivite Infeciosa quer vírica, quer bacteriana primeiro é afeta um olho, e depois passa para o outro.

Conjuntivite Alérgica Sazonal	Agentes responsáveis: pólenes de árvores, gramíneas e ervas daninhas ou esporos fúngicos Períodicidade: Primavera, fim do Verão ou início do Outono
Conjuntivite Alérgica Perene	Agentes responsáveis: ácaros do pó, pelos e peles dos animais e penas de pássaros Períodicidade: ao longo de todo o ano Um tipo mais grave de conjuntivite alérgica
Ceratoconjuntivite	Períodicidade: dos 5 aos 20 anos associadas a outras patologias (eczema, asma, alergias); reaparece durante a Primavera e desaparece no Outono ou Inverno Normalmente resolve-se quando o utente chega à idade adulta

Farmácia do Campo | Diogo Monteiro

Questões Fundamentais a realizar para Avaliação Clínica

Quais são os sintomas que tem?

Há quanto tempo tem a percepção desses sintomas? É a primeira vez?

Tem alergias?

Sente que afeta só um olho ou os dois?

Apresenta secreções? De que tipo?

Sente dor ou sensibilidade à luz?

Persentiu alterações na qualidade da visão?

Usa lentes de contacto?

Encontra-se grávida ou a amamentar?

Toma alguma medicação?

Já utilizou medidas terapêuticas para este problema? Surgiram resultados?

Situações em que se deve recorrer a referência médica

Criança com idade inferior a 3 anos

Perturbação da Visão

Dor Ocular

Sensibilidade à luz

Sintomas unilaterais (suspeita de Conjuntivite Infeciosa)

Presença de corpo estranho no olho

Cirurgia recente aos olhos ou uso inicial de lentes de contacto

Inefetividade do tratamento ou sintomatologia que dura por mais de 3 dias

Sempre que subsista a percepção do profissional que a intervenção não atenuará o problema

Medidas Não Farmacológicas

Evitar os alergénios específicos responsáveis pela resposta inflamatória:

Ácaros do Pó: aspirar regularmente o chão das áreas mais frequentadas, evitar ter um elevado número de tapetes, carpetes e alcatifas, limpar o pó regularmente, e evitar objetos passíveis de acumular muito pó como peluches e livros;

Bolores e fungos: controlar os níveis de humidade em casa, usar desumidificador;

Pólen: evitar atividades de longa duração fora de casa nas épocas polínicas, principalmente de manhã e à noite, e evitar manter portas e janelas abertas também neste período;

Pelos e peles dos animais: reduzir ao máximo o contacto com os animais, escovar o seu pelo regularmente;

Lavar os olhos com água ou soro fisiológico;

Lavar as mãos com frequência e evitar o contacto com os olhos;

Não partilhar produtos cosméticos, toalhas ou lenços;

Durante o período em que está afetado evitar o uso de lentes de contacto;

Evitar ambientes que contenham substâncias irritativas (ex. fumo do tabaco);

Aplicação de Compressas Frias Esterilizadas;

Medidas Farmacológicas

Soluções Oftálmicas de Conforto:

Formulações constituídas por água, sais minerais e polímeros, de preferência formas unidose e sem conservantes

Aplicar várias vezes ao dia

Medicamentos que podem ser utilizados no tratamento da Conjuntivite Alérgica Não Sujeitos a Receita Médica

Nome Comercial	Substância Ativa	Posologia	Precauções	Validade
Colírios Anti-Histaminicos				
Allergodil®	Azelastina 0,5 mg/ml	1 gota 2x por dia	Não recomendado durante a gravidez e o aleitamento Máximo de 6 semanas de tratamento	4 semanas após a abertura
Colírios Inibidores da Desgranulação dos Mastócitos				
Cromabak®	Cromoglicato 20 mg/ml	1 gota 4 a 6x por dia	Não recomendado durante a gravidez e a amamentação Deve parar o seu uso logo que desapareçam os sintomas de alergia	8 semanas após a abertura
Fenolip®	Cromoglicato 20 mg/ml	1 gota 4x por dia	Não recomendado durante a gravidez e a amamentação	30 dias após a abertura
Opticrom®	Cromoglicato 20 mg/ml	1 a 2 gotas 4x por dia	Não recomendado durante a gravidez e a amamentação	4 semanas após a abertura
Colírios Vasoconstritores/Descongestionantes				
Alerjon®	Oximetazolina 0,25 mg/ml	1 a 2 gotas 4x por dia	O uso de lentes de contacto deve ser evitado Não recomendado para crianças de idade inferior a 6 anos Máximo 3 dias de tratamento	4 semanas após a abertura

Medicamentos que podem ser utilizados no tratamento da Conjuntivite Alérgica de Venda Exclusiva em Farmácia

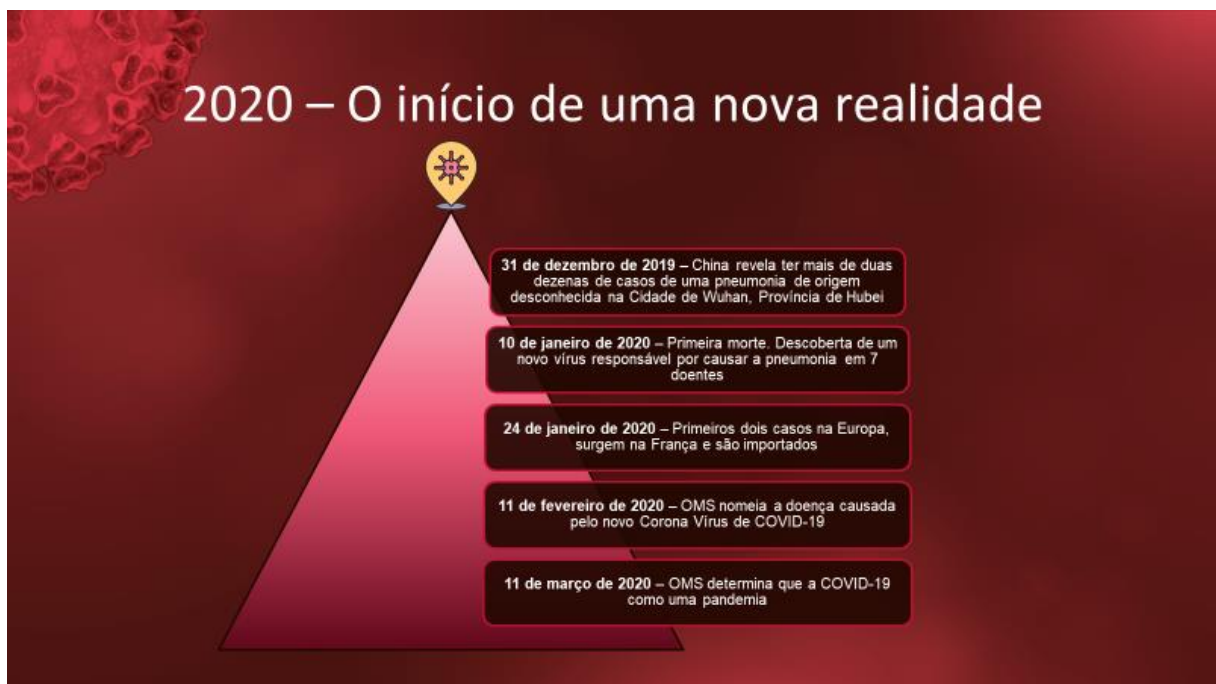
Nome Comercial	Substância Ativa	Posologia	Precauções	Validade
Colírios Anti-Histamínicos e Inibidores da Desgranulação dos Mastócitos				
Lidina®	Cetotifeno 0,125 mg/0,5 ml	1 gota 2x por dia	Pode ser usado durante a amamentação Na gravidez só com prescrição médica	3 meses após a abertura
Zaditen®	Cetotifeno 0,25 mg/ml	1 gota 2x por dia	Pode ser usado durante a amamentação Na gravidez só com prescrição médica	4 semanas após a abertura

Para além destas opções terapêuticas, em algumas situações pode ser necessário recorrer a outro tipo de colírios **Anti-inflamatórios Não Esteroides (AINES) ou Corticosteroides**. No entanto, o uso destas opções terapêuticas tem que ser bem controlado pois podem provocar efeitos adversos, sendo por isso classificados como medicamentos sujeitos a receita médica.

Bibliografia

- [1]. Azari, AA, Barney NP. Conjunctivitis. *Jama* 2013 Out; 310 (16): 1721-1729.
- [2]. Miyazaki D, Fukagawa K, Okamoto S, Fukushima A, Uchio E, Ebihara N, et al. Epidemiological aspects of allergic conjunctivitis. *Allergology International* 2020 Out; 69 (4): 487-495.
- [3]. Takamura E, Uchio E, Ebihara N, Ohno S, Ohashi Y, Okamoto S, et al. Japanese guidelines for allergic conjunctival diseases 2017. *Allergology International* 2017 Abr; 66 (2): 220-229.
- [4]. Dupuis P, Prokopich CL, Hynes A, Kim H. A contemporary look at allergic conjunctivitis. *Allergy, Asthma & Clinical Immunology* 2020 Jan; 16 (1): 1-18.
- [5]. Larosa M, Lionetti E, Reibaldi M, Russo A, Longo A, Leonardi S, et al. Allergic conjunctivitis: a comprehensive review of the literature. *Italian Journal Of Pediatrics* 2013 Mar; 39 (1): 1-8.
- [6]. INFARMED. INFOMED – Base de Dados de Medicamentos de Uso Humano. Disponível em: <https://extranet.infarmed.pt/INFOMED-fo/> [acedido em 23/04/2020]

Anexo 4 – Apresentação do Projeto “COVID-19 – Uma “Nova” Realidade”



O que é uma pandemia?

- "...situação em que a ocorrência de uma determinada **doença infecciosa** não ocorre apenas em uma determinada localidade, **espalhando-se por diversos países e em mais de um continente**, com **transmissão sustentada** entre pessoas."^[2.]
- Geralmente associadas a **doenças virais**
- Relaciona-se com a **distribuição geográfica alargada** e não com o nível de severidade da doença
- Pandemias:
 - **Gripe Espanhola** (afetou cerca de 40% da população, e provocou 50 milhões de mortes);
 - **HIV**;
 - **Gripe A** (afetou 187 países, e provocou 300 mil mortes)

Coronaviridae

- Ordem: **Nidovirales**, Família: **Coronaviridae**
- Vírus com o **maior genoma** dentro dos vírus de **cadeia simples de RNA**
- Apresenta **glicoproteínas de superfície (S)** que formam uma espécie de **coroa** que é responsável pelo nome do Vírus
- Infetam maioritariamente animais, **aves e mamíferos**
- Responsáveis por originar infecções com sintomatologia a nível do **trato respiratório e/ou gastrointestinal** podendo ser de maior ou menor gravidade
 - **Síndrome Respiratória Aguda Grave (SARS)** – 2003
 - **Síndrome Respiratória do Médio Oriente (MERS)** - 2012

SARS-CoV-2

- Um “novo” vírus
- Zoonose – 96% de semelhança genética com um vírus encontrado nos **Morcegos-de-Ferradura (BaT-CoV-RaTG13)**
- Transmissão aos humanos através de um **hospedeiro intermediário – pangolim**
- Foi **descartada a hipótese de ter sido criado laboratorialmente**

Article | Open Access | Published: 03 February 2020

A pneumonia outbreak associated with a new coronavirus of probable bat origin

Feng Zhou, Xing-Lou Yang, [...] Zheng-Li Shi

Nature 579, 270–273(2020) | Cite this article

Correspondence | Published: 17 March 2020

The proximal origin of SARS-CoV-2

Kristian G. Andersen, Andrew Rambaut, W. Ian Lipkin, Edward C. Holmes & Robert F. Garry

Nature Medicine 26, 450–452(2020) | Cite this article

Mecanismo de Ação

- Presença de **Glicoproteínas spike S** que se ligam aos receptores das células do hospedeiro **ACE2** (Enzima Conversora da Angiotensina 2) com **elevada eficiência**;
- Para o vírus libertar o seu material genético a Glicoproteína **spike S** tem de ser **clivada** em dois locais e **ativada** por uma **protéase (TMPRSS2)** alterando a sua **conformação**;
- Esta Glicoproteína poderá ser um foco na pesquisa de **anticorpos** para o combate à COVID-19

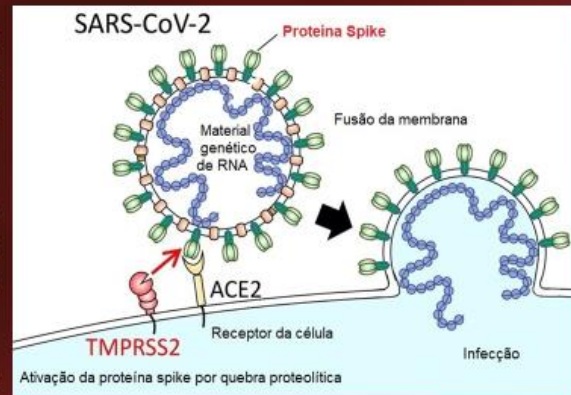


Figura 1 – Reconhecimento do Vírus pela Célula do Hospedeiro; Fonte: <https://proec.ufabc.edu.br/epufabc/wp-content/uploads/2020/05/400135951-1.jpg>

Vias de Transmissão



- **Via Direta:**
 - **Transmissão pessoa a pessoa** por via respiratória, através das **secreções respiratórias** de uma pessoa infectada que depositam sobre a boca, nariz ou olhos de uma pessoa que se encontra a **menos de 1,8m**
- **Via Indireta:**
 - **Contato das mãos com uma superfície ou objeto contaminado** anteriormente com o vírus, e que depois contacta com boca, nariz ou olhos.

Aerossóis	3 horas
Cobre	4 horas
Cartão/Papelão	24 horas (1 dia)
Plástico	72 horas (3 dias)
Aço Inoxidável	72 horas (3 dias)

Tabela 1 – Tempo de Vida do Vírus em diferentes superfícies (*in vitro*)

Tempo de Incubação

- Média de **5 dias até apresentar sintomas**
- **97,5%** das pessoas já tem sintomas após **11,5 dias**
- Os virologistas defendem que **14 dias é um tempo razoável para fazer a quarentena** e verificar se uma pessoa foi infectada ou não
- **Pessoas assintomáticas transmitem o vírus da mesma forma**



Sintomas Mais Frequentes



Tosse Seca



Febre



Dificuldade Respiratória



Dores Musculares

- Dor de Garganta; Dor de Cabeça; Corrimento Nasal; Cansaço; Perda do Paladar e do Olfato
- Em casos mais graves poderá levar ao aparecimento de **pneumonia grave, síndrome respiratória aguda, falência renal e até mesmo à morte.**

Ponto de Situação em Portugal

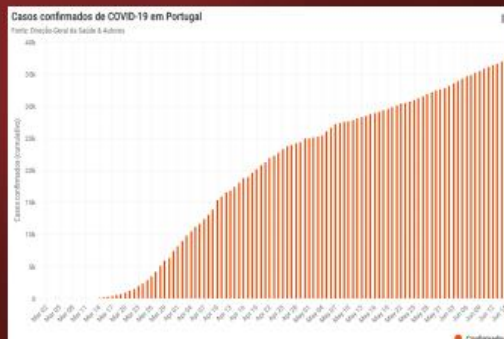


Gráfico 1 – Número de Casos Confirmados de COVID-19 em Portugal; **Fonte:** <https://www.anmsp.pt/covid19-mapa>

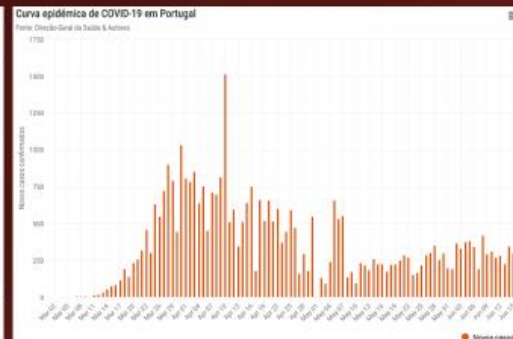


Gráfico 2 – Número de Casos Novos Confirmados de COVID-19 em Portugal; **Fonte:** <https://www.anmsp.pt/covid19-mapa>

Número Reprodutivo Viral

- **Número Efetivo de Reprodução Viral (R_t)** - Aplica-se quando já existe alguma imunidade ou já foram adotadas medidas de intervenção social para prevenir a transmissão do vírus
- Neste momento Portugal apresenta um R_t de **1,08**
- $R_t = R_0 \times s$

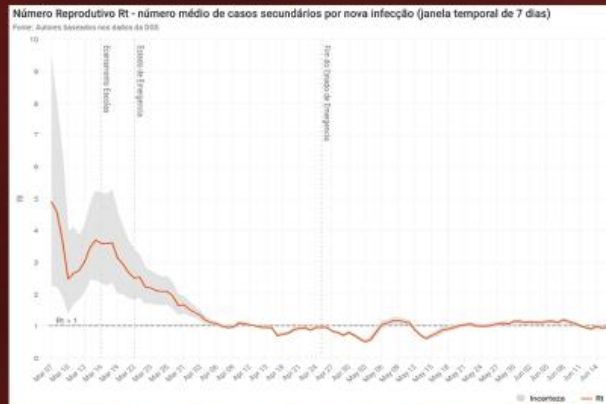


Gráfico 3 – Número Efetivo de Reprodução Viral (R_t) da COVID-19 em Portugal; Fonte: <https://www.anmsp.pt/covid19-mapa>

Grupos de Risco

- Pessoas **acima dos 65 anos**;
- Pessoas **imunossuprimidas**;
- Pessoas diagnosticadas com **doenças crónicas**:
 - doença cardiovascular;
 - diabetes;
 - doença crónica respiratória;
 - hipertensão arterial;
 - doença oncológica

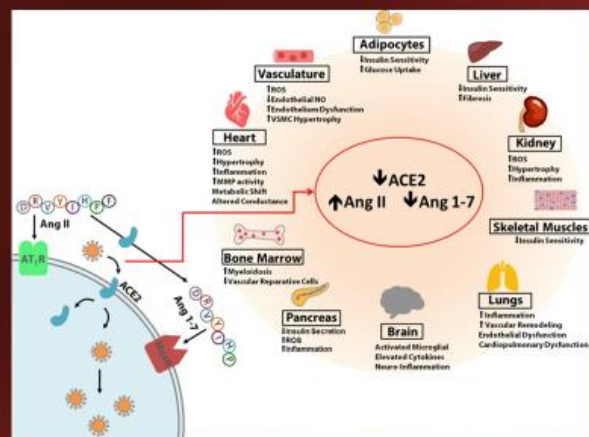


Figura 2 – Efeitos da “Tempestade de Citocinas” Inflamatórias nos diferentes órgãos do corpo humano; Fonte: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7188049/figure/F6/>

Medidas de Prevenção

1. Distanciamento Social
2. Utilização de Equipamentos de Proteção
3. Cuidados de Higiene Pessoal
4. Higiene Ambiental
5. Automonitorização de Sintomas

1. Distanciamento Social



- Distância entre pessoas de pelo menos **1,5-2m**;
- **Evitar o contacto** com pessoas que apresentem sintomas sugestivos;
- **Teletrabalho** sempre que possível;
- **Utilizar serviços eletrónicos ou telefónicos** para entrar em contacto com outros serviços;
- Em caso de necessidades médicas, **contactar previamente** os serviços de saúde;



- **Partilhar** objetos pessoais;
- **Frequentar lugares movimentados**;
- **Contactar frequentemente** com outras pessoas sem necessidade;
- Participar em eventos que contem com muitas pessoas, especialmente em **espaços fechados**



2. Equipamento de Proteção

- **Máscara**
 - Respiradores ou Semi-Máscaras Autofiltrantes (Filtering Face Piece, FFP)
 - Máscaras Cirúrgicas
 - Máscaras Não-Cirúrgicas, Comunitárias ou de Uso Social
- **Víseira**
- **Luvas**



Respiradores

EPI (Equipamento de Proteção Individual) destinado a ser usados por profissionais de saúde
Protege da **inalação de partículas** (<5 micrómetros de tamanho)

Tipos	Eficiência	Fuga de Ar para o Exterior	Penetração Material Filtrante
PFF1	Baixa	<22%	20%
PFF2	Média	<8%	6%
PFF3	Elevada	<2%	1%

As máscaras Cirúrgicas apresentam uma **capacidade de filtração semelhante** às FFP1
FFP2 e N95 apresentam níveis de proteção equivalentes, variando apenas as suas classificações visto que uma é classificada a nível Europeu e a outra a nível Americano, respetivamente.

Máscaras Cirúrgicas

- **Dispositivo médico** que permite a **contenção de partículas expiradas** (>5 micrómetros de tamanho)
- Oferece alguma capacidade de proteção quanto à inalação de partículas
- Podem ser utilizadas entre um período de **4 a 6 horas**, mas trocadas sempre que estiverem **húmidas**

	Tipo I	Tipo II	Tipo IIR
Eficiência de Filtração Bacteriana	≥95%	≥98%	≥98%
Pressão Diferencial (permeabilidade da máscara ao ar)	<40 Pa/cm	<40 Pa/cm	<60 Pa/cm
Resistência aos Salpicos	Não exigido	Não exigido	≥16,0 kPa
Limpeza Microbiana	≤30 (cfu/g)	≤30 (cfu/g)	≤30 (cfu/g)

Máscaras Cirúrgicas

A quem se destina o uso de máscaras cirúrgicas?

- Profissionais de saúde e cuidadores de pessoas com COVID-19;
- Pessoas vulneráveis (idosos com mais de 65 anos, imunossuprimidos e doentes crónicos);
- Pessoas infetadas que apresentem ou não sintomas;
- Pessoas com sintomas indicativos de COVID-19;
- Todas as pessoas, sempre que se encontrem em espaços interiores fechados, onde também estejam outras pessoas como medida de proteção adicional

Máscaras Não-Cirúrgicas, Comunitárias ou de Uso Social

- São classificadas como **artigos têxteis**
- Devem ser realizados estudos acerca da **resistência ao desgaste** e estudos de **desempenho após uso real** e do número de reutilizações máximas
- Devem apresentar toda a informação necessária acerca do processo de reutilização (**lavagem, secagem, conservação e manutenção**)
- Indicar o **número máximo de reutilizações** possível sem perder a capacidade de filtração
- **A fiscalização** destas máscaras fica a cargo da **ASAE**

- Existem dois níveis destas máscaras:
 - **Nível 2: desempenho mínimo de filtração de 90% - profissionais que contactem com público**
 - **Nível 3: desempenho mínimo de filtração de 70% - contacto social**
 - Todos os outros parâmetros tem de ser satisfeitos de igual forma nos dois níveis

3. Medidas de Higiene Pessoal

- Higiene das Mãos
 - Regular
 - Cuidada
 - Sem acessórios
 - Com água e sabão (álcool a 70%)

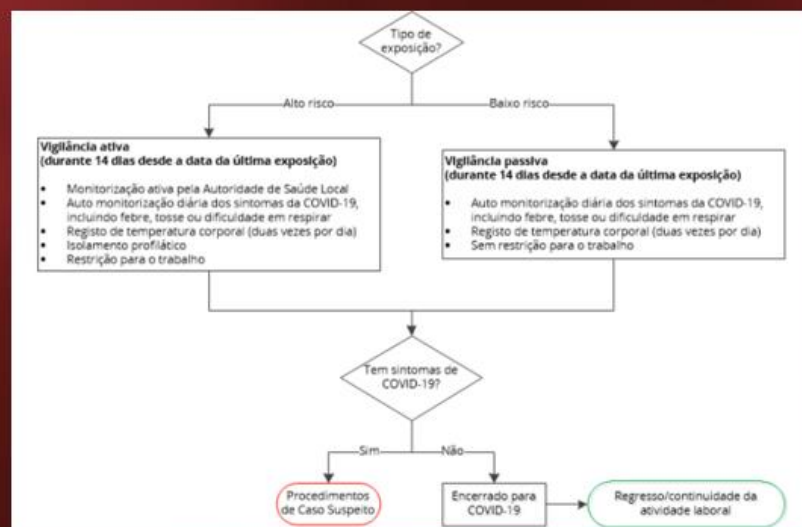
- Etiqueta Respiratória
 - Tapar
 - Descartar
 - Lavar



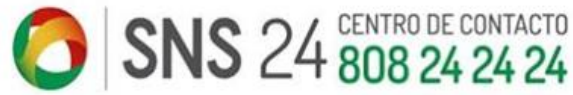
4. Medidas de Higiene Ambiental

- Desinfecção Doméstica
- Lavagem da Roupa
- Sistemas de Ventilação e Ar Condicionado
- Tratamento de Resíduos

5. Automonitorização de Sintomas



Procedimento de Caso Suspeito



- Manter a calma e dirigir o utente para o local próprio
- Disponibilizar máscaras cirúrgicas e solução alcoólica desinfetante
 - Contactar o SNS24 e explicar a situação
- Limitar o número de elementos da farmácia que contactem com o utente
 - Registrar todas as entradas e saídas do local
- Após o utente sair da farmácia proceder à correta desinfeção de todo o espaço

Posso tomar Ibuprofeno se estiver infetado?

Verdade. Apesar de em casos pontuais a toma de Ibuprofeno pareça ter agravado a situação clínica do paciente, nenhum estudo demonstrou verdadeiramente uma relação entre os dois.

No entanto, de forma a tentar evitar que estas situações aconteçam, é preferível usar como primeira linha de tratamento o Paracetamol



O novo Coronavírus só afeta os mais velhos?

Mito. Afeta tanto os mais velhos como os mais novos. Na verdade nesta altura as idade com maior número de infetados encontra-se entre 20 e 60 anos. No entanto, os idosos como são grupos de risco estão sempre mais suscetíveis a desenvolver uma sintomatologia mais grave.



Fonte: <https://covid19.min-saude.pt/ponto-de-situacao-atual-em-portugal/>

Posso desinfetar as mãos com raios ultravioleta? **Mito.**

O sol defende-nos da COVID-19? **Mito.**

Quem consegue suster a respiração por 10 segundos não está infetado? **Mito.**

Posso apanhar o vírus através da picada de um mosquito? **Mito.**

Uma mulher grávida que está infetada com o Coronavírus terá o seu filho também infetado? **Mito.**

Uma mãe com COVID-19 pode amamentar? **Verdade.**

Uma Nova Esperança

Dexametasona reduz mortes por Covid-19, revela Universidade de Oxford
Irês Pinho Miguel | 16 Junho 2020, 16:58

240 PARTILHAS

Os cientistas descreveram a descoberta como "um grande avanço", sendo que está a ser utilizado.

Covid-19. Infarmed pede cautela com Dexametasona
por RTP

PROTEJA-SE | VAMOS VENCER O VIRUS | CUIDE DE SI, CUIDE DE OUTROS

DEXAMETASONA
Infarmed admite que o medicamento possa estar a ser utilizado

Bibliografia

1. <https://www.jn.pt/mundo/cronologia-de-acontecimentos-da-epidemia-do-coronavirus-11931276.html>
2. <https://www.biologianet.com/doencas/pandemia.htm>
3. <https://www.medicalnewstoday.com/articles/sars-cov-2-study-confirms-previous-incubation-period-estimates#Median-incubation-period-is-5.1-days>
4. <https://www.anmsp.pt/covid19-mapa>
5. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-nacional-de-preparacao-e-resposta-para-a-doenca-por-novo-coronavirus-covid-19-pdf.aspx>
6. https://marketing.medicare.pt/cdn/guia-pratico-covid-19-medicare.pdf?_ga=2.23323635.894777793.1591450677-1423610401.1591450677
7. <https://www.infarmed.pt/documents/15786/3584301/M%C3%A1scaras+destinadas+%C3%A0+utiliza%C3%A7%C3%A3o+no+%C3%A2+mbo+da+COVID-19/a7b79801-f025-7062-8842-ca398f605d04>
8. <https://covid19.min-saude.pt/wp-content/uploads/2020/05/ManualVOLUME1-1.pdf>
9. <https://www.infarmed.pt/documents/15786/3584301/M%C3%A1scaras+destinadas+%C3%A0+utiliza%C3%A7%C3%A3o+no+%C3%A2+mbo+da+COVID-19/a7b79801-f025-7062-8842-ca398f605d04>
10. <https://covid19.min-saude.pt/wp-content/uploads/2020/05/ManualVOLUME1-1.pdf>
11. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0132020-de-21032020-pdf.aspx>
12. <https://www.medicare.pt/mals-saude/covid-19/mitos-verdades-novo-coronavirus>
13. <https://jornaleconomico.sapo.pt/noticias/dexametasona-reduz-mortes-por-covid-19-revela-universidade-de-oxford-601487>
14. <https://www.sanarmed.com/coronavirus-e-ieca-x-bras-colunistas>



RELATÓRIO DE ESTÁGIO

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

U.PORTO



FACULDADE DE FARMÁCIA
UNIVERSIDADE DO PORTO

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

REALIZADO NO ÂMBITO DO MESTRADO INTEGRADO
EM CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS

Hospital Privado Senhor do Bonfim – Grupo Trofa Saúde

Diogo Filipe da Silveira Monteiro

M

2019 -2020

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

Relatório de Estágio Profissionalizante

Hospital Privado Senhor do Bonfim – Grupo Trofa Saúde

julho de 2020 a setembro de 2020

Diogo Filipe da Silveira Monteiro

Orientador: Dra. Patrícia André Simões de Moura

Tutor FFUP: Prof. Doutor Carlos Manuel Magalhães Afonso

outubro de 2020

Declaração de Integridade

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

Faculdade de Farmácia da Universidade do Porto, 13 de outubro de 2020

Diogo Filipe da Silveira Monteiro

AGRADECIMENTOS

Ao longo destes cinco anos, a Faculdade de Farmácia tornou-se uma segunda casa para mim por todos os momentos que aqui passei. Levo comigo uma mistura de sentimentos de alegria por estar a acabar mais uma etapa do meu percurso, mas também uma nostalgia por todos os momentos vividos acompanhados por pessoas tão maravilhosas.

Em primeiro quero agradecer a toda Instituição que é a Faculdade de Farmácia pela maneira como recebe e trata os seus estudantes desde o primeiro ao último dia.

À Comissão de Estágios pelas oportunidades que todos os anos nos permitem ser profissionais mais qualificados.

À equipa dos Serviços Farmacêuticos Hospitalares do Hospital Privado Senhor do Bonfim, o meu obrigado por toda a experiência que foram estes dois meses que enriquecem a minha experiência profissional e pessoal. Um obrigado à Dra. Patrícia Moura por dar a disponibilidade por receber sempre novos estagiários e pela sua disponibilidade para nos ajudar sempre. A Dra. Sara Carvalho por todo o esforço e paciência despendidos para poder me proporcionar uma experiência profissionalmente enriquecedora. Ao auxiliar Rui Silva um muito obrigado por toda a paciência e por todo o conhecimento compartilhado e interajuda.

Por fim, mas não menos importante, a todas as pessoas da minha família que de uma maneira ou doutra sempre me apoiou durante estes cinco anos. Ao meu pai e à minha mãe, por todos os sacrifícios que até hoje fizeram para me poderem dar tudo o que tenho e que tornaram possível acabar este curso. À minha irmã, cunhado, 2 sobrinhas e afilhada um obrigado também muito especial.

RESUMO

Este relatório apresenta toda a organização dos Serviços Farmacêuticos Hospitalares do Hospital Privado Senhor do Bonfim assim como é indicado quais foram as minhas principais tarefas ao longo dos dois meses. O estágio hospitalar foi importante para conhecer a realidade de um farmacêutico hospitalar assim como as principais funções desempenhadas.

ÍNDICE

AGRADECIMENTOS	IV
RESUMO	V
ÍNDICE	VI
LISTA DE ABREVIATURAS	VII
ÍNDICE DE FIGURAS	VII
I – FARMÁCIA HOSPITALAR	1
II – GRUPO TROFA SAÚDE (GTS)	1
II.I – SERVIÇOS FARMACÊUTICOS DO GRUPO TROFA SAÚDE	2
II.II – SERVIÇOS FARMACÊUTICOS DO HPSB	2
II.II.I – <i>Caracterização e Organização do Espaço</i>	2
II.II.II – <i>Horário de Funcionamento</i>	3
II.II.III – <i>Recursos Humanos</i>	3
II.II.IV – <i>Sistema Informático</i>	3
III – GESTÃO DE MEDICAMENTOS, PRODUTOS FARMACÊUTICOS E DISPOSITIVOS MÉDICOS	4
III.I – SELEÇÃO DE MEDICAMENTOS, PRODUTOS FARMACÊUTICOS E DISPOSITIVOS MÉDICOS	4
III.II – AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS, PRODUTOS FARMACÊUTICOS E DISPOSITIVOS MÉDICOS	5
III.III – RECEÇÃO E CONFERÊNCIA DE ENCOMENDAS	6
III.IV – ARMAZENAMENTO DE MEDICAMENTOS, PRODUTOS FARMACÊUTICOS E DISPOSITIVOS MÉDICOS	7
III.IV.I – <i>Armazenamento Geral</i>	7
III.IV.II – <i>Armazenamento Especial</i>	7
III.IV.III – <i>Fracionamento e Reembalamento de Medicamentos</i>	8
III.IV.IV – <i>Controlo de Prazos de Validade (PV)</i>	8
III.V – DISTRIBUIÇÃO DE MEDICAMENTOS, PRODUTOS FARMACÊUTICOS E DISPOSITIVOS MÉDICOS	9
III.V.I – <i>Distribuição Clássica</i>	9
III.V.II – <i>Distribuição de Medicamentos em Dose Individual Unitária e Unidose</i>	10
III.V.III – <i>Distribuição de Medicamentos a Doentes em Regime Ambulatório</i>	12
III.V.IV – <i>Distribuição de Medicamentos Sujeitos a Legislação Restrita</i>	12
III.V.V – <i>Outros Circuitos de Distribuição</i>	13
IV – FARMACOTECNIA	15
IV.I – MEDICAMENTOS MANIPULADOS NÃO ESTÉREIS	15
IV.II – MEDICAMENTOS MANIPULADOS ESTÉREIS	16
V – FARMACOVIGILÂNCIA	16
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	18
ANEXOS	21

LISTA DE ABREVIATURAS

- AC** – Armazém Central
- APCER** – Associação Portuguesa de Certificação
- AIM** – Autorização de Introdução no Mercado
- AUE** – Autorização de Utilização Especial
- CAUL** – Certificado de Autorização
- COELL** – Certificado
- DCI** – Denominação Comum Internacional
- DIDDU** – Distribuição Individual Diária da Dose Unitária
- FEFO** – *First Expired, First Out*
- FHGTSH** – Formulário Hospitalar do Grupo Trofa Saúde Hospital
- FH** – Farmácia Hospitalar
- FHNM** – Formulário Hospitalar Nacional de Medicamentos
- GTS** – Grupo Trofa Saúde
- HPSB** – Hospital Privado Senhor do Bonfim
- INFARMED** – Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde
- PV** – Prazo de Validade
- RCM** – Resumo das Características do Medicamento
- SFH** – Serviços de Farmacêuticos Hospitalares
- SNF** – Serviço Nacional de Farmacovigilância

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Circuito de Distribuição do Medicamento

I – Farmácia Hospitalar

Segundo o Manual de Farmácia Hospitalar a Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I. P. (INFARMED), o Serviço de Farmácia Hospitalar é definido como tendo a capacidade de “assegurar a terapêutica medicamentosa aos doentes, a qualidade, eficiência e segurança dos medicamentos” através da promoção de “ações de investigação científica e de ensino”.^[1] São da responsabilidade dos Serviços Farmacêuticos Hospitalares (SFH):

- a gestão (seleção, aquisição, armazenamento e distribuição) do medicamento;
- a gestão de outros produtos farmacêuticos (dispositivos médicos, reagentes, etc.);
- a implementação e monitorização da política de medicamentos, definida no Formulário Hospitalar Nacional de Medicamentos e pela Comissão de Farmácia e Terapêutica;
- a gestão dos medicamentos experimentais e dos dispositivos utilizados para a sua administração, bem como dos demais medicamentos já autorizados, eventualmente necessários ou complementares à realização dos ensaios;
- a gestão da segunda maior rubrica do orçamento dos hospitais.^[1]

O Farmacêutico Hospitalar deve ser um profissional de Saúde capaz de prestar um serviço personalizado a cada utente, garantindo a melhor qualidade de vida possível, enquanto faz parte de uma equipa multidisciplinar capaz de controlar todo o fluxo que os medicamentos percorrem na unidade de Saúde desde a sua entrada até à sua saída. São ainda responsáveis por garantir que tanto o utente como os restantes profissionais de Saúde fazem um correto uso do medicamento.

II – Grupo Trofa Saúde (GTS)

O GTS atualmente apresenta-se com diversas Unidades Hospitalares Privadas espalhadas quase na sua totalidade na região Norte do país. Este grupo conta com 9 Hospitais a trabalhar durante 24 horas por dia, todos os dias do ano e ainda contam com mais 7 unidades hospitalares de dia que em situações de maior complexidade se encontram a poucos minutos dos outros Hospitais para onde podem reencaminhar os seus utentes. Todos os Hospitais estão certificados pela Associação Portuguesa de Certificação (APCER) segundo a norma ISO 9001-2008 na qual certifica o Sistema e Gestão de Qualidade adotado.^{[2][3]}

Este grupo é descendente da Casa e Saúde da Trofa que teve o seu nascimento em 1999 e desde então já prestou auxílio a mais e 4 milhões de habitantes. O GTS

disponibiliza para os utentes “Serviços de Urgência de Adultos e Pediátrica 24 horas, Blocos Operatórios, Unidades de Neonatologia 24 horas, Maternidades com várias salas de parto, Medicina Física e Reabilitação, Consultas Externas com mais de 45 especialidades clínicas e um conjunto de diversos Meios Complementares de Diagnóstico”.^{[2][4]}

II.I – Serviços Farmacêuticos do Grupo Trofa Saúde

Cada hospital do GTS conta com uma farmácia responsável por tratar de tudo o que está ligado aos serviços farmacêuticos do próprio hospital, ou hospital de dia mais próximo, tendo sempre um farmacêutico na sua Direção Técnica. Todas as Farmácias do grupo são coordenadas pela Dra. Patrícia Moura, Diretora Técnica do Armazém de Distribuição Central, recentemente localizado no Hospital Privado Senhor do Bonfim (HPSB).

Apesar de apresentarem autonomia técnica e científica, os SFH do GTS estão sobre a orientação dos Órgãos Administrativos do Grupo.

II.II – Serviços Farmacêuticos do HPSB

II.II.I – Caracterização e Organização do Espaço

Os SFH do HPSB localizam-se num edifício (Anexo I) separado, atrás do serviço de Psiquiatria. Dentro este edifício, existe um pequeno átrio de entrada que permite o acesso às duas diferentes áreas dos SFH que são a Farmácia Hospitalar (FH), posicionada no lado esquerdo e o Armazém Central (AC) no lado direito.

No espaço da FH, existem várias divisões onde cada divisão tem como finalidade armazenar um tipo específico de produtos. Na FH podemos encontrar uma divisão para produtos inflamáveis (Anexo II) que tem de obedecer a regras específicas para que, em caso de alguma ocorrência, possa ser garantida a segurança de todos os trabalhadores. Uma divisão onde ficam armazenadas as dietas entéricas e orais, uma zona com cacifos para a equipa se poder trocar, um laboratório de manipulados (Anexo III), que dá acesso a uma camara de fluxo laminar vertical (Anexo IV) onde se faz a preparação de manipulados estéreis (como por exemplo os citostáticos), uma sala onde se armazenam soros de todos os tamanhos e bolsas parentéricas, uma divisão que funciona como *stock* avançado de diversos medicamentos (Anexo V), um gabinete que dá acesso a uma sala da qual só o Diretor Técnico tem acesso (Anexo VI), pois é onde ficam guardados os psicotrópicos e estupefacientes e por fim a maior divisão (Anexo VII) onde ficam os medicamentos, ampolas, soluções orais, colírios, pensos e materiais para feridas acondicionados e identificados em prateleiras específicas. Dentro desta mesma divisão, ainda encontramos

um divisão mais pequena onde se procede ao fracionamento quando necessário de comprimidos, e também um frigorífico onde se armazenam os medicamentos que precisam e ser conservados entre os 2 e os 8°C. Existe ainda uma zona de receção de encomendas onde está uma secretária com um computador e uma impressora de etiquetas térmica.

Dentro de cada divisão, podemos encontrar todos os produtos dispostos por ordem alfabética tendo em conta o nome da substância ativa, dosagem e código interno do GTS. De forma a garantir que não há problemas de conservação dos produtos, a farmácia conta com diversas sondas colocadas por todas as suas divisões registando, diariamente, a temperatura e a humidade.

II.II.II – Horário de Funcionamento

O SFH do HPSB tem o seu horário de funcionamento desde as 9 horas da manhã até às 18 horas, tendo cada funcionário direito a 1 hora de almoço, intercaladas para que nunca seja necessário fechar a Farmácia de segunda a sexta-feira. Durante o fim de semana, e caso alguma medicação seja necessária, o enfermeiro ou auxiliar deve contactar o farmacêutico responsável para que possa ser ter acesso às instalações. Já dentro da farmácia há uma folha de registo, a folha do “Registo de Levantamento de Medicação” (Anexo VIII) que deve ser preenchida com os dados identificativos quer do enfermeiro quer do utente para quem vai a medicação, assim como identificar para qual o serviço que faz o levantamento, o nome do medicamento, quantidade e data e hora em que fez o levantamento. Todas as manhãs de segunda-feira, uma das primeiras tarefas é a verificação e avaliação da folha de registo e caso esteja tudo correto proceder ao débito da medicação levantada na conta do utente.

II.II.III – Recursos Humanos

A nível de recursos humanos, a equipa dos Serviços Farmacêuticos é constituída pela Diretora Técnica, Dra. Sara Carvalho, uma Farmacêutica, a Dra. Ana Rita Castro e o Auxiliar Rui Silva.

Já no AC para além da coordenadora de todos os SFH do GTS, Dra. Patrícia Moura, fazem parte da equipa os auxiliares Sr. José Silva e Sra. Iolanda Silva.

II.II.IV – Sistema Informático

Atualmente toda a documentação pode ser acedida de forma mais rápida e simplificada quando armazenada no formato digital, daí nascer a necessidade dos hospitais obterem programas informáticos que tornem a sua gestão num processo mais rotineiro e funcional. No GTS, todos os SFH possuem os seguintes sistemas informáticos:

- **Companhia Portuguesa de Computadores – HealthCare Solutions (CPC-HS):** fornecido pela Glintt®, permite a consulta de prescrições, criação de mapas de dose unitária, satisfação de pedidos semanais, gestão de *stocks*, entre outras ferramentas;
- **Intranet:** utilizado principalmente para a realização de compras necessárias para satisfazer as diferentes unidades hospitalares assim como para obter algum material de escritório que possa ser necessário;
- **PHC:** usado principalmente para a realização de encomendas e emissão de guias de transporte de encomendas.

A utilização simultânea dos mesmos sistemas informáticos permite controlar mais facilmente variações de *stock* e melhora a comunicação entre as diferentes unidades hospitalares.

Durante o meu estágio pude entrar em contato com o sistema informático principalmente para realizar a impressão da identificação das gavetas, realização de transferências entre SFH diferentes do GTS e consultas de stocks.

III – Gestão de Medicamentos, Produtos Farmacêuticos e Dispositivos Médicos

A gestão de medicamentos é um processo realizado pelos SFH, que envolve diferentes fases. Este processo deve garantir o bom uso e dispensa dos medicamentos aos utentes de cada hospital. O inventário dos medicamentos existentes nos serviços farmacêuticos é realizado, no mínimo, uma vez por ano podendo ser sujeito as contagens extra quando assim for necessário, principalmente no caso de Medicamentos de Uso Condicionado. A gestão de medicamentos envolve a seleção, aquisição, armazenagem, distribuição e por fim a administração do medicamento ao doente.^[1]

III.I – Seleção de Medicamentos, Produtos Farmacêuticos e Dispositivos Médicos

A seleção de medicamentos para o hospital deve ter por base o Formulário Hospitalar Nacional de Medicamentos (FHNM) e deve ter em consideração as necessidades terapêuticas dos doentes do hospital.^[1] Esta seleção de medicamentos que deve fazer parte da Adenda ao FHNM, deve ser realizada pela Comissão de Farmácia e Terapêutica da qual fazem parte a diretora dos Serviços Farmacêuticos, assim como o Diretor Clínico do HPT (Presidente da CFT) e os Diretores Clínicos das restantes unidades. Deve considerar os critérios fármaco-económicos e a melhoria da qualidade de vida do

doente. O GTS tem um formulário próprio, o Formulário Hospitalar do Grupo Trofa Saúde Hospital (FHGTSH) que é revisto periodicamente pela Comissão de Farmácia e Terapêutica de modo a alterar o FHGTSH quando aparecem novas necessidades.

Alguns medicamentos não apresentam Autorização de Introdução no Mercado (AIM) e, portanto, necessitam de uma Autorização de Utilização Especial (AUE) que tem de ser concedida pelo INFARMED para que seja possível obtê-los.

Estes pedidos são atualmente realizados ao INFARMED para um período de 3 anos. Sempre que se mostrar necessário, deve ser realizado um novo pedido.^{[5][13]}

III.II – Aquisição de Medicamentos, Produtos Farmacêuticos e Dispositivos Médicos

A aquisição de todo o tipo de material farmacêutico fica a cargo da coordenadora do SFH, que em articulação com o DT de cada hospital do GTS avaliam os *stocks* ideais e consumos do hospital de forma a assegurar que todas as necessidades são satisfeitas, impedindo atrasos e a aquisição de produtos que não apresentem rotação.

Quinzenalmente, cada DT de cada farmácia do GTS é responsável por inserir os pedidos no sistema informático. Este pedido é gerado automaticamente tendo em conta os consumos do hospital e o *stock* informático de cada produto. Mesmo assim, o farmacêutico procede à revisão do pedido e à sua alteração caso necessário. Numa segunda fase, a coordenadora dos SFH do GTS reúne todos os pedidos e envia para o Departamento de Compras um único pedido através do Intranet. O Departamento de Compras depois fica responsável por realizar o pedido aos laboratórios nas 24 horas seguintes. No caso dos produtos citotóxicos, estes apresentam uma calendarização definida o que permite que o DT da farmácia apenas encomende as quantidades realmente necessárias, pois muitos destes produtos tem um elevado valor económico tornando impossível os hospitais apresentarem elevados volumes de *stock*.

Os medicamentos psicotrópicos e estupefacientes tem uma grande importância na terapêutica, mas muitas vezes aparecem associados a atos ilícitos pela sua capacidade de poderem ser usados como drogas de abuso. Para a aquisição destes produtos é necessário o preenchimento de uma requisição específica, que deve ser devidamente assinada e autenticada pelo responsável (Anexo VII da Portaria nº 981/98, de 8 de junho).^[6] Este documento é impresso em duplicado, sendo que no momento da entrega, o fornecedor assina o original que fica com na FH e o fornecedor leva consigo o duplicado. É necessário que exista uma elevada capacidade de rastreabilidade destas encomendas caso algo de anormal aconteça e por isso os documentos originais devem ser arquivados

durante pelo menos 5 anos. O período entre a realização destas encomendas é de 1 mês. Semanalmente é verificado se o *stock* físico e informático dos psicotrópicos e estupefacientes se mantém exatamente igual.

Em algumas situações especiais, é necessário adquirir medicamentos que não fazem parte do FHGTSH, ou seja, “Medicamentos Extra-Formulário (MEF)” para um determinado doente em específico. Quando isto acontece, é necessário que o médico preencha e assine uma “Justificação de Receituário de Medicamentos” (Anexo IX) onde justifique o porque da necessidade daquele medicamento e comunicar ao DT, que após avaliação e validação da sua necessidade, procede à sua encomenda a uma Farmácia Comunitária parceira, sendo no final a fatura enviada para o AC.

III.III – Receção e Conferência de Encomendas

No GTS, a receção das encomendas acontece sempre no AC que tem a responsabilidade de verificar se o número de produtos da encomenda coincide com os valores apresentados na fatura e ou guia de transporte. Após esta verificação, o AC encarrega-se de separar para os diferentes SFH do GTS os produtos correspondentes à sua encomenda e dá entrada dos mesmo no sistema informático. Para o envio das encomendas, é necessário a impressão de uma nova guia de transporte que será usada para uma nova conferência quando a encomenda chegar ao SFH de destino. Os produtos refrigerados, hemoderivados e estupefacientes tem sempre prioridade na conferência, visto ter condições especiais de armazenamento.

Em qualquer um destes passos, é de extrema importância que sejam verificadas e asseguradas as condições necessárias para manter a estabilidade e segurança dos produtos. É então necessário rever as condições de integridade e refrigeração, Prazos de Validade (PV) e lotes dos volumes enviados. No fim de todo o processo, a guia de transporte é arquivada numa pasta destinada a esse fim.

No caso dos pedidos de Soros, como normalmente são volumes maiores e de maiores quantidades, os distribuidores entregam diretamente em cada SFH de cada hospital tendo a verificação ser realizada pelo farmacêutico responsável. Neste caso, após a conferência o farmacêutico assina a nota de entrega e envia a fatura para o AC.

Ao longo do estágio, tive a possibilidade de fazer a conferência de encomendas.

III.IV – Armazenamento de Medicamentos, Produtos Farmacêuticos e Dispositivos Médicos

III.IV.I – Armazenamento Geral

O Manual de Farmácia Hospitalar define diversos critérios que são necessários satisfazer para garantir que os medicamentos são devidamente armazenados. Devem ser assegurados critérios específicos relativos ao espaço físico, temperatura, humidade e luminosidade.

A FH do HPSB cumpre todos estes parâmetros assegurando que nenhum medicamento se encontra em contacto directo com o chão nem em contacto com a luz solar. Para além disso, em várias divisões podemos encontrar sondas que permitem garantir que as condições de temperatura e humidade se mantêm abaixo dos 25°C e 40 a 60% de humidade, respetivamente.

O armazenamento dos medicamentos é feito em prateleiras que estão devidamente rotuladas e por dispostas tendo em conta a forma farmacêutica, ordem alfabética de substância ativa, ordem crescente de dosagens e respetivo código do SFH. Todos os medicamentos seguem o princípio FEFO (“First Expired, First Out”), ou seja, os produtos cuja validade termina primeiro, são colocados na parte da frente das prateleiras para que sejam os primeiros a sair, de forma a evitar que se acumule *stock* de produtos com validades reduzidas.^[1] Quando a quantidade total do medicamento não cabe na prateleira destinada a ele mesmo, armazenamos numa outra divisão designada de “*stock* avançado”.

III.IV.II – Armazenamento Especial

Existem certas categorias de produtos que envolvem certas medidas adicionais quando são armazenados. No caso de um medicamento ser fotossensível, devemos nos assegurar que fica colocado em locais onde fiquem abrigado da luz e os termolábeis tem de ser armazenados em frigoríficos ou camaras refrigeradoras (Anexo X) capazes de manter temperaturas entre 2 e 8°C. Os medicamentos psicotrópicos e estupefacientes devem ser guardados num cofre próprio ou gaveta, com fechadura e/ou código o qual se tranca sempre ao final do dia.

Citotóxicos e produtos inflamáveis tem de ser armazenados em locais separados do resto dos medicamentos, sendo que o local onde são guardados os produtos inflamáveis deve estar equipado de forma a não existirem derrames e com paredes resistentes ao fogo.^[1]

III.IV.III – Fracionamento e Reembalamento de Medicamentos

Quando o médico prescreve um medicamento cuja dosagem não se disponível como medicamento inteiro no mercado, é necessário realizar o seu fracionamento. Num fracionamento é também muito importante que se garanta que o medicamento fica bem reembalado e etiquetado garantindo que este mantém todos as características físico-químicas e biofarmacêuticas.

No caso de se proceder ao fracionamento de um medicamento, como este é retirado de dentro do *blister* adquire uma validade máxima de 6 meses após o fracionamento, excetuando os casos em que o PV do medicamento inteiro fosse inferior aos 6 meses. O medicamento é reembalado dentro de uma tira de papel estéril que deve ser etiquetado com o DCI e dosagem do medicamento obtido após fracionamento, o DCI e dosagem do medicamento inteiro, fração correspondente, lote e PV atribuído. No fim de cada fracionamento, é necessário proceder ao preenchimento de uma folha de registo de medicamentos fracionados (Anexo XI) onde fica registado a data, DCI e a dose do medicamento inteiro, PV inicial, lote, quantidade fracionada, PV final atribuído, exemplar da etiqueta e número mecanográfico.

Em situações normais, o reembalamento de todos os medicamentos que não apresentem as condições necessárias para satisfazer as boas práticas de distribuição da dose unitária é realizado quando chegam as encomendas ao AC, que trata depois de satisfazer os pedidos de todos os SFH do GTS. O AC contém uma máquina automática de embalagem (Anexo XII) que torna o processo muito mais prático e eficiente. Os medicamentos embalados nesta máquina também têm de ser devidamente etiquetados, mas de forma diferente do fracionamento. Neste caso, a etiqueta tem de conter o código de barras do medicamento no GTS, o DCI, dose e forma farmacêutica, lote e PV. Quando assim não o é possível, o reembalamento é realizado na FH nas mesmas condições anteriormente descritas.

Durante o estágio curricular, realizei inúmeras vezes esta tarefa, de forma autónoma. É muito importante o registo dos dados relativos ao fracionamento para que possa ser possível garantir a rastreabilidade.

III.IV.IV – Controlo de Prazos de Validade (PV)

A garantia de que os produtos farmacêuticos se encontram dentro do PV permite-nos garantir que o medicamento mantém a sua eficácia, estabilidade e segurança. Sendo esta uma tarefa de enorme responsabilidade, esta fica a cargo do DT de cada FH. Quando um produto apresenta um prazo de validade inferior a 3 meses, este deve ser identificado com uma etiqueta onde contém a mensagem “Atenção! Prazo de Validade a Terminar”. No

caso de se verificar que as unidades apresentem PV diferentes, deve-se fazer uma separação entre as unidades que apresentem um PV mais curto das que apresentam PV mais longo. As unidades de PV mais curto são então colocadas dentro de um saco e adicionalmente é colocada uma etiqueta a dizer “Atenção! Utilizar Primeiro”.

Quando os Serviços Clínicos do hospital têm em *stock* produtos farmacêuticos com PV inferior a 3 meses, estes devem contactar diretamente com a farmácia para proceder à substituição por outro com PV mais longo. Caso não haja em *stock* da farmácia o mesmo produto com um PV superior, os produtos são mantidos no *stock* dos Serviços Clínicos e são sinalizados com a etiqueta “Atenção! Prazo de Validade a Expirar”.

De forma a prevenir o desperdício e a rejeição das unidades expiradas para inceneração no contentor vermelho dos “Resíduos Hospitalares” deve tentar-se, sempre que possível dispensar na Distribuição Individual Diária da Dose Unitária (DIDDU) pois a administração ao doente acontecerá em pouco tempo, ou então transferir para Serviços Clínicos onde exista um elevado consumo daquele produto, aumentando a probabilidade de conseguir escoar aquele produto seja maior.

O controlo dos prazos é realizado de forma trimestral, e após a sua verificação estes dados são atualizados num *Excel* próprio, que permite a utilização de um sistema de cores para chamar a atenção para os diferentes PV.

III.V – Distribuição de Medicamentos, Produtos Farmacêuticos e Dispositivos Médicos

A distribuição de medicamentos e produtos farmacêuticos fica a cargo da FH. Esta tem como objetivos principais racionalizar a distribuição e os custos da medicação e diminuir a quantidade de erros que surgem relacionados com dosagens erradas, trocas de vias de administração, entre outros. Deve ser garantido o cumprimento da prescrição e a correta administração da medicação.^[1]

III.V.I – Distribuição Clássica

Na distribuição clássica, cada serviço clínico tem um *stock* ideal previamente definido pelo DT da FH e o enfermeiro responsável, que serve para satisfazer as necessidades de uma semana completa. Uma vez por semana, cada serviço insere informaticamente os seus pedidos que serão satisfeitos pela FH. Após validado o pedido de reposição por um farmacêutico, é impressa uma folha (Anexo XIII) que contém o código interno e o DCI do produto, assim como a quantidade em falta. O farmacêutico passa então à separação do pedido, e por fim insere no sistema informático a quantidade que na

realidade foi enviada de cada produto, transferindo-os para cada serviço de modo a poder finalizar o pedido.

Os pedidos são satisfeitos em dias específicos da semana. Em caso de se tratar dos serviços de Fisioterapia, Esterilização, Imagiologia, Dentária, Gastroenterologia e Consultas Externas, o auxiliar tem de se deslocar à farmácia para recolher o pedido correspondente ao seu serviço, ficando os produtos colocados numa zona de satisfação de pedidos devidamente identificada.

Ao longo do estágio pude ajudar na preparação dos pedidos para os diferentes serviços. Como os diferentes serviços apresentam necessidades de medicamentos e produtos farmacêuticos diferentes, esta tarefa foi importante pois permitiu-me perceber a organização dos diferentes produtos e tornou todo o trabalho mais rápido e eficaz.

III.V.II – Distribuição de Medicamentos em Dose Individual Unitária e Unidose

Este sistema de distribuição (Figura 1) assenta sobre alguns imperativos muito importantes. Dentre outros, este sistema permite ao farmacêutico conhecer melhor o perfil farmacoterapêutico de cada doente, reduzir a quantidade de medicamentos desperdiçada, diminuir o risco de aparecimento de interações, resultando num aumento da segurança no circuito de distribuição do medicamento. A aplicação deste sistema só é conseguida existindo uma distribuição diária de medicamentos para um período de 24 horas.

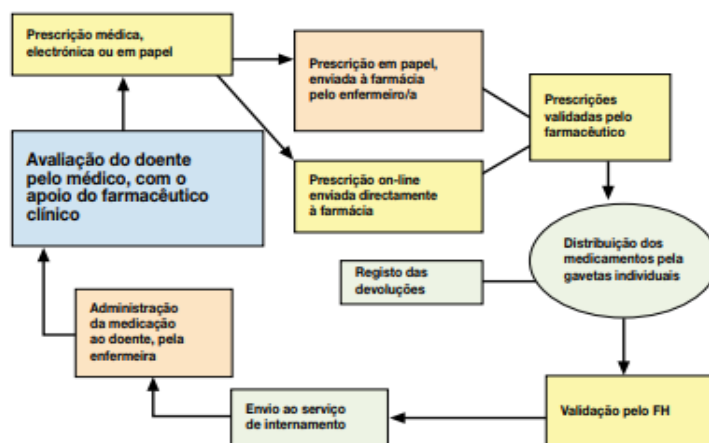


Figura 1: Circuito de Distribuição do Medicamento

No HPSB, a reposição da medicação é sempre realizada às 15 horas. A preparação da medicação é sempre diária correspondendo à medicação das 15 horas de um dia até às 15 horas do dia seguinte, excetuando às sextas-feiras, onde é necessário realizar a preparação da medicação para o fim de semana completo por não estar aberta a farmácia durante esses dias.

Depois de realizada a prescrição pelo médico, o farmacêutico tem proceder à sua verificação e validação. Cada prescrição apresenta os dados do utente (nome, número interno, cama e quarto, médico responsável e a data e hora da prescrição), os medicamentos prescritos (identificados com o DCI), a forma farmacêutica, a dose, a posologia, a via de administração e a data de quando inicia aquela medicação. Em casos mais específicos, estas prescrições vem acompanhadas de pequenas observações indicativas, principalente em caso da toma de antibióticos e dietas orais ou parentéricas. Quando é detetado algum erro, o farmacêutico procura imediatamente entrar em contacto com o médico responsável para esclarecer qualquer tipo de dúvida, e se necessário proceder à alteração da prescrição. Finalizada a verificação e validação o farmacêutico debita a medicação na conta do utente e gera então o mapa terapêutico que servirá de apoio para as pessoas que preparam as malas de medicação, que devem seguir devidamente etiquetadas com os dados do utente. Caso alguma medicação, que pelo seu tamanho ou quantidade, não consiga ir dentro das gavetas das malas de medicação, deve ir devidamente indentificada num saco à parte. Os soros são disponibilizados por distribuição clássica.

Finalizado a preparação das malas (Anexo XIV), estas são enviadas para os respetivos serviços para poderem ser colocadas em carrinhos moveis que ficam sobre a supervisão da enfermeira responsável por realizar uma nova verificação para ver se não existe nenhuma falta e faz a devolução das malas do dia anterior. As malas do dia anterior vão então ser revistas para verificar se toda a medicação foi administrada, ou em caso de tal não acontecer, perceber o porque de não ter sido administrada (medicação de SOS, alta hospitalar, alteração de medicação) e anular o débito no doente.

Por vezes, os médicos sentem necessidade de proceder à realização de alterações na terapêutica já instituída. Quando acontecem essas alterações, os farmacêuticos tem de verificar se a alteração adiciona ou retira algum medicamento novo ou se altera alguma posologia para que esta possa ser enviada para o serviço assim que possível.

Esta foi a atividade que desempenhei maioritariamente durante o estágio. Reconheço a importância de preparar corretamente as malas da medicação a enviar para cada serviço, para que não possa haver erros de trocas de medicação, posologias erradas ou mesmo faltas de medicação. Foi uma atividade que desempenhei com muita responsabilidade e autonomamente das primeiras semanas.

III.V.III – Distribuição de Medicamentos a Doentes em Regime Ambulatório

Com a possibilidade dos utentes poderem fazer a sua medicação em regime ambulatório, tornou-se possível também a continuação dos tratamentos em ambiente familiar. O regime de ambulatório permitiu ainda a redução dos custos e dos riscos relacionados com o internamento hospitalar e assegurar a adesão à terapêutica. O facto de determinados medicamentos só serem comparticipados a 100% quando adquiridos a nível hospitalar é mais uma das vantagens desta distribuição.^[1]

Quando um utente precisa de uma determinada medicação, o médico procede à sua prescrição informaticamente. Depois que esta é revista e validada pelo farmacêutico da FH, verifica se tal medicação se encontra no *stock* interno, ou caso isso não se verifique faz uma encomenda. Assim que a medicação chega à farmácia, é contactado o utente para que este possa proceder ao seu levantamento. Quando o utente chega ao hospital, o farmacêutico faz então o débito da medicação na conta do utente, e pede para que seja assinado um comprovativo de levantamento da medicação. No ato da entrega, é importante o farmacêutico se assegure que transmite todas as informações necessárias para que o utente realize um uso correto e consciente da medicação.^{[7][8]}

III.V.IV – Distribuição de Medicamentos Sujeitos a Legislação Restrita

III.V.IV.I – Estupefacientes e Psicotrópicos

Pelo facto destes produtos estarem muitas vezes associados ao consumo de forma ilícita e abusiva, foi necessário a criação de um sistema mais rigoroso de controlo na distribuição dos medicamentos. Também no caso dos Estupefacientes e Psicotrópicos, cada serviço tem definido um *stock* ideal, mas que só pode ser repostado quando apresentada uma requisição, “Anexo X” (Anexo XV), preenchida com a identificação do serviço, do doente a quem foi administrado, da cama, assim como deve conter todas as informações sobre o medicamento (DCI, forma farmacêutica, dose e quantidade administrada) e deve vir assinada pelo médico responsável pelo serviço ou o substituto legal. Quando a requisição se encontra parcialmente ou totalmente preenchida, esta é feita chegar à FH para que proceda à reposição de *stock* nas mesmas quantidades do que está indicado na requisição. O farmacêutico é então responsável por ver se a requisição foi bem preenchida e assinada pelos serviços, e posteriormente assinar e indicar o seu número mecanográfico e indicar a quantidade enviada. Seguidamente, o farmacêutico actualiza o ficheiro de *Excel* referente aos estupefacientes e psicotrópicos e faz transferência informática para o serviço de destino, ficando com o original da requisição e o duplicado é

enviado novamente para o serviço onde deve ficar arquivado. O documento original deve ser arquivado num mínimo de 5 anos.^{[6][9]}

III.V.IV.II – Hemoderivados

Os hemoderivados ou também designados derivados do plasma pertencem a uma classe de medicamentos classificados como de origem biológica por possuírem um elevado risco de contaminação e transmissão de doenças pelo sangue.^[10] Estas condições tornaram necessário que para o uso destes produtos os mesmos apresentem um Certificado Oficial Europeu de Libertação de Lote (COELL) que permite o reconhecimento de cada lote a nível Europeu. A nível nacional, o INFARMED é responsável por emitir o Certificado de Autorização de Utilização de Lote (CAUL).^[11]

Para a requisição, distribuição e administração destes medicamentos, é necessário o preenchimento de um documento de registo próprio, o modelo nº 1804 (Anexo XVI), que inclui um original e um duplicado. Quando um médico requesita um medicamento hemoderivado, este deve preencher os quadros A e B do documento de registo onde deve colocar os dados sobre o serviço requerente, assinatura do médico e número mecanográfico, identificação do doente, o nome do hemoderivado necessário, dosagem, posologia e duração, justificação clínica para a sua utilização e a data de requisição. Após o preenchimento por parte do médico, o documento é enviado para o FH onde o farmacêutico procede à sua validação com o preenchimento do quadro C da requisição com o seu nome e número mecanográfico, número sequencial de requisição, nome e dose do hemoderivado, quantidade dispensada, número de lote, laboratório produtor, o número do CAUL e a data de envio.

Por fim, procede-se à transferência informática e ao envio do hemoderivado para o serviço que fez a requisição juntamente com as duas vias do modelo. Quando o enfermeiro recebe o hemoderivado, deve colocar o seu número mecanográfico e a data, arquivando ao processo do utente o duplicado e o original arquivado nos SFH.^[12]

III.V.V – Outros Circuitos de Distribuição

III.VI.V.I – Gases Medicinais

Os gases medicinais podem se subdividir em medicamentos ou dispositivos médicos. Os gases medicinais dispositivos médicos são utilizados para atividades de diagnóstico, monitorização, tratamento ou investigação e modificação de um processo fisiológico, enquanto os gases medicinais medicamentosos apresentam verdadeiras propriedades curativas e preventivas quando em contacto com um organismo humano.

O manuseamento e a manutenção dos gases medicinais ficam a cargo do serviço de manutenção do HPSB, sendo os SFH responsáveis por realizar o registo dos lotes, prazos de validade e a data de início de utilização das garrafas. O armazenamento destes gases é feito em garrafas específicas que ligadas a uma rede de canalização fechada permite o fluxo dos gases até aos serviços onde estes são necessários.

Periodicamente o serviço de manutenção procede à verificação dos níveis em que se encontram as garrafas, informando os SFH sempre que se precisa de utilizar uma nova para que o seu registo possa ser realizado.

III.VI.V.II – Fármacos Citotóxicos

Estes fármacos são utilizados no tratamento de neoplasias malignas como adjuvantes da cirurgia ou da radioterapia, ou mesmo quando estas não são possíveis ou se mostram ineficazes. São fármacos que podem provocar efeitos adversos relevantes devido ao seu mecanismo de ação, sendo por isso necessário ter um equilíbrio entre o efeito terapêutico e a sua toxicidade.^{[15][16]}

Os Ciclos Oncológicos são calendarizados pelos médicos mensalmente de forma a que se possa obter previamente os materiais necessários para a sua preparação. Juntamente com os protocolos quimioterápicos vem a prescrição médica com o nome e idade do doente, peso, altura e superfície corporal, o nome do citotóxico a preparar, via de administração, dose padrão, dose ajustada ao doente, posologia, medicação adjuvante, identificação do médico e data da prescrição.

A preparação dos Citotóxicos são é feita no próprio dia da realização do tratamento após receberem “luz verde” do médico responsável. Quando terminada a preparação, o preparado final deve estar rotulado e em condições de ser enviado para o serviço de Oncologia do HPSB ou qualquer outro hospital do GTS sem que possa haver derrames.

III.VI.V.III – Sugamadex

Utilizado na reversão do bloqueio neuromuscular induzido por substâncias como o rocurónio ou pelo vecurónio em adultos, este permite que um paciente desperte mais rapidamente da anestesia. Devido ao elevado custo, e um aumento no consumo deste medicamento pelos anestesistas no bloco operatório, foi necessário controlar a forma como este é distribuído. Sendo assim, sempre que é necessária a administração o médico deve preencher um Justificação de Utilização do Sugamadex (Anexo XVII), onde este indica a razão pela qual precisa do fármaco (obesidade mórbida, dificuldade em intubar e ventilar, patologias que limitam o uso de atropina e neostigmina ou episódio respiratório crítico pós-operatório) e o doente que precisa, responsabilizando-se pela sua administração. Quando

devidamente preenchida, esta justificação deve ser assinada e enviada para a FH, onde o DT avalia o pedido e envia a quantidade de ampolas necessária.

III.VI.V.IV – Carro de Emergência

Estes carros contém toda a medicação e material necessário para que seja possível prestar socorro em caso de uma emergência. Podem ser encontrados em todos os serviços de Urgência, Internamento e Bloco Operatório do GTS. O farmacêutico é responsável pela reposição de todo o *stock* de medicamentos e produtos farmacêuticos, assim como de se certificar que tudo se encontra dentro dos prazos de validade.

Sempre que o carro é aberto, é necessário fazer o registo de quem e qual o motivo de ter sido aberto, sendo novamente fechado após verificação do *stock*, com um novo selo de código que deve ficar anotado numa folha de registo arquivada junto do respetivo carro.

IV – Farmacotecnia

IV.I – Medicamentos Manipulados Não Estéreis

A preparação de todos os medicamentos manipulados do GTS acontece no HPSB, e são realizados pelos funcionários do AC no laboratório que faz parte da FH. Estes ficam responsáveis de verificar quando existem pedidos pendentes e proceder à preparação do medicamento manipulado.

No processo de preparação de manipulados, o manipulador tem de respeitar as “Boas Práticas a Observar na Preparação de Medicamentos Manipulados em Farmácia de Oficina e Hospitalar, definidas na Portaria nº 594/2004 de 2 de junho.^[17] Na produção do medicamento manipulado é obrigatório o preenchimento de uma ficha de preparação (Anexo XVIII) onde devem ser apontadas todas as matérias primas utilizadas, lote, laboratório de origem e PV, quantidade utilizada, metodologia e material utilizado. No cabeçalho deve estar indicado a data e hora da preparação, a quantidade a preparar a forma farmacêutica e o número de lote atribuído. Por fim, após acondicionado o manipulado no recipiente próprio, deve também ser colocado um rótulo que contenha o nome do manipulado, composição qualitativa e quantitativa, número de lote atribuído, data de preparação e PV, instruções de utilização e conservação e a identificação da pessoa responsável pelos SFH. Toda a documentação relativa ao processo de produção do manipulado, ficha de preparação e rótulo, são arquivados posteriormente arquivados.

IV.II – Medicamentos Manipulados Estéreis

A preparação e manipulação destes medicamentos engloba um conjunto de cuidados acrescidos pelo que não pode ser realizado em qualquer local, tendo obrigatoriamente de ser uma área limpa e com ar devidamente filtrado. No HPSB, a quase totalidade de medicamentos manipulados estéreis são os medicamentos citotóxicos que apresentam uma elevada toxicidade.

A FH do HPSB, tem uma câmara de fluxo laminar vertical, dentro de uma sala estéril com pressão negativa, assegurando a assepsia e estabilidade do medicamento condições necessárias para a preparação de citotóxicos. Para além disso, o manipulador deve fazer sempre uma correta higienização e estar equipado com óculos de proteção, touca, máscara, luvas e sem qualquer tipo de acessório.

No fim todo o material utilizado como luvas, máscara e toucas devem ser rejeitados. O farmacêutico deve registar os lotes das matérias primas utilizadas, e rotular e acondicionar o manipulado em sacos com sistema de selagem para evitar algum derrame. Em caso de derrame durante o processo de preparação deste tipo de manipulados, é necessário recorrer ao *Kit* de derramamento que se encontra disponível num lugar acessível.^{[1][16]}

V – Farmacovigilância

Desde muito cedo foi possível perceber que os medicamentos além de terem um efeito benéfico e terapêutico, por vezes podia acarretar efeitos indesejáveis/reações adversas que faziam questionar a segurança dos mesmos. Da necessidade “do controlo dos medicamentos e produtos de saúde pós-comercialização e da avaliação permanente da relação benefício, nasce então a Farmacovigilância. Esta ciência tem como principal finalidade compreender e avaliar a segurança dos medicamentos através do estudo das reações adversas que são notificadas.^[18]

O Sistema Nacional de Farmacovigilância (SNF) foi criado em 1992, passando posteriormente a ser monitorizado pelo INFARMED. O INFARMED é a entidade nacional responsável pela monitorização dos medicamentos com uma AIM, através da avaliação das notificações de reações adversas que são recebidas pelo SNF e implementado medidas que minimizem os riscos e que fomentem a comunicação em profissionais de saúde e utentes do SNS.^{[1][19][20]}

Como tal, sempre que se verifica uma reação adversa grave ou não presente no Resumo de Características do Medicamento (RCM), o farmacêutico, no seu papel de

profissional de saúde tem a obrigação de notificar o SNF sempre que estas ocorram com o uso de um qualquer medicamento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- [1]. INFARMED. Manual da Farmácia Hospitalar, Conselho Executivo da Farmácia Hospitalar, 2005. Disponível em:
https://www.infarmed.pt/web/infarmed/institucional/documentacao_e_informacao/publicacoes/tematicos/manual-da-farmacia-hospitalar [acedido em 14/09/2020]
- [2]. Grupo Trofa Saúde. Quem somos: Construámos Relações de Segurança. Disponível em: <https://www.trofasaude.pt/trofa-saude/quem-somos/> [acedido em 14/09/2020]
- [3]. Vieira, F., Sistema de Gestão de Qualidade EN ISO 9001:2008: Conceção e Implementação do Sistema de Gestão, Consultores em Gestão Industrial, Lda., 2009: p. 2-10. Disponível em: <https://www.apcergroup.com/pt/certificacao/pesquisa-de-normas/81/iso-9001> [acedido em 14/09/2020]
- [4]. Grupo Trofa Saúde, Hospital Central de Vila do Conde: Filosofia do Projeto. Disponível em: <https://www.trofasaude.pt/senhordobonfim/unidade/o-hospital/> [acedido em 14/09/2020]
- [5]. INFARMED, Autorização de comercialização (AUE, AUE de lote e SAR). Disponível em: https://www.infarmed.pt/web/infarmed/entidades/medicamentos-uso-humano/autorizacao-de-introducao-no-mercado/autorizacao_de_utilizacao_especial [acedido em 15/09/2020]
- [6]. INFARMED, Legislação Farmacêutica Compilada: Portaria n.º 981/98, de 8 de junho - Execução das medidas de controlo de Estupefacientes e Psicotrópicos. Disponível em: <https://www.infarmed.pt/web/infarmed> [acedido em 15/09/2020]
- [7]. Diário da República Eletrónico, Portaria n.º 210/2018, de 27 de março - Estabelece o regime jurídico a que obedecem as regras de prescrição eletrónica de medicamentos a utentes em regime de ambulatório hospitalar no âmbito do Serviço Nacional de Saúde. Disponível em: <https://dre.pt/> [acedido em 15/09/2020]
- [8]. INFARMED, Legislação Farmacêutica Compilada: Despacho n.º 13382/2012, de 4 de outubro. Disponível em: <https://www.infarmed.pt/web/infarmed> [acedido em 15/09/2020]
- [9]. Diário da República Eletrónico, Decreto Regulamentar n.º 28/2009, de 12 de outubro - Procede à terceira alteração ao Decreto Regulamentar n.º 61/94, de 12 de Outubro, que veio proceder à regulamentação do Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de Janeiro, relativo ao controlo do tráfico ilícito de estupefacientes, de substâncias psicotrópicas e dos

precursores e outros produtos químicos essenciais ao fabrico de droga. Disponível em: <https://dre.pt/> [acedido em 16/09/2020]

[10]. Ordem dos Farmacêuticos, Boletim do Centro de Informação do Medicamento (CIM): Medicamentos Derivados do Plasma Humano, 2013. Disponível em: <https://www.ordemfarmaceuticos.pt/pt/publicacoes/boletim-do-cim/boletim-do-cim-abr-jun-2013/> [acedido em 16/09/2020]

[11]. INFARMED, Autorização de Utilização de Lote. Disponível em: <https://www.infarmed.pt/web/infarmed/entidades/medicamentos-uso-humano/autorizacao-utilizacao-lote> [acedido em 16/09/2020]

[12]. INFARMED, Legislação Farmacêutica Compilada: Despacho Conjunto n.º 1051/2000 – Registo de Medicamentos Derivados de Plasma, de 14 de setembro. Disponível em: <https://www.infarmed.pt/web/infarmed> [acedido em 17/09/2020]

[13]. INFARMED, Legislação Farmacêutica Compilada: Deliberação nº 105/CA/2007, de 1 de março - Regulamento sobre Autorizações de Utilização Especial e Excepcional de Medicamentos. Disponível em: <https://www.infarmed.pt/web/infarmed> [acedido em 17/09/2020]

[14]. Dinis, E., Capoulas, M., Neves, V. (2012), Manual de Gases Medicinais: Características gerais, Ordem dos Farmacêuticos - Conselho do Colégio de Especialidade de Farmácia Hospitalar, p. 13 – 14. Disponível em: <https://www.ordemfarmaceuticos.pt/pt/publicacoes/manuais/manual-de-gases-medicinais/> [acedido em 17/09/2020]

[15]. INFARMED, Prontuário Terapêutico: Medicamentos Neoplásicos e Imunomoduladores. Disponível em: <http://app10.infarmed.pt/prontuario/index.php> [acedido em 18/09/2020]

[16]. Ordem dos Farmacêuticos, Manual de Preparação de Citotóxicos, 2013. Disponível em: <https://www.ordemfarmaceuticos.pt/pt/publicacoes/manuais/manual-de-preparacao-de-citotoxicos/> [acedido em 18/09/2020]

[17]. Diário da República Eletrónico, Portaria nº 594/2004 - Aprova as boas práticas a observar na preparação de medicamentos manipulados em farmácia de oficina e hospitalar, de 2 de junho. Disponível em: <https://dre.pt/> [acedido em 18/09/2020]

[18]. Ordem dos Farmacêuticos, Manual de Boas Práticas de Farmácia Hospitalar - Capítulo I: Processos de Suporte, 2018. Disponível em:

<https://www.ordemfarmaceuticos.pt/pt/publicacoes/manuais/manual-de-boas-praticas-de-farmacia-hospitalar/> [acedido em 18/09/2020]

[19]. INFARMED, Medicamentos de uso humano: Farmacovigilância. Disponível em: <https://www.infarmed.pt/web/infarmed/entidades/medicamentos-uso-humano/farmacovigilancia> [acedido em 19/09/2020]

[20]. BRAGANÇA, Fátima et al. Organização do Sistema Nacional de Farmacovigilância. In: INFARMED – AUTORIDADE NACIONAL DO MEDICAMENTO E PRODUTOS DE SAÚDE et al. Farmacovigilância em Portugal: 25 anos: Sistema Nacional de Farmacovigilância. [online], 2019. cap. Capítulo III - Sistema Nacional de Farmacovigilância, p. 57-64. ISBN 978-989-8369-17-8. Disponível em: http://app10.infarmed.pt/e_book_farmacovigilancia25/index.html [acedido em 20/09/2020]

ANEXOS

Anexo I – Instalações da Farmácia do Hospital Privado Senhor do Bonfim



Anexo II – Sala de Produtos Inflamáveis



Anexo III – Laboratório de Preparação de Manipulados



Anexo IV – Camara de Fluxo Laminar Vertical



Anexo V – Sala de Armazenamento de Medicamentos, *Stock Avançado*



Anexo VI – Gavetas de Armazenamento de Estupefacientes e Psicotrópicos



Anexo VII – Prateleiras de Armazenamento de Colírios, Soluções Orais e Retais



Anexo VIII – Registo de Levantamento da Medicação

REGISTO DE LEVANTAMENTO DE MEDICAÇÃO
(DEPOIS DAS 18H E FIM DE SEMANA)

MEDICAMENTO	QUANTIDADE	Identificação do doente (colante) <u>GTS</u>	Assinatura de quem levanta	Data	Hora

Anexo IX – Justificação de Receituário de Medicamentos

Trofa Saúde Justificação de Receituário de Medicamentos

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

Serviço _____ Cama _____

Nome do doente _____

GTS _____

Nome genérico do medicamento _____

Forma farmacêutica _____ Via de administração _____

Posologia/ritmo _____

Duração prevista do tratamento _____

1. Diagnóstico _____

2. Situação clínica que justifica o pedido _____

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

Data ____/____/____

Médico especialista _____ N.º mec. _____

Informação da Comissão de Farmácia e Terapêutica:

GHT.MOJ.006B.1

Anexo X – Frigorífico



Anexo XI – Registo de Fracionamento de Comprimidos

DATA	MEDICAMENTO (DCI, LABORATÓRIO DOSE, FF)	VALIDADE INICIAL	LOTE	QUANTIDADE FRACCIONADA	VALIDADE FINAL ATRIBUIDA	CÓPIA RÓTULO/ETIQUETA	OPERADOR NOME/Nº MEC.	VALIDAÇÃO NOME/Nº MEC.
__/__/__		__/__/__			__/__/__			
__/__/__		__/__/__			__/__/__			
__/__/__		__/__/__			__/__/__			
__/__/__		__/__/__			__/__/__			
__/__/__		__/__/__			__/__/__			
__/__/__		__/__/__			__/__/__			
__/__/__		__/__/__			__/__/__			
__/__/__		__/__/__			__/__/__			
__/__/__		__/__/__			__/__/__			

Anexo XII – Máquina de Embalamento



Anexo XIII – Pedido de Reposição de Stock

Hospital
Privado do Bonfim

Serviços Farmaceuticos

Pedidos

Data: 2020/09/21
Hora: 12:20:07
Pág. 1 / 1
Utilizador: D11669

Valores Em euros

Entidade requisitante: 14057 - MEDICINA DENTÁRIA - HPSB

Autorizo

Número Pedido: [REDACTED] Tipo Pedido: Pedido Normal Data Pedido: 2020/09/15
Tipo Docum.: Pedidos Armazém: [REDACTED]
Local Entrega: 1 Data Entrega:
Responsável: [REDACTED]

Medic./Artigo	Unid. Med.	Qt. Falta	Qt. Exist.	Quant. Satisf.
12301000137 MANIPULADO DE IODOPOVIDONA ORAL 0.2%, FR 1L	LN	4	0	

Responsável

Anexo XIV – Malas da Medicação Individual



Anexo XV – Requisição de Estupefaciente e Psicotrópicos

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

N.º **Anexo X**

Serviços Farmacêuticos do **Serviço** Código

Medicamento (DCI)	Forma farmacêutica	Dosagem		Código
<i>Total</i>			<i>Total</i>	

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

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

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

Anexo XVI – Requisição de Hemoderivados

Número de série 21989063 VIA FARMÁCIA

MEDICAMENTOS HEMODERIVADOS
REQUISIÇÃO/DISTRIBUIÇÃO/ADMINISTRAÇÃO
(Anexar pelo Serviço Farmacêutico)

MINISTÉRIO DA SAÚDE HOSPITAL _____ SERVIÇO _____

Médico _____ <small>(Ass. legível)</small> N.º Mec. ou Vinheta _____ Assinatura _____ Data ____/____/____	Identificação do doente <small>(nome, n.º de identificação civ. n.º do processo, n.º de unidade do SNS)</small> _____ _____ <small>Após etiqueta apropriada, coligada ao cubo. Enviar tanto autocollantes, com identificação do doente, quanto as unidades requeridas.</small>
---	---

QUADRO A

REQUISIÇÃO/JUSTIFICAÇÃO CLÍNICA (a preencher pelo médico)

Hemoderivado _____	QUADRO B
<small>(Nome, forma farmacéutica, via de administração)</small>	
Dose/Frequência _____	Duração do tratamento _____
Diagnóstico/Justificação Clínica _____	

REGISTO DE DISTRIBUIÇÃO N.º _____ (a preencher pelos Serviços Farmacêuticos)

Hemoderivados	Quantidade	Lote	Lab. origin/Fornecedor	N.º Cert. INFARMED

Enviado ____/____/____ Farmacêutico _____ N.º Mec. ____

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

I. Instruções relativas à documentação:

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

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

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

II. Instruções relativas ao produto medicamentoso:

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

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

Modelo N.º 1984 (Exclusivo da INCM, S. A.) **INCM**

Anexo XVII – Justificação de Utilização de Sugamadex

Trofa Saúde **Folha de justificação de utilização de SUGAMADEX - BRIDION®- 2 mL**

(Identificação Doente)

Quantidade de ampolas utilizadas*: 1
 2
 Ou mais (____)

Justificação pela qual foi utilizado o Sugamadex (reversão do bloqueio neuromuscular induzido pelo rocurônio / vecurônio)*:

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

Anestesista		Data	
Farmacêutico		Data	

Nota: Este impresso, depois de devidamente preenchido e assinado, deverá ser entregue nos Serviços Farmacêuticos.
 *Assinalar com uma cruz

Anexo XVIII – Ficha de Preparação de Solução Salicilato de Sódio 2%

Serviços Farmacêuticos

Ficha de Preparação
SALICILATO DE SÓDIO 2%

Data de preparação: _____ Número de lote: _____
 Forma Farmacêutica: _____ Quantidade a preparar: _____

Matérias-Primas	Nº lote	Origem	Quantidade para 100g	Quantidade Calculada	Quantidade Pesada	Rubrica do Operador e data	Rubrica do Supervisor e data
Salicilato de sódio			2 g				
Água destilada			qhp 100 ml				

Preparação

1. Verificar o estado de limpeza do material a utilizar.	Rubrica do assente:
2. Pesar o salicilato de sódio;	
3. Dissolver o ps em 70 ml de água purificada e transferir para uma proveta;	
4. Lavar o recipiente de preparação com um pouco de água purificada e adicionar à proveta que contém a restante solução.	
5. Completar o volume com água purificada.	
6. Lavar o material utilizado.	

Rubrica do Diretor Técnico	Data
-----------------------------------	-------------



**RELATÓRIO
DE ESTÁGIO**

2019 - 2020

RUA DE JORGE VITERBO FERREIRA
N.º 226, 4050-313 PORTO - PORTUGAL
www.ff.up.pt