

U. PORTO



FACULDADE DE FARMÁCIA
UNIVERSIDADE DO PORTO

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

REALIZADO NO ÂMBITO DO MESTRADO INTEGRADO
EM CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS

Farmácia Água de Pau

Maria João Diogo Pereira

M

2019-2020

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

Relatório de Estágio Profissionalizante

Farmácia Água de Pau

27 de janeiro a 28 de fevereiro e 18 de maio a 31 de agosto de 2020

Maria João Diogo Pereira

Orientador: Dr. Ricardo Martins Mota

Tutor FFUP: Professora Doutora Helena Vasconcelos

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 referenciação. Tenho consciência de que a prática de plágio e auto-plágio constitui um ilícito académico.

Faculdade de Farmácia da Universidade do Porto, 29 de outubro de 2020.

Maria João Diogo Pereira

Agradecimentos

Há 5 anos atrás fui em busca daquilo que queria (e quero) ser para o resto da minha vida – ser farmacêutica, ajudar o próximo. Inscrevi-me no Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas sem saber bem o que me esperava e, hoje, posso dizer que foi uma surpresa. Foram vários os desafios, as derrotas, as conquistas, muitas alegrias e tristezas, muito sentimento de incapacidade que hoje se demonstra ter sido só um medo, pois eu consegui. Passados 5 anos, estou aqui para agradecer a todos aqueles que me acompanharam ao longo do percurso, que tornaram tudo isso possível.

Em primeiro lugar, gostaria de agradecer a todos os professores da Faculdade de Farmácia da Universidade do Porto e da Universidade dos Açores – Polo de Angra do Heroísmo com os quais tive o prazer de me cruzar, por me transmitirem o vosso conhecimento e experiências enriquecedoras.

À Comissão Orientadora de Estágios da Faculdade de Farmácia da Universidade do Porto por tornar o meu estágio curricular possível, e à minha tutora, Professora Doutora Helena Vasconcelos, por toda a disponibilidade e ajuda ao longo do estágio, o meu muito obrigada.

Um enorme agradecimento ao Dr. Ricardo Mota e à Dra. Carla Ferreira por me concederem a oportunidade de estagiar na sua Farmácia e por toda a disponibilidade demonstrada ao longo do estágio.

Às colegas da Farmácia Água de Pau - Dra. Tânia, Maria da Graça e Maria do Carmo - por todas as partilhas de conhecimento e experiências, pelo carinho, pela ajuda, pela paciência, pelas chamadas de atenção e por me terem feito sentir em casa desde o primeiro dia – *well done, good job*.

Aos utentes da Farmácia Água de Pau, por todo o carinho e paciência demonstrado.

Um agradecimento sem medida aos meus pais e aos meus avós, pelo apoio, preocupação, carinho e, essencialmente, por tornarem esse sonho possível.

Às Marianas, as minhas companheiras, obrigada por todo o apoio, companheirismo, apontamentos e cafés matinais.

À minha família do coração, que tanto me apoiou nestes últimos tempos quando tudo parecia perdido e que me faz querer ser uma farmacêutica melhor todos os dias, muito obrigada.

Por fim, mas não menos importante, ao Ivo. Pelo apoio incondicional. Pelo carinho. Pela paciência. Por nunca me ter deixado desistir e por me dar sempre a mão. Obrigada não é suficiente.

O meu sincero **obrigada** a todos.

Resumo

O Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas culmina com o estágio curricular, onde se inicia o verdadeiro contacto com a futura profissão. Escolhi dividir o meu estágio curricular em duas áreas, Farmácia Comunitária e Farmácia Hospitalar, de modo a poder conhecer um pouco de cada uma destas.

O presente relatório está dividido em três partes. Na primeira parte encontram-se descritas as atividades que realizei ao longo do estágio, tanto de *back-office* como de *front-office*.

A segunda parte do relatório relata as atividades que desenvolvi, de acordo com as necessidades da Farmácia e da população em que esta se insere. O primeiro tema, intitulado de “Intervenção farmacêutica no tratamento da escabiose”, teve como objetivo transmitir ao utente como o correto tratamento da escabiose deve ser feito, de modo a evitar re-infestações e contaminações no agregado familiar, através de um panfleto que focou essencialmente o tratamento não farmacológico. O segundo tema aborda a cistite aguda não complicada e a candidíase vulvovaginal, duas infeções muito frequentes na população feminina. O intuito deste projeto consistiu em educar e, essencialmente, prevenir a população feminina sobre as diferenças e causas destas duas infeções. O terceiro projeto consistiu numa formação interna à equipa, em que abordei a constituição do leite materno, a importância da amamentação e ainda explorei os diferentes tipos de fórmulas infantis. A formação foi efetuada através de uma apresentação em *powerpoint* e ainda elaborei um guia auxiliar de aconselhamento de fórmulas infantis. Adicionalmente, elaborei um folheto sobre os benefícios da amamentação de modo a transmitir a informação à população.

A terceira parte do relatório incide sobre pequenas atividades desenvolvidas, sendo uma delas dedicada ao utente – Folha de Identificação da Medicação -, outra dedicada ao bom funcionamento da Farmácia - Auxiliar de Aconselhamento e Validades -, e ainda um artigo no jornal Diário da Lagoa, “Porque nos devemos proteger do sol?”, dedicada a toda a população regional.

Índice

Agradecimentos.....	III
Resumo.....	IV
Lista de Abreviaturas.....	VIII
Índice de Tabelas.....	IX
Índice de Anexos.....	X
Parte I - Descrição das atividades desenvolvidas no estágio.....	1
1. Introdução.....	1
2. Farmácia Água de Pau.....	2
2.1. Localização e horário de funcionamento.....	2
2.2. Organização do espaço físico.....	2
2.2.1. Espaço exterior.....	2
2.2.2. Espaço interior.....	2
2.3. Recursos Humanos.....	4
2.4. Sistema Informático.....	4
2.5. Fontes de Informação.....	4
3. Gestão de Medicamentos e Produtos de Saúde.....	5
3.1. Aquisição e armazenamento de medicamentos e produtos de saúde.....	5
3.1.1. Fornecedores.....	5
3.1.2. Realização de encomendas.....	5
3.1.3. Receção e conferência de encomendas.....	6
3.1.4. Armazenamento e conservação.....	6
3.2. Controlo do prazo de validade.....	7
3.3. Gestão de devoluções.....	7
4. Dispensa de Medicamentos e Produtos de Saúde.....	8
4.1. Medicamentos Sujeitos a Receita Médica.....	8
4.1.1. Receita médica e validação da prescrição.....	8
4.1.2. Conferência de receituário e faturação.....	10
4.1.3. Medicamentos sujeitos a legislação especial: Estupefacientes e Psicotrópicos.....	11
4.2. Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica.....	12
4.3. Outros produtos farmacêuticos.....	12
4.3.1. Produtos cosméticos e de higiene corporal.....	12
4.3.2. Suplementos alimentares.....	13

4.3.3.	Produtos dietéticos e produtos para alimentação especial.....	13
4.3.4.	Produtos fitoterapêuticos	13
4.3.5.	Produtos homeopáticos.....	14
4.3.6.	Produtos de obstetrícia, puericultura e nutrição infantil.....	14
4.3.7.	Dispositivos médicos.....	14
4.3.8.	Medicamentos e produtos de uso veterinário	15
4.3.9.	Medicamentos manipulados	15
5.	Serviços Farmacêuticos e Cuidados de Saúde Prestados.....	15
5.1.	Medição da pressão arterial e frequência cardíaca.....	15
5.2.	VALORMED	16
5.3.	Consultas de nutrição	16
5.4.	Administração de vacinas.....	17
6.	Marketing.....	17
7.	Farmacovigilância.....	17
8.	Atividades complementares	17
	Parte II – Temas desenvolvidos ao longo do estágio	18
1.	Intervenção farmacêutica no tratamento da escabiose.....	18
1.1.	Contextualização e objetivos.....	18
1.2.	Fisiopatologia da escabiose.....	18
1.3.	Transmissão.....	19
1.4.	Manifestações clínicas.....	19
1.5.	Tratamento.....	20
1.5.1.	Tratamento farmacológico.....	20
1.5.2.	Tratamento não farmacológico.....	21
1.6.	Intervenção farmacêutica	21
1.7.	Discussão e conclusão do projeto.....	22
2.	Infeções do trato genito-urinário na mulher: cistite não complicada e candidíase vulvovaginal.....	22
2.1.	Contextualização e objetivos	22
2.2.	Cistite Aguda Não Complicada e Cistite Recorrente	23
2.2.1.	População prevalente e respectivos fatores de risco.....	23
2.2.2.	Patogenia.....	23
2.2.3.	Sintomas e Diagnóstico.....	24
2.2.4.	Tratamento	24

2.3. Candidíase Vulvovaginal e Candidíase Vulvovaginal Recorrente	25
2.3.1. População prevalente, fatores de risco e transmissão	25
2.3.2. Patogenia.....	26
2.3.3. Sintomas e Diagnóstico.....	26
2.3.4. Tratamento	26
2.4. Intervenção farmacêutica.....	28
2.5. Discussão e conclusão do projeto.....	28
3. Leite Materno e Fórmulas Infantis	29
3.1. Contextualização e objetivos	29
3.2. Necessidades nutricionais no 1º ano	29
3.3. Amamentação e leite materno	30
3.4. Fórmulas infantis	32
3.4.1. Fórmulas para Lactentes ou Leites 1	34
3.4.2. Fórmulas de Transição ou Leites 2.....	34
3.4.3. Leites de Crescimento ou Leites 3 ou Leites + crescidos	35
3.4.4. Leites Especiais.....	35
3.5. Diversificação alimentar.....	37
3.6. Intervenção farmacêutica.....	38
3.7. Discussão e conclusão do projeto.....	38
Parte III – Outras atividades desenvolvidas	40
1. Folha de identificação da medicação	40
2. Artigo no jornal Diária da Lagoa – “Porque nos devemos proteger do sol?”	40
3. Desenvolvimento do Auxiliar de Aconselhamento e Validades.....	40
Considerações Finais	41
Referências Bibliográficas.....	42
ANEXOS.....	46

Lista de Abreviaturas

CANC	Cistite Aguda Não Complicada
CVV	Candidíase Vulvovaginal
CVVR	Candidíase Vulvovaginal Recorrente
DT	Diretora Técnica
EFSA	European Food Safety Authority
FAP	Farmácia Água de Pau
FI	Fórmula(s) Infantil(is)
FIeH	Fórmulas Infantis extensamente Hidrolisadas
FIpH	Fórmulas Infantis parcialmente Hidrolisadas
FM	Farmácia Mântua
HC	Hidratos de Carbono
IgAs	Imunoglobulina A secretora
INFARMED	Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I. P.
ITU	Infeção do Trato Urinário
LC-PUFAs	Ácidos gordos polinsaturados de cadeia longa
LM	Leite Materno
LV	Leite de Vaca
MNSRM	Medicamentos Não Sujeitos A Receita Médica
MPS	Medicamentos e/ou Produtos de Saúde
PV	Prazo de validade
PVF	Preço de Venda à Farmácia
PVP	Preço de Venda ao Público
SI	Sistema Informático
SPG	Sociedade Portuguesa de Ginecologia

Índice de Tabelas

Tabela 1: Cronologia das atividades realizadas ao longo do estágio.	1
Tabela 2: Tratamento da cistite aguda não complicada (adaptado do Guia de Prática Clínica).	25
Tabela 3: Tratamento profilático da cistite recorrente	25
Tabela 4: Tratamento da candidíase não complicada, adaptado de SPG.	27
Tabela 5: Tratamento da candidíase complicada, adaptado de SPG.	26

Índice de Anexos

Anexo I - Formações realizadas ao longo do estágio na Farmácia Água de Pau.	46
Anexo II - Certificado da formação da Aboca®.	47
Anexo III - Certificado da formação da Uriage® – Cuidados Derma.	48
Anexo IV - Formação interna: Escabiose.	49
Anexo V - Guia de Tratamento da Sarna.	55
Anexo VI – Formação interna: Cistite Aguda Não Complicada e Candidíase Vulvovaginal.	56
Anexo VII – Panfleto informativo: Infecção Urinária e Candidíase vaginal – Descubra as diferenças.	66
Anexo VIII – Formação interna: Leite Materno e Fórmulas Infantis.	68
Anexo IX – Guia auxiliar de aconselhamento de Fórmulas Infantis.	80
Anexo X – Folheto: Benefícios da Amamentação.	89
Anexo XI – Folha de Identificação da Medicação.	90
Anexo XII – Artigo do Diário da Lagoa: “Porque nos devemos proteger do sol?”.	91
Anexo XIII – Auxiliar de Aconselhamento e Validades.	92

Parte I - Descrição das atividades desenvolvidas no estágio

1. Introdução

A Farmácia Comunitária é o primeiro local à qual os utentes recorrem quando se trata de questões de saúde, devido à confiança que esta transmite ao utente. Os farmacêuticos são, por isso, os profissionais de saúde mais próximos dos utentes, sendo reconhecidos pela sua confiança, disponibilidade, qualidade e pela segurança que transmitem aos utentes.

Com uma área tão ampla como a Farmácia Comunitária, o estágio curricular é extremamente importante no culminar do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas. Durante o estágio, foi possível aprender como funciona a Farmácia Comunitária, desde gestão, o circuito do medicamento, relações interpessoais, relações com o utente, receituário e muito mais.

O meu estágio em Farmácia Comunitária realizou-se entre 27 de janeiro a 28 de fevereiro e de 18 de maio a 31 de agosto de 2020, na Farmácia Água de Pau (FAP), num total de quatro meses e meio. O intervalo entre o primeiro mês de estágio e os restantes deveu-se à suspensão do estágio devido à pandemia provocada pela COVID-19.

Ao longo do estágio cumpri 35 horas semanais, com horário das 9h às 17h, de segunda a sexta, com uma hora de intervalo para almoço (13h às 14h). Ocasionalmente realizei alguns sábados, por iniciativa própria, para perceber como era a rotina da Farmácia ao sábado.

No meu primeiro dia de estágio foram-me apresentadas as instalações da FAP e a respetiva equipa que nela trabalha. Ao longo do estágio fui gradualmente incluída nas atividades da FAP. Estas encontram-se descritas cronologicamente na Tabela 1.

Tabela 1: Cronologia das atividades realizadas ao longo do estágio.

Atividades realizadas	Meses					
	janeiro	fevereiro	maio	junho	julho	agosto
Armazenamento	x	x	x	x	x	x
Organização e reposição de <i>stock</i> do <i>front-office</i>	x	x	x	x	x	x
Gestão e receção de encomendas	x	x	x	x	x	x
Controlo dos prazos de validade	x	x	x	x	x	x
Gestão de devoluções		x	x	x	x	x
Realização de transferências para a Farmácia Mântua	x	x	x	x	x	x
Medição da pressão arterial e frequência cardíaca	x	x				
Organização e conferência de receituário		x	x	x	x	x
Atendimento ao público				x	x	x
Formações		x			x	
Projeto 1		x	x	x	x	x
Projeto 2		x	x	x	x	x
Projeto 3					x	x
Outras atividades desenvolvidas			x	x	x	x

2. Farmácia Água de Pau

A FAP é uma Farmácia com poucos anos, tendo aberto as portas pela primeira vez como Farmácia a 12 de outubro de 2015. No entanto, desde 1979 que existia um posto farmacêutico em Água de Pau, gerido pelo Engenheiro e Farmacêutico Luís Mota, pai do atual proprietário e gerente da FAP – Dr. Ricardo Mota.

A FAP pertence a um grupo de Farmácias – grupo Mântua. Neste grupo inclui-se a Farmácia Mântua (FM), designada “Farmácia mãe”, onde toda a gestão deste grupo é realizada e que também se situa na cidade de Lagoa, e a Farmácia São Bento, situada na ilha Terceira. Para além destas, o grupo também trabalha em acessoria com Farmácia Graciosa, presente na ilha Graciosa e com a Farmácia Moderna, situada em Ponta Delgada. Esta parceria entre as cinco Farmácias permite à FAP um melhor serviço aos utentes, isto é, por exemplo, quando o utente deseja um medicamento ou produto que se encontra indisponível nos fornecedores, há possibilidade de um pedido de empréstimo entre Farmácias, que pode demorar horas caso este seja feito à FM, ou poucos dias, caso seja pedido à Farmácia Moderna, à Farmácia São Bento ou à Farmácia Graciosa.

2.1. Localização e horário de funcionamento

A FAP localiza-se na Rua Professor João Ferreira da Silva nº1A, na cidade de Lagoa, na ilha de São Miguel. Está situada no centro da freguesia de Água de Pau, ao nível da rua, com acessibilidade a todos, incluindo idosos e indivíduos portadores de deficiência motora. A FAP encontra-se a poucos minutos do Unidade de Saúde de Água de Pau o que possibilita que os utentes, após as consultas, se desloquem à Farmácia dada a proximidade. A FAP está aberta durante de segunda a sexta-feira, 9h às 19h, e sábado das 9h às 18h, fechando para almoço das 13h às 14h.

2.2. Organização do espaço físico

A organização do espaço físico da FAP está de acordo com as normas recomendadas no Manual de Boas Práticas Farmacêuticas para a Farmácia Comunitária^[1].

2.2.1. Espaço exterior

O exterior da FAP é constituído por uma entrada com sistema de abertura automático e guarda-vento, que resguarda os utentes do contacto direto com o exterior enquanto estes se encontram na sala de espera. Por cima da porta de entrada da FAP, tem inscrito em letras bem visíveis, verdes e luminosas “Farmácia”. No exterior da porta de entrada da Farmácia encontra-se a identificação da Diretora Técnica (DT), o horário de funcionamento e o contacto da Farmácia. A FAP também apresenta uma porta lateral, de ferro, que dá acesso ao *back-office*, por onde entram as encomendas e os colaboradores.

2.2.2. Espaço interior

O interior da FAP está organizado em duas grandes áreas: *front-office* e *back-office*.

A área de *front-office* da FAP abrange a área de atendimento ao público e a sala de espera. A área de atendimento ao público é espaçosa e bem organizada. Esta área está equipada com dois balcões de atendimento, cada qual com um computador, impressora de talões, leitor ótico e de códigos de barras, terminal de multibanco e leitor de cartão de cidadão. Por detrás dos balcões de atendimento existem lineares e gavetas às quais os utentes não têm acesso. Nestes estão expostos e armazenados medicamentos não sujeitos a receita médica (MNSRM), suplementos alimentares, dispositivos médicos e produtos homeopáticos. Contudo, também existem lineares e expositores acessíveis aos utentes, distribuídos pela Farmácia. Nestes, é possível encontrar os produtos expostos por áreas bem distintas: produtos de obstetrícia, puericultura e nutrição infantil; produtos dietéticos; produtos de higiene corporal e íntima; produtos de ortopedia; produtos capilares; produtos de dermocosmética; produtos de

higiene oral; produtos para cuidado dos pés e pernas cansadas; medicamentos e produtos de uso veterinários, entre outros. Na área destinada à sala de espera, encontram-se duas cadeiras para os utentes e/ou acompanhantes.

A área de *back-office* da FAP é muito espaçosa e tem uma porta para entrada de encomendas e colaboradoras. Esta área divide-se de acordo com as funções a desempenhar:

- ♦ **Gabinete da Diretora Técnica:** espaço onde a documentação é arquivada e onde se encontram diferentes fontes de informação para consulta. É neste gabinete onde se realizam as reuniões com os Delegados de Informação Médica e com outros colaboradores e as consultas de nutrição;
- ♦ **Zona de receção e conferência de encomendas:** está equipada com computador, uma secretária, um leitor ótico de código de barras, um fax, uma impressora de talões e duas impressoras. Nesta zona é feita a receção e conferência de encomendas, a marcação de preços, organização de documentos e, para além disso, possui ainda área separada para os produtos reservados para os utentes (tanto para os produtos pagos como para os não pagos);
- ♦ **Zona de armazenamento:** encontram-se distribuídas por diferentes locais da Farmácia. A maior zona de armazenamento situa-se nas gavetas deslizantes onde são colocados grande parte dos medicamentos de marca, organizados por ordem alfabética e dosagem. Nestas gavetas também ficam armazenados alguns dos medicamentos genéricos, ordenados por ordem alfabética de substância ativa, laboratório e respetiva dosagem. Em prateleiras amplas, encontram-se armazenados a maior parte dos medicamentos genéricos, por laboratório, ordem alfabética de substância ativa e dosagem. Nas prateleiras que se encontram acima da zona de conferência de encomendas, são armazenados os excedentes dos medicamentos que se encontram armazenados nas gavetas deslizantes e os excedentes dos MNSRM. Ainda noutras prateleiras, encontram-se armazenados os produtos para diabéticos, como as tiras de glicémia e as lancetas. Os medicamentos do frio (como insulinas, vacinas e alguns colírios e vitaminas) estão armazenados no frigorífico também por ordem alfabética, a uma temperatura entre 2 e 8°C. No frigorífico, há uma prateleira destinada a produtos reservados para os utentes e outra para os produtos que não foram rececionados, o que permite uma melhor organização;
- ♦ **Zona de produtos com validade a expirar:** aqui são colocados os produtos com prazo de validade a expirar dentro de 3 meses e os produtos que já expiraram a validade, sendo posteriormente efetuadas as devidas devoluções ao fornecedor;
- ♦ **Laboratório:** onde são efetuadas as reconstituições dos antibióticos;
- ♦ **Área pessoal:** espaço onde se encontram os cacifos dos colaboradores da armácia e as instalações sanitárias.

Ao longo do meu estágio na FAP, realizei funções tanto no back-office como no front-office. Uma atividade realizada e que acho importante referir foi a alteração total da disposição dos lineares presentes no front-office. A alteração de visual da Farmácia chamou muito a atenção dos utentes, fazendo com que perguntassem “isto é novo aqui na Farmácia?” referindo-se a produtos que já lá estavam antes da remodelação. Fez-me perceber que é importante ir renovando os lineares e o modo como a Farmácia se apresenta, de modo a chamar a constante atenção dos produtos que a Farmácia tem para oferecer para o seu cuidado.

2.3. Recursos Humanos

A equipa da FAP é constituída pelos seguintes elementos:

- ♦ Diretora Técnica: Dra. Carla Ferreira;
- ♦ Farmacêutica Substituta: Dra. Tânia Travassos;
- ♦ Técnica de Farmácia: Maria do Carmo Vieira;
- ♦ Técnica Auxiliar de Farmácia: Maria da Graça Rebelo;
- ♦ Nutricionista: Catarina Rola;
- ♦ Auxiliar de limpeza: Eduarda Pacheco;
- ♦ Colaborador externo: Dinis Rabaça – responsável pelo transporte das encomendas entre a FAP e FM.

As colaboradoras da FAP que estão ao balcão de atendimento, encontram-se identificadas com o seu cartão, em que consta o seu nome e título profissional. É uma equipa pró-ativa, multidisciplinar, muito trabalhadora e organizada, bem-disposta e sempre pronta a ajudar o próximo. São estas características que fazem da FAP uma Farmácia muito querida pelos cidadãos de Água de Pau, que procuram a Farmácia para o mais pequeno problema.

2.4. Sistema Informático

Todos os computadores da FAP encontram-se equipados com o *software* Sifarma 2000, criado pela Glintt. O Sifarma 2000 é uma ferramenta muito intuitiva e organizada, com inúmeras funcionalidades muito úteis para o dia-a-dia na Farmácia. Este sistema informático (SI) permite: gerar e rececionar encomendas para e aos respetivos fornecedores; executar a gestão de devoluções de produtos, a gestão contabilística e financeira; organizar as receitas por lote e entidade financeira responsável participante; emitir listas para controlo da validade e de medicamentos do frio; realizar a gestão de produtos, onde é possível controlar os *stocks* e os prazos de validade de cada produto, existindo para cada produto uma ficha com diversas informações, entre os quais o histórico de compra e venda, o *stock* máximo e mínimo, informação científica, entre tantas outras. Para além de todas estas funcionalidades, o Sifarma 2000 também é utilizado no atendimento ao utente. Durante o atendimento, permite a criação da ficha do utente, onde se pode ver o histórico de medicação e de vendas ao utente; permite fazer vendas e encomendas instantâneas ao fornecedor; é possível a visualização de informação científica sobre o medicamento, como a posologia, reações adversas, interações medicamentosas, indicações terapêuticas, composição química. O seu uso durante o atendimento permite fazer um melhor atendimento e esclarecer as dúvidas dos utentes, mostrando-se assim uma ferramenta indispensável para o dia-a-dia na Farmácia.

Durante o meu estágio, tentei ao máximo explorar este SI.

2.5. Fontes de Informação

Na FAP estão disponíveis diversas fontes de informação fidedignas para que toda a equipa se possa manter atualizada, tanto a nível científico como a nível legal, e para esclarecer algumas dúvidas que poderão surgir no dia-a-dia de uma Farmácia. Estas podem ser encontradas em papel, como Formulário Galénico, Índice Nacional Terapêutico, Prontuário Terapêutico, Legislação Farmacêutica (Despachos e Portarias) e Farmacopeia Portuguesa; ou *online*, como é o caso das normas informativas da Direção Geral de Saúde e das circulares informativas da Associação Nacional de Farmácias. Para além destas, e como já foi referido acima, também o Sifarma 2000 é uma fonte de informação, de acesso rápido, bem como os Resumos das Características dos Medicamentos, disponíveis no site da Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I. P. (INFARMED).

3. Gestão de Medicamentos e Produtos de Saúde

Uma correta gestão dos *stocks* é imprescindível para um melhor funcionamento e administração de uma Farmácia Comunitária. Os *stocks* na Farmácia devem estar definidos como máximo e mínimo de modo a que não haja perdas financeiras nem insuficiência de medicamentos e/ou produtos de saúde (MPS) para satisfazer as necessidades dos utentes. Como adjuvante a uma gestão adequada dos *stocks*, é necessário promover o escoamento de MPS em que o prazo de validade (PV) se encontra próximo. Assim, é possível garantir que não existem perdas monetárias para a Farmácia aquando da devolução de MPS fora do PV. O SI Sifarma 2000 é um grande auxiliar no que toca à gestão de *stocks* pois permite definir previamente *stocks* máximos e mínimos para cada produto, na sua respetiva ficha de produto, de acordo com as necessidades da Farmácia. Este estabelecimento dos limites de *stocks* facilita a realização de encomendas por parte do DT. A equipa da FAP criou, de modo a obter uma melhor organização da gestão de *stocks*, livros de registo dividido em duas partes: a primeira para registar acertos de *stocks*, quando o *stock* real é diferente do informático, e a segunda para registar de quebras de produtos.

Um das tarefas que me foi incumbida durante o estágio consistiu em auxiliar na realização do inventário de MPS de modo a acertar stocks. Esta tarefa chamou-me a atenção não só para a importância de estar sempre atenta aquando da receção de encomendas, pois há muitas embalagens que por serem parecidas podem ser confundidas aquando da sua introdução no SI, como ter atenção à atualização, quando necessária, dos PV dos produtos rececionados.

3.1. Aquisição e armazenamento de medicamentos e produtos de saúde

3.1.1. Fornecedores

A aquisição de MPS na FAP é realizada maioritariamente a distribuidores grossistas e a laboratórios farmacêuticos, em situações menos frequentes, para efetuar a encomenda de um determinado grupo de produtos, como dermocosmética, produtos sazonais, puericultura ou produtos difíceis de obter junto dos distribuidores. Esta aquisição é feita de acordo com os limites de *stocks* mínimo e máximo, o histórico de compra e vendas e a capacidade de investimento da Farmácia. A Alliance Healthcare Açores é o principal distribuidor grossista da FAP, com distribuição bi-diária, seguindo-se do Oliveira Leitão & Pena S.A, que realiza uma entrega diária. Outros distribuidores pontuais são o Luís Peixoto, Dinarte Dâmaso, Higiaçores e J.Silva Júnior. Para além destes distribuidores, a FAP recebe uma encomenda diariamente da FM.

3.1.2. Realização de encomendas

As encomendas de MPS podem ser realizadas através do Sifarma 2000, por contacto telefónico ou por e-mail. As encomendas efetuadas por e-mail são pontuais e referentes apenas a certos produtos que não podem ser encomendadas pelo SI. Por contacto telefónico, são realizadas encomendas a distribuidores grossistas de produtos cuja disponibilidade é limitada e é necessário uma confirmação do seu *stock* para informar o utente ou quando não é possível encomendar através do SI. A partir do Sifarma 2000 é possível realizar três tipos de encomendas:

- a) **Encomendas instantâneas:** são efetuadas, normalmente, aquando do atendimento ao público, quando um utente solicita um MPS que não se encontra disponível na Farmácia ou cujo *stock* existente é inferior ao pretendido. Neste tipo de encomenda, é possível saber, no momento, a quantidade disponível e a hora de entrega;
- b) **Encomendas manuais:** são realizadas, por norma, para a aquisição de produtos em grandes quantidades ou quando existem campanhas em vigor, para que a Farmácia possa beneficiar de

descontos ou bonificações. Este tipo de encomenda pode também ser feita diretamente com os Delegados de Informação Médica, aquando da sua visita à Farmácia;

- c) **Encomendas diárias:** são criadas automaticamente à Alliance Healthcare Açores, de acordo com o *stock* mínimo definido para cada produto. A nota de encomenda, antes de ser enviada ao fornecedor, é revista pelo DT, e pode ser modificada por este, sendo possível acrescentar ou retirar produtos e as suas quantidades também podem ser alteradas.

Durante o meu estágio, observei a realização de encomendas diárias e realizei encomendas instantâneas e telefónicas.

3.1.3. Receção e conferência de encomendas

A FAP recebe, por norma, quatro encomendas diariamente, sendo que duas destas são da Alliance Healthcare Açores, uma da FM e uma do Oliveira Leitão & Pena S.A. Quando as encomendas chegam à Farmácia, é necessário que o farmacêutico ou técnico de Farmácia assine o comprovativo de receção da mesma. As encomendas são sempre acompanhadas com fatura ou guia de remessa, quando os produtos enviados não foram faturados aquando da entrega. Relativamente aos medicamentos do frio, aquando da sua chegada estes são rapidamente colocados no frigorífico, numa zona destinada a produtos por introduzir.

A receção das encomendas varia de acordo com o tipo de encomenda que foi feito. As encomendas diárias e as instantâneas encontram-se já no SI e apenas é necessário rececionar. Aquando da receção das encomendas manuais é necessário, primeiramente, criar uma encomenda para depois a poder rececionar.

No processo de receção de encomendas propriamente dito, é necessário conferir se os dados que estão na fatura são referentes ao produto enviado e, se necessário, atualizar o preço de venda ao público (PVP), o preço de venda à Farmácia (PVF) e a validade, se esta for mais curta do que aquela que se encontra no SI. Relativamente aos produtos de venda livre, é necessário ter em conta as margens definidas pela Farmácia, que irão gerar o PVP automaticamente. No fim da receção da encomenda, é necessário verificar se as quantidades das unidades rececionadas são iguais às que se encontram na fatura, bem como se preço total de fatura é o mesmo que se encontra no SI. Aquando da existência de irregularidades na encomenda, como por exemplo, ter vindo um produto com dosagem diferente da que foi pedida, faltar algum produto que se encontra na fatura, as unidades enviadas do produto serem diferentes da fatura, é necessário contactar o fornecedor para regularizar a situação. No fim da receção de cada encomenda, é impresso um documento comprovativo da entrada da mesma no SI que é posteriormente arquivado para fins contabilísticos.

Ao longo do estágio, realizei a receção e conferência de encomendas quase desde o primeiro dia, tendo começado primeiro por fazê-lo com supervisão e depois autonomamente. Esta tarefa permitiu-me ter um maior contacto com os diversos MPS, estabelecer um maior contacto com os fornecedores e aperceber-me de como a gestão dos produtos é feita.

3.1.4. Armazenamento e conservação

Os MPS são armazenados em locais previamente definidos de modo a facilitar a sua dispensa aos utentes, diminuindo o tempo de atendimento. O armazenamento é feito de acordo com os PV, seguindo os princípios FIFO (*First In First Out*) e FEFO (*First Expired First Out*), em que os MPS com PV mais curto devem ser os primeiros a ser dispensados, para evitar que sejam devolvidos. As encomendas instantâneas, ou seja, as reservas, são colocadas em locais distintos dos restantes produtos. Os produtos que já se encontram pagos, são armazenados numa gaveta juntamente com o duplicado da fatura que contém o nome do utente e do produto; já os produtos

reservados não pagos ficam guardados numa caixa, junto com o nome do utente e contacto telefónico. De modo a auxiliar o sistema de reservas da FAP, a equipa criou um livro de reservas, onde se coloca o nome do produto, o PVP, a quantidade, se foi pago ou não, o nome do utente e a data. Aquando da entrega do produto ao utente, o funcionário responsável por esta assina e coloca a data que o utente foi levantar o produto.

A conservação dos produtos deve ser feita a temperatura e humidade inferior a 25°C e a 60%, respetivamente, com exceção do frigorífico no qual a temperatura deve-se encontrar entre os 2°C e os 8°C. De modo a garantir uma maior segurança na conservação dos produtos, é necessária efetuar uma monitorização regular das condições acima mencionadas, nos diferentes locais da Farmácia.

Durante o todo o estágio colaborei no armazenamento dos MPS, o que me conferiu consciência sobre a sua localização, organização e rotatividade o que, posteriormente, permitiu-me fazer uma dispensa mais confiante destes produtos.

3.2. Controlo do prazo de validade

O controlo do PV inicia-se desde o momento em que o produto entra na Farmácia, na receção de encomendas, em que o PV de cada MPS é atualizado, caso seja inferior ao existente na Farmácia, ou introduzido no SI. Posteriormente, o controlo do PV é feito a cada mês, em que a DT ou a Farmacêutica Substituta emite uma lista, através do Sifarma 2000, que contém todos os produtos cujo o PV termina dentro de três meses. Durante este controlo, também é verificado o *stock* de cada produto para posteriormente este poder ser corrigido pela DT, caso seja necessário. Os produtos cujo PV expira dentro de três meses são armazenados num local distinto, separados pelos respetivos meses em que terminam a sua validade. Além disso, aquando da dispensa dos produtos, coloca-se uma caixa de texto no Sifarma 2000 a chamar a atenção dos elementos da equipa de que o PV do respetivo produto está a expirar. Os produtos que não forem vendidos são posteriormente devolvidos ao fornecedor. Deste modo, é necessário que haja uma grande organização relativamente aos PV, de modo a evitar o maior número de perdas monetárias para a Farmácia.

Ao longo do estágio, tive a oportunidade de participar neste controlo e aprendi imenso sobre estratégias de rotatividade de produtos. Inclusive, cheguei a desenvolver junto com a Farmacêutica Substituta, uma tabela de produtos passíveis de aconselhamento, com prazo de validade a terminar em 6 meses de modo a facilitar o seu escoamento. Para além disso, foi possível perceber que o trabalho em equipa faz toda a diferença para que o stock desejado seja escoado e se evitem perdas para a Farmácia.

3.3. Gestão de devoluções

A gestão de devoluções é realizada em duas etapas distintas - a realização da devolução e a regularização da mesma - sendo que a segunda etapa depende da primeira.

A devolução é feita através do Sifarma 2000 e são vários os motivos pela qual se pode efetuar uma devolução: a caixa do produto veio danificada, produto com PV curto, produto com PV expirado, produto não encomendado, remarcação de PVP, erro no pedido da encomenda, produto com propriedades organoléticas alteradas e outros motivos, como emissão de circulares de suspensão de comercialização pelo INFARMED ou circulares de recolha emitidas voluntariamente pelo detentor de Autorização de Introdução no Mercado. Na nota de devolução gerada pelo SI, que é posteriormente impressa, deve constar o nome do fornecedor, do produto e o motivo da devolução.

A devolução pode ou não ser aceite pelo fornecedor. Quando não é aceite, o produto retorna à Farmácia e pode ser dado quebra ou seguir para venda (caso não seja um produto com validade perto a expirar). Quando a devolução é aceite, por norma, o fornecedor envia uma nota de crédito e procedemos à sua regularização.

Durante o estágio tive oportunidade de detetar produtos que foram devolvidos, realizei as respetivas devoluções e observei as suas regularizações.

4. Dispensa de Medicamentos e Produtos de Saúde

O ato de dispensa e aconselhamento de MPS é característico dos farmacêuticos. São a estes profissionais de saúde que os utentes muitas vezes recorrem para resolver transtornos menores, por serem os profissionais de saúde mais próximos e que lhes transmitem confiança. Também a capacidade de avaliar a prescrição médica e esclarecer possíveis dúvidas que o utente tenha quer na posologia quer sobre a doença em questão, perceber qual o possível problema que o utente tem e tentar ajudá-lo quer através do aconselhamento farmacêutico ou até mesmo do encaminhamento ao médico.

De todas as tarefas realizadas no estágio, as que maiores desafios me trouxeram foram, sem dúvida, a dispensa de medicamentos e o aconselhamento farmacêutico. Foram nestes dois momentos em que senti maior necessidade de aplicar os conhecimentos adquiridos na universidade bem como adquirir outros, como a capacidade de comunicação e o à vontade a realizar um aconselhamento. Foi difícil, para mim, passar da linguagem técnico-científica para a linguagem corrente com os utentes. Com trabalho e dedicação, foi possível conseguir transmitir a palavra aos utentes e ganhar confiança no meu desempenho. Outro fator também muito desafiante foi garantir que todos os atendimentos eram feitos adequadamente a cada utente, não deixando este ir para casa com dúvidas, e garantir o uso racional do medicamento e a adesão à terapêutica. Com o tempo e com a ajuda da equipa técnica da FAP, a dispensa de aconselhamento de MPS tornou-se mais confortável e consegui transmitir confiança aos utentes.

De acordo com o Estatuto do Medicamento, presente no Decreto-Lei n.º 176/2006 de 30 de Agosto, um medicamento é “toda a substância ou associação de substâncias apresentada como possuindo propriedades curativas ou preventivas de doenças em seres humanos ou dos seus sintomas ou que possa ser utilizada ou administrada no ser humano com vista a estabelecer um diagnóstico médico ou, exercendo uma ação farmacológica, imunológica ou metabólica, a restaurar, corrigir ou modificar funções fisiológicas”. Os medicamentos são classificados, quanto à dispensa ao público, como medicamentos sujeitos a receita médica (MSRM) e medicamentos não sujeitos a receita médica (MNSRM)^[2].

4.1. Medicamentos Sujeitos a Receita Médica

Os MSRM carecem de receita médica para serem dispensados, devendo estas ser prescritas por um profissional de saúde com habilitações para o fazer. Para além disso, os MSRM são todos aqueles que se inserem em alguma das seguintes condições: “possam constituir um risco para a saúde do doente, direta ou indiretamente, mesmo quando usados para o fim a que se destinam, caso sejam utilizados sem vigilância médica; possam constituir um risco, direto ou indireto, para a saúde, quando sejam utilizados com frequência em quantidades consideráveis para fins diferentes daquele a que se destinam; destinem-se a ser administrados por via parentérica; contenham substâncias, ou preparações à base dessas substâncias, cuja atividade ou reações adversas seja indispensável aprofundar”^[2].

4.1.1. Receita médica e validação da prescrição

Atualmente, existem nas Farmácias Comunitárias três tipos de receitas: receita manual, receita eletrónica materializada e receita eletrónica desmaterializada^[3-5].

As receitas manuais são preenchidas pelo prescriptor num modelo pré-impresso, aprovado no Despacho n.º 1465/2016, de 15 de julho de 2016, cuja emissão é exclusiva da Imprensa Nacional da Casa da Moeda^[3,6]. Estas receitas têm uma validade de 30 dias a partir da data de emissão e não é possível a emissão de mais do que uma via^[3-5]. Segundo o Despacho n.º 2935-B/2016, de 24 de fevereiro, a partir de 1 de abril de 2016 tornou-se obrigatória a prescrição exclusiva através de receita eletrónica desmaterializada, podendo, excecionalmente nos casos no artigo 8.º da Portaria n.º 128/2015 de 5 de outubro de 2015, ser feita por via manual, em que o médico prescriptor deve assinalar qual o motivo da exceção: a) falência informática; b) inadaptação fundamentada do prescriptor, previamente confirmada e validada anualmente pela respetiva Ordem profissional; c) prescrição ao domicílio; d) outras situações até um máximo de 40 receitas médicas por mês^[5,7].

As receitas eletrónicas materializadas são receitas em papel e são classificadas de acordo com a duração do tratamento: receitas renováveis até 3 vias, destinadas a tratamentos longos (validade de 6 meses) e receitas não renováveis, destinadas a tratamentos curtos (validade de 30 dias)^[3-5].

Tanto as receitas manuais como as receitas eletrónicas materializadas podem conter até 4 medicamentos distintos prescritos, com um total de 4 unidades na receita. Também pode haver prescrição do mesmo medicamento no máximo de 2 unidades, não ultrapassando igualmente as 4 unidades por receita. Caso os medicamentos se apresentem em embalagem unitária, é possível a prescrição até 4 unidades deste mesmo medicamento^[3-5]. Os produtos para autocontrolo da diabetes, manipulados, estupefacientes e psicotrópicos têm de estar em receitas isoladas^[3,4].

As receitas eletrónicas desmaterializadas, podem surgir ao balcão através de uma mensagem de texto com os códigos da receita (número da receita, código de dispensa e código de direito de opção), através da impressão do guia de tratamento ou apresentação do mesmo em formato eletrónico. Nestas receitas, os medicamentos que se destinem a tratamentos de curta ou média duração apenas podem ser prescritos num máximo de 2 embalagens e apresentam validade de 30 dias. Por outro lado, os medicamentos destinados a tratamentos de longa duração podem ser prescritos até 6 embalagens, com validade de 6 meses^[3-5].

De modo a validar a prescrição médica, é da função do farmacêutico ter em atenção a um conjunto de informações obrigatórias de modo a prosseguir com a dispensa, entre as quais: os dados do utente (nome e número de utente, número de beneficiário caso se aplique, entidade financeira responsável pela comparticipação, regime especial de comparticipação caso se aplique); identificação do médico prescriptor (vinheta) e assinatura do mesmo; data da prescrição e validade; local de prescrição (vinheta, carimbo ou inscrição manual); identificação correta dos medicamentos em conjuntos com Portarias/Despachos/Diplomas ou exceções, se aplicáveis. A identificação das substâncias ativas deve incluir a Denominação Comum Internacional (DCI), forma farmacêutica, dosagem, dimensão da embalagem, número de embalagem, posologia e o Código Nacional para a Prescrição Eletrónica de Medicamentos (nas receitas eletrónicas materializadas). Excecionalmente, a prescrição pode incluir a denominação comercial do medicamento: quando não existem genéricos comparticipados ou só exista o medicamento de marca; medicamentos que apenas podem ser prescritos para determinadas indicações terapêuticas (por razões de propriedade industrial); justificação técnica do prescriptor quanto à incapacidade de substituição do medicamento prescrito. Neste último caso, existem 3 possíveis justificações: a) margem ou índice terapêutico estreito, b) reação adversa prévia e c) continuidade de tratamento superior a 28 dias^[3-5].

Quando a receita se encontra validada, segue-se a dispensa do medicamento no qual o farmacêutico tem um papel fundamental. É ao farmacêutico que cabe realizar a dispensa e perceber se se trata de uma primeira vez ou

se já é medicação habitual. Caso se trate de uma medicação nova, o farmacêutico deve informar ao utente a indicação da mesma, a posologia, alertar para possíveis efeitos secundários e promover a adesão à terapêutica (por exemplo, no caso dos antidepressivos, o farmacêutico deve alertar que os efeitos só se sentem a fim das 4/6 semanas de tratamento). Por outro lado, se se tratar de medicação crónica, cabe ao farmacêutico questionar ao utente se tem alguma dúvida ou queixa, se o tratamento está a ser eficaz e tentar perceber se há adesão à terapêutica.

Durante o estágio na FAP tive a oportunidade de contactar com os três tipos de receitas, sendo as receitas eletrónicas desmaterializadas as mais frequentes e as receitas manuais as menos frequentes. De facto, as receitas eletrónicas desmaterializadas trazem muitos mais benefícios, tanto para o utente como para a Farmácia: o utente pode optar pela quantidade de cada medicamento e ir comprando à medida que necessita/tem possibilidade; é possível evitar que os utentes comprem medicamentos em excesso; evitam-se erros de dispensa; os medicamentos psicotrópicos e estupefacientes bem como os produtos para o controlo da diabetes não vêm em receitas separadas, o que facilita no ato da dispensa. Por outro lado, aquando de uma falha do SI, a Farmácia fica condicionada, embora exista a possibilidade de dispensa offline.

Aquando da dispensa, reparei que os utentes preferiam as receitas sem papel dado que podiam optar pelo medicamento e respetiva quantidade que levavam sem perder os outros medicamentos prescritos (caso que não acontece nas receitas eletrónicas materializadas). Também para quem está ao balcão, as receitas sem papel ajudam, de facto, numa dispensa mais rápida a nível do SI, sem erros, havendo assim mais tempo para dedicar atenção ao utente.

4.1.2. Conferência de receituário e faturação

Após a dispensa de medicamentos, o profissional de saúde deve sempre assinar, colocar a data e o carimbo da Farmácia. Este também é responsável por verificar se o utente assinou e se não ocorreram erros aquando da validação da receita, averiguando sempre se os dados da impressão do talão no verso da receita coincidem com a prescrição. Caso existam erros, estes devem ser detetados a tempo e corrigidos antes do fecho do mês, de modo a que a Farmácia seja devidamente reembolsada pela entidade financeira responsável. Aquando da correção, o responsável deve justificar, assinar e colocar a data. Este processo não se aplica a receitas eletrónicas desmaterializadas^[5,8].

As receitas são organizadas de acordo com os organismos de comparticipação e por lotes, sendo que cada lote tem um número máximo de 30 receitas. Após a organização do receituário, são impressas através do SI o “Verbete de Identificação de Lotes”, que devem ser carimbadas e anexadas a cada lote, e a “Relação resumo de lotes” para cada lote a ser faturado. Para além destes, também são impressos em duplicado as faturas mensais e as notas de crédito/débito referentes ao mês anterior, com vista à retificação da fatura a corrigir do mês anterior. Todos estes documentos de faturação são acondicionados em volumes devidamente identificados, sendo posteriormente enviados às entidades competentes^[8].

A CTT - Correios de Portugal é a empresa responsável por ir levantar à Farmácia o volume até ao 3º dia de cada mês e enviá-lo para o Centro de Conferência de Faturas dos Açores (CCF-Açores), localizado na ilha Terceira. A Saudaçor S.A. (Sociedade Gestora de Recursos e Equipamentos de Saúde dos Açores) é uma sociedade anónima de capitais exclusivamente pública, que tem por missão a prestação de serviços de interesse económico geral na área da saúde, sendo seu objeto o planeamento e a gestão do Sistema Regional de Saúde e dos respetivos sistemas de informação, infraestruturas e instalações. É a entidade responsável pelo CCF-Açores, que foi criado com o objetivo de centralizar a conferência das faturas pagas pelo SRS Açores e que permite a “conferência

atempada das faturas, a redução dos erros de prescrição, a redução de gastos com medicamentos, a redução dos custos de operação inerentes ao processo de conferência de faturas do SRS dos Açores e a agilização e uniformização dos procedimentos de conferência”^[8].

Quando o CCF-Açores recebe a informação de faturação, é disponibilizado no portal CCF-Açores um comprovativo de receção. Assim sendo, o processo de conferência decorre desde da entrada da informação da faturação (dia 10) até ao dia 25 do mesmo mês. No dia 25 é disponibilizado à Farmácias, através do portal, os erros e diferenças identificadas, com referência à respetiva fatura e apresentação da justificação das retificações realizadas. A Farmácia tem até ao dia 10 do seguinte mês para remeter a nota de débito ou crédito regularizadora dos erros e diferenças identificados pelo CCF-Açores. O mesmo acontece com as receitas dos restantes organismos de participação: as receitas são enviadas para a Associação Nacional de Farmácias (ANF) também até ao dia 10 e é esta entidade a intermediária entre as Farmácias e os organismos, responsável pelo pagamento das participações^[8].

Desde o primeiro mês de estágio foi-me explicado como é realizado o processo de conferência de receitas e faturação. Ao longo dos meses tive a tarefa de organizar as receitas por organismo e lotes, carimbar os verbetes e anexá-los aos respetivos lotes.

4.1.3. Medicamentos sujeitos a legislação especial: Estupefacientes e Psicotrópicos

Os estupefacientes e psicotrópicos, fármacos que atuam a nível do sistema nervoso central, podem apresentar efeitos depressores ou estimulantes deste sistema. São amplamente utilizados no tratamento de diversas doenças (na área da psiquiatria e da oncologia, por exemplo) ou também podem ser utilizados como analgésicos e antitússicos. Devido à sua natureza, estas substâncias são capazes de gerar habituação ou até mesmo dependência física e/ou psíquica, sendo muitas vezes utilizadas para atos ilícitos^[9]. Por esta razão, estes fármacos estão sujeitos a uma receita e legislação especial, de modo a haver um máximo controlo do seu circuito, dado que são muitas vezes utilizados de forma abusiva^[5,9]. Após a sua receção, estes devem ser devidamente arrumados num local específico, distinto dos restantes medicamentos. Todo o circuito destes medicamentos na Farmácia, desde a receção até à dispensa, é totalmente controlado pelo farmacêutico.

No ato da dispensa e independente do tipo de receita, o farmacêutico tem de preencher campos no SI referentes ao doente e seu representante (o adquirente, caso se aplique) - nome, data de nascimento, morada, número e data do bilhete de identidade ou da carta de condução ou do cartão de cidadão e do médico prescriptor (nome e número da cédula profissional)^[3]. Caso a dispensa seja feita a partir de uma receita manual, deve-se digitalizar e enviar por e-mail para Direção Regional de Saúde e tirar 1 cópia da receita para arquivo na Farmácia. No caso das receitas eletrónicas materializadas, apenas é preciso tirar uma cópia da mesma para arquivo. Relativamente às receitas eletrónicas desmaterializadas, estas são diretamente enviadas através do SI para as entidades de participação. Aquando da dispensa do psicotrópico, independentemente do tipo de receita são impressos dois talões que ficam arquivados junto com as cópias das receitas.

De acordo com a Direção Regional da Saúde da Região Autónoma dos Açores, o controlo das prescrições de medicamentos estupefacientes e psicotrópicos está sujeito a novos procedimentos. Assim, as Farmácias devem enviar à Direção Regional da Saúde, por e-mail: até ao 8º dia do mês seguinte, fotocópia da receita manual com os medicamentos dispensados contendo uma substância classificada como estupefaciente ou psicotrópico; até ao 15º dia do mês seguinte ao termo do trimestre o mapa de balanço de entradas e saídas de medicamentos

estupefacientes e psicotrópicos; e até ao dia 31 de janeiro do ano seguinte, o mapa anual de balanço de entradas e saídas de medicamentos estupefacientes e psicotrópicos.

Todos os documentos referentes a estas classes de medicamentos devem ser guardados na Farmácia durante 3 anos, em formato de papel ou informático^[3].

Ao longo do meu estágio foi-me explicado todo este procedimento e tive a oportunidade de realizar a dispensa destes medicamentos, com supervisão da farmacêutica.

4.2. Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica

Os MNSRM são todos aqueles que não se incluem na definição de MSRM, podendo, por isso, ser dispensados sem receita médica^[2]. Estes medicamentos podem ser vendidos ao público fora das Farmácias em locais que cumpram os requisitos legais e regulamentares, desde que autorizado pelo INFARMED, e a sua venda só pode ser realizada por um farmacêutico ou por técnico de Farmácia ou sob a sua supervisão. Existem MNSRM que podem ser comparticipados perante receita médica, sendo que estes só podem ser dispensados em Farmácia para ser possível a sua comparticipação. Todos estes medicamentos apresentam um PVP variável, de acordo a margem de comercialização aplicada^[10]. Dentro desta classe, ainda é possível encontrar os MNSRM de dispensa exclusiva em Farmácia, que são medicamentos que necessitam da aplicação de protocolos de dispensa e cuja dispensa deve ser feita por um farmacêutico^[11].

Geralmente, a dispensa de MNSRM está associada a situações de automedicação, polimedicação ou de aconselhamento farmacêutico. Devido à facilidade de aquisição destes produtos fora da Farmácia, há uma maior necessidade de intervenção por parte do farmacêutico. Este, ao realizar a dispensa de um MNSRM deve ter em conta a situação fisiológica do utente, o seu histórico de alergias, problemas de saúde já diagnosticados e a terapêutica atual, para poder realizar o aconselhamento adequado, nunca esquecendo as características do produto (substância ativa, dosagem, forma farmacêutica, posologia, duração do tratamento). Outra área onde o farmacêutico deve atuar é na prevenção da automedicação. Esta é cada vez mais crescente e deve ser feita de modo consciente, competindo ao farmacêutico sensibilizar a população sobre o uso racional destes medicamentos.

Ao longo do estágio realizei várias dispensas e aconselhamentos sobre vários MNSRM para o tratamento de vários transtornos menores como a diarreia, obstipação, rinite, constipação, alergias, tosse, garganta irritada, candidíase, dores menores, entre outros. Tive sempre o cuidado de perceber as necessidades do utente, explicar a posologia corretamente, alertar para eventuais efeitos adversos, precauções a tomar e ainda esclarecer todas as dúvidas que o utente pudesse ter em relação ao medicamento em questão.

4.3. Outros produtos farmacêuticos

4.3.1. Produtos cosméticos e de higiene corporal

Os produtos cosméticos e de higiene corporal são qualquer substância ou mistura de substâncias destinadas ao “contacto com as diversas partes superficiais do corpo humano, designadamente epiderme, sistemas piloso e capilar, unhas, lábios e órgãos genitais externos, com os dentes e as mucosas bucais, com a finalidade de, exclusiva ou principalmente, os limpar, perfumar, modificar o seu aspeto e ou proteger ou os manter em bom estado e ou de corrigir os odores corporais”^[12].

No decurso do meu estágio apercebi-me da importância que estes produtos têm no dia-a-dia da população da FAP. Felizmente, é uma população que se preocupa em tratar da sua pele, o que me permitiu realizar muitos aconselhamentos na área da cosmética. Para além disso, os produtos de higiene corporal como géis de duche e produtos de higiene íntima também eram muito solicitados. Em qualquer das áreas, inicialmente, tive algumas

dificuldades em realizar os atendimentos pois não estava familiarizada com os laboratórios e quais as ofertas de cada um. Por isso, as formações realizadas neste âmbito foram muito enriquecedoras visto que fiquei a conhecer alguns laboratórios e as suas diferentes gamas, passando a realizar aconselhamentos com maior confiança.

4.3.2. Suplementos alimentares

Segundo o Decreto-Lei n.º 118/2015, os suplementos alimentares são géneros alimentícios com o intuito de complementar e/ou suplementar o regime alimentar normal e que constituem fontes concentradas de determinadas substâncias nutrientes (vitaminas e minerais) ou outras com efeito nutricional ou fisiológico. Encontram-se comercializadas em “forma doseada, como cápsulas, pastilhas, comprimidos, pílulas e outras formas semelhantes, como saquetas de pó, ampolas de líquido, frascos com conta-gotas e outras formas similares de líquidos ou pós, que se destinam a ser tomados em unidades medidas de quantidade reduzida”. Os suplementos alimentares, em Portugal, são regulados pela Direção Geral de Alimentação e Veterinária (DGAV) e a Autoridade de Segurança Alimentar e Económica (ASAE), responsáveis por avaliar as políticas de segurança e proceder à fiscalização, respetivamente. Contrariamente aos medicamentos, os suplementos alimentares não requerem autorização para serem colocados no mercado, nem lhes são solicitados ensaios de qualidade, eficácia e segurança^[13].

A população da FAP procura muito a este tipo de produtos, pelo que tive diversas oportunidades de os aconselhar, a vários grupos etários. Dentro dos suplementos alimentares mais comuns, encontram-se os auxiliares de memória e concentração (jovens que iam realizar exames nacionais); estimulantes de apetite (desde as crianças aos idosos); combater cansaço físico, mental, perda de memória e o stress; para queda de cabelo; fortalecer o sistema imunitário. Também tive a oportunidade de realizar a dispensa de suplementos alimentares que vinham receitados pelo médico, como o caso do Primus[®], Acutil[®] e suplementos de magnésio.

Durante a dispensa, tive sempre o cuidado de perceber qual a medicação que o utente fazia, de modo a evitar uma possível interação medicamentosa. Para além disso, frisei que os suplementos não substituem uma dieta equilibrada e variada.

4.3.3. Produtos dietéticos e produtos para alimentação especial

Os produtos dietéticos e produtos para alimentação especial são géneros alimentícios destinados a uma alimentação especial devido à sua composição especial ou a processos especiais de fabrico. Distinguem-se claramente dos alimentos de consumo corrente, mostrando-se adequados às necessidades nutricionais especiais de determinadas categorias de pessoas. Destinam-se a colmatar as necessidades nutricionais específicas de diversas patologias e condições clínicas, como é o caso de doentes oncológicos, idosos que apresentem perda de peso ou fragilidade, disfagia após um AVC, lactentes ou crianças em tenra idade, perda de peso e fragilidade no idoso, feridas crónicas, doenças hereditárias do metabolismo (como a fenilcetonúria)^[14].

Durante o decorrer do estágio, foi comum a dispensa de bebidas nutricionais a idosos e produtos para lactentes, como as fórmulas infantis, as farinhas lácteas e espessantes.

4.3.4. Produtos fitoterapêuticos

De acordo com o Decreto-Lei n.º 176/2006 de 30 de agosto, produtos fitoterapêuticos são medicamentos que contenham na sua constituição exclusivamente uma ou mais substâncias ativas derivadas de plantas^[15].

Estes produtos são muitas vezes considerados inofensivos por parte da população, sendo que, na opinião desta “medicamentos naturais que não fazem mal”. É claramente um mito que é necessário esclarecer aquando do atendimento ao utente, frisando que este tipo de produtos também pode causar efeitos secundários e interações medicamentosas.

A aquisição de produtos fitoterapêuticos na FAP é frequente, sendo que os mais requisitados destinam-se ao tratamento do transtorno da ansiedade e sono, tosse produtiva e seca, problemas gastrointestinais (azia e refluxo, diarreia, obstipação).

4.3.5. Produtos homeopáticos

Os produtos homeopáticos são “medicamentos obtidos a partir de substâncias denominadas *stocks* ou matérias-primas homeopáticas, de acordo com um processo de fabrico descrito na Farmacopeia Europeia ou, na sua falta, em farmacopeia utilizada de modo oficial num Estado Membro, e que pode conter vários princípios”. O INFARMED é a entidade responsável por avaliar e autorizar estes produtos, supervisionando o cumprimento da legislação aplicável e avaliando os pedidos de registo simplificado destes medicamentos^[15].

Na FAP, a dispensa de produtos homeopáticos é rara. No entanto, existem na FAP produtos homeopáticos destinados ao alívio das constipações, do enjoo, do herpes labial, das contusões e fadiga muscular, dos estados ansiosos e emotivos ligeiros, da perturbação do sono e da tosse.

4.3.6. Produtos de obstetrícia, puericultura e nutrição infantil

Os produtos de obstetrícia são todos aqueles utilizados na gravidez e no pós-parto. A recorrência das grávidas e das recentes mães (também alguns pais) à Farmácia é elevada, visto que veem no farmacêutico um profissional de saúde com quem podem contar. Os produtos mais procurados por esta população específica são os óleos e cremes antiestrias, as cintas, cremes para a fadiga das pernas, protetores de mamilo, cremes para as gretas dos mamilos, entre outros.

Os produtos de puericultura destinam-se aos bebés e crianças, acompanhando o processo de desenvolvimento dos mesmos. São diversos os produtos que se podem encontrar na FAP, entre os quais chupetas, óleos de massagem, rocas e mordedores (destinados a acalmar o bebé); cremes hidratantes, géis e óleos de banho, champôs, soro fisiológico, fraldas, pentes, água micelar e água do mar, toalhetas, perfumes, escovas de dentes e pastas, cremes para as assaduras (cuidado e a higiene); tetinas e biberões de tamanhos diferentes, colheres de início à alimentação autónoma (ajudar na sucção e alimentação). Os produtos destinados a nutrição infantil também são vários e são muito procurados pela população da FAP. Entre estes, é possível encontrar as fórmulas infantis, as farinhas e as papas.

Durante o decorrer do estágio tive a oportunidade de aconselhar diversos produtos destas gamas, sendo que a procura mais frequente era relativamente à nutrição infantil, visto que as mães dirigiam-se à FAP para comprar a fórmula infantil para o seu bebé e algumas até chegaram a pedir aconselhamento sobre o tema.

4.3.7. Dispositivos médicos

Segundo o Decreto-Lei n.º145/2009, de 17 de junho, dispositivos médicos são definidos como “qualquer instrumento, aparelho, equipamento, *software*, material ou artigo utilizado isoladamente ou em combinação (...) cujo principal efeito pretendido no corpo humano não seja alcançado por meios farmacológicos, imunológicos ou metabólico” e são utilizados em seres humanos para fins de prevenção, controlo, diagnóstico, tratamento ou atenuação de uma doença, lesão ou deficiência. Os dispositivos médicos encontram-se agrupados em quatro classes de risco – I, IIa, IIb, III – de acordo com o tempo de contacto com o corpo humano e a invasibilidade neste causada, a área do corpo afetada pela sua utilização e os potenciais riscos decorrentes da sua conceção técnica e fabrico, sendo que os classe I apresentam menor risco e os de classe III maior risco associado^[16].

Foram vários os dispositivos médicos com os quais tive contacto ao longo do estágio na FAP. Dentro destes, os que cedi com maior frequência foram as seringas, os testes de gravidez, os frascos estéreis para colheita de urina, termómetros, tiras-teste para medição da glicémia, material de penso, compressas e máscaras cirúrgicas.

4.3.8. Medicamentos e produtos de uso veterinário

Os medicamentos veterinários são “toda a substância, ou associação de substâncias, apresentada como possuindo propriedades curativas ou preventivas de doenças em animais ou dos seus sintomas, ou que possa ser utilizada ou administrada no animal com vista a estabelecer um diagnóstico médico-veterinário ou, exercendo uma ação farmacológica, imunológica ou metabólica, a restaurar, corrigir ou modificar funções fisiológicas”. A autoridade responsável pelos medicamentos e produtos de uso veterinário é a Direção Geral de Veterinária (DGV)^[17]. Tal como acontece com os medicamentos de uso humano, os medicamentos veterinários também se dividem em MSRM e MNSRM. Aquando da dispensa o farmacêutico deve, de igual modo, informar sobre a indicação terapêutica, a posologia e o modo de administração.

Apesar de o stock ser limitado quanto a este tipo de produto, na FAP notei uma grande procura referente a desparasitantes internos e externos para animais domésticos.

4.3.9. Medicamentos manipulados

Os medicamentos manipulados podem ser classificados como preparados oficiais - quando o medicamento é preparado segundo indicações compendiais, de uma Farmacopeia ou Formulário – ou como fórmulas magistrais - quando são preparados segundo uma receita médica que especifica o doente a quem o medicamento se destina. Estes são preparados e dispensados pelo farmacêutico, que deve garantir a segurança e qualidade da preparação^[18].

Devido à pouca afluência de receitas de manipulados na FAP e ao facto de a FM ter um laboratório completamente equipado e uma equipa com mais farmacêuticos, na FAP não se preparam manipulados. Por isso, e com muita pena minha, não tive oportunidade de preparar manipulados durante o estágio.

Quando os utentes se dirigem à FAP com receitas de manipulados, é feito o scanner da receita e procede-se ao seu envio, via e-mail, para a FM, onde tem um laboratório devidamente equipado e uma farmacêutica pós-graduada em manipulação responsável por esta área. Após a preparação do manipulado este é enviado à FAP, através de uma transferência entre Farmácias, e a dispensa é feita ao utente a partir FAP.

No laboratório de manipulação da FAP tive a oportunidade de proceder, várias vezes, à reconstituição de antibióticos.

5. Serviços Farmacêuticos e Cuidados de Saúde Prestados

A Farmácia Comunitária é o primeiro local onde os utentes recorrem quando têm alguma questão de saúde. A disponibilidade do farmacêutico para auxiliar o utente nos seus cuidados de saúde faz com que estes recorram frequentemente à Farmácia. A prestação destes cuidados aumenta a confiança no atendimento farmacêutico e, em consequência, aumenta a fidelização por parte do utente.

Dentro dos serviços realizados na FAP, encontram-se: medição da pressão arterial e frequência cardíaca, VALORMED, consultas de nutrição e administração de vacinas da gripe.

5.1. Medição da pressão arterial e frequência cardíaca

A hipertensão arterial é, infelizmente, uma doença muito comum no nosso dia-a-dia. São vários os utentes na FAP que têm esta doença e, de modo a monitorizarem o seu estado de saúde, dirigem-se à FAP, onde possuem extrema confiança com a equipa, sentindo-se mais seguros.

Ao longo do primeiro mês de estágio tive a oportunidade de realizar várias medições da pressão arterial e da frequência cardíaca, cedendo ao utente um cartão com os valores obtidos para poder monitorizar os mesmos.

A medição era feita com um tensiómetro de braço digital e colocava sempre uma faixa higiénica descartável no braço. Antes da medição, certificava-me sempre que o utente descansava um pouco antes de efetuar a medição e que não tinha bebido nem fumado antes de se dirigir à Farmácia. Depois da medição, falava com o utente sobre os fatores de risco da doença e como devia evitá-los, incentivando-o a estilos de vida mais saudáveis. Tentava também perceber o que levou o utente a dirigir-se à Farmácia: se uma simples monitorização ou algum sintoma que estivesse a incomodá-lo. Em qualquer um dos casos, tentava sempre ajudar e tentar perceber se o utente faz a terapêutica corretamente.

Devido à pandemia provocada pela COVID-19, estas medições deixaram de ser feitas, mas a procura pelas mesmas continuou elevada.

5.2. VALORMED

A VALORMED é uma sociedade sem fins lucrativos à qual está atribuída a responsabilidade da gestão dos resíduos de embalagens vazias e medicamentos fora de uso de origem doméstica através do SIGREM (Sistema Integrado de Gestão de Resíduos de Embalagens e Medicamentos), diminuindo o seu impacto ambiental e promovendo a saúde pública. Assim, a VALORMED disponibiliza contentores instalados nas Farmácias comunitárias e em locais de venda de MNSRM, tornando o sistema cómodo e seguro para todos.

No contentor da VALORMED devem ser colocados medicamentos fora de uso ou cujo prazo de validade já tenha expirado, as embalagens vazias (como as cartonagens, os folhetos informativos, frascos, blisters, ampolas, bisnagas), e os acessórios utilizados para facilitar a sua administração (colheres, copos, seringas doseadoras, conta gotas, cânulas). Por outro lado, não devem ser colocados no contentor agulhas, seringas ou qualquer outro material corto-perfurante, termómetros de mercúrio, aparelhos elétricos ou eletrónicos, material de penso e cirúrgico (gaze, algodão, álcool etílico, água oxigenada), produtos químicos ou detergentes, fraldas e radiografias^[19].

Quando os contentores estão cheios, são selados e recolhidos pelos distribuidores dos medicamentos que os transportam até as suas instalações. Posteriormente serão transportados para um centro de triagem, através de um operador de gestão de resíduos. Uma vez no centro de triagem são separados e entregues a gestores de resíduos responsáveis pelo posterior tratamento que poderá ser a reciclagem (papel, plástico, vidro) ou a incineração segura com valorização energética dos restantes resíduos^[19].

Durante o estágio reparei que há uma grande adesão por parte dos utentes da FAP ao VALORMED, sendo que muitos se deslocam à Farmácia, de propósito, para deixar produtos para colocar no contentor. Ao longo do estágio participei no processo de fecho e selagem dos contentores e no seu envio para o fornecedor.

5.3. Consultas de nutrição

A FAP disponibiliza consultas de nutrição destinadas a toda a população e tem como intuito promover hábitos alimentares saudáveis, numa sociedade em que estes estão em falta. Na primeira consulta é feita uma avaliação completa do estado nutricional do utente e traçados os objetivos. As consultas seguintes são, essencialmente, de acompanhamento.

As consultas realizam-se todas as terças-feiras à tarde, com a nutricionista Catarina Rola. A partir da pandemia, estas passaram a ser realizadas via telefone, não havendo novas admissões nas consultas.

5.4. Administração de vacinas

Na chegada do outono/inverno, onde se prevê maior incidência da gripe, a FAP tem, por tempo determinado, uma enfermeira para administrar a vacina da gripe. Os utentes interessados fazem reserva da vacina e devem trazer uma receita consigo no dia da administração da mesma.

6. Marketing

Na página de facebook da FAP são promovidas as marcas com a qual esta trabalha bem como as promoções em vigor na Farmácia. Nesta plataforma também são partilhados conteúdos informativos para os utentes.

De modo a suscitar interesse por parte dos utentes em relação aos produtos em promoção na FAP, a cada quinze dias, a sua montra é alterada tendo em conta as promoções em vigor. Ao longo do estágio, tive a oportunidade de participar na planificação das montras.

7. Farmacovigilância

Segundo a Organização Mundial de Saúde, Farmacovigilância é a “ciência e atividades relacionadas com a deteção, avaliação, compreensão e prevenção de efeitos adversos ou qualquer outro problema de segurança relacionado com medicamentos”. O grande objetivo da Farmacovigilância consiste em proteger os doentes e a saúde pública e, para tal, é necessário garantir: a prevenção de Reações Adversas ao Medicamento decorrentes da utilização de medicamentos aprovados (dentro ou fora dos termos da AIM e/ou em contexto de exposição ocupacional) e promover a utilização segura e eficaz dos medicamentos, facilitando atempadamente informação de segurança a doentes, profissionais de saúde e à população em geral^[20].

O Sistema de Farmacovigilância opera entre o INFARMED, entidade nacional responsável pelo Sistema Nacional de Farmacovigilância (SNF), as Unidades Regionais de Farmacovigilância (URF) e a Agência Europeia do Medicamento^[20].

O farmacêutico tem o dever de cooperar com o INFARMED na identificação, quantificação, avaliação e prevenção dos riscos associados ao uso de medicamentos, notificando as Reações Adversas ao Medicamento reportadas pelos utentes através do preenchimento de um formulário online específico para o efeito e também pode alertar o utente para que faça o mesmo, dado que também se encontra disponível um formulário destinado ao preenchimento pelo utente^[20].

8. Atividades complementares

O farmacêutico é um profissional de saúde e, como tal, deve estar constantemente informado e atualizado em todas as áreas relativamente à Farmácia. Devido à ampla variedade de produtos existentes na Farmácia, as formações tornam-se uma mais-valia, auxiliando na formação contínua do farmacêutico.

Ao longo do estágio tive a oportunidade de realizar várias formações, sendo que apenas uma delas foi presencial. Devido à pandemia da COVID-19, os laboratórios adaptaram-se e desenvolveram formações online o que, para nós insulares, foi uma mais-valia pois abriu-nos mais o leque disponível de formações.

Foi com muito gosto que participei em 10 formações, sendo que as que mais interesse me despertaram foram as da área da cosmética pois, apesar de ter algumas bases do curso, cada marca tem a sua particularidade e é sempre importante conhecer os produtos para os poder aconselhar. Outra formação que me chamou muito atenção foi do laboratório Aboca® visto que a maioria dos produtos tratam-se de dispositivos médicos e

suplementos alimentares, facilitando a sua dispensa em grupos especiais. No **Anexo I**, encontram-se as formações realizadas ao longo do estágio e nos **Anexos II e III**, os certificados de participação referente à formação da Aboca® e da Uriage® – Cuidados Derma, respetivamente.

Parte II – Temas desenvolvidos ao longo do estágio

1. Intervenção farmacêutica no tratamento da escabiose

1.1. Contextualização e objetivos

A escabiose, usualmente conhecida como sarna, é uma dermatose altamente contagiosa provocada pelo ectoparasita *Sarcoptes scabiei* var. *hominis*, que origina uma erupção com padrão característico na pele e prurido intenso^[21,22]. Esta infeção afeta maioritariamente países subdesenvolvidos, onde a falta de higiene prevalece. Contudo, também se assiste a surtos esporádicos nos países desenvolvidos, especialmente no que toca a populações desfavorecidas, em instituições como creches, lares de idosos ou prisões^[21,22]. As populações imunocomprometidas, debilitadas, os idosos e indivíduos portadores de deficiência estão sujeitos a um tipo de sarna mais grave, denominada de sarna crostosa ou Norueguesa^[23,24]. Este tipo difere da sarna vulgar por apresentar crostas grossas devido ao maior número de parasitas instalado^[25].

Dentro dos principais fatores de risco encontram-se a má nutrição e higiene, a pobreza, os aglomerados populacionais e os diagnósticos e tratamentos tardios. Para além disso, a sarna possui maior prevalência no inverno, nos climas temperados, uma vez que o ácaro apresenta maior sobrevivência a temperaturas baixas além de que representa uma estação em que há maior proximidade interindividual^[21,24].

Durante o estágio deparei-me, várias vezes, com receitas de Acarilbial® (benzoato de benzilo) e em conversa com a DT apercebi-me da elevada incidência desta patologia nos utentes da FAP. Para além disso, reparei que os utentes não tinham conhecimento de que a sarna é uma patologia muito difícil de erradicar se o tratamento farmacológico e não farmacológico não for feito de modo correto, o que se demonstrou por haver muitos casos de re-infestações e muitos casos dentro do mesmo agregado familiar. Por isso, achei pertinente desenvolver um guia de tratamento da escabiose, em forma de panfleto, de modo a esclarecer ao doente como o devido tratamento deve ser feito. Em adição ao panfleto, fiz uma formação interna de modo a uniformizar o aconselhamento ao utente e também para dar conhecimento à equipa.

1.2. Fisiopatologia da escabiose

O ácaro da fêmea scabies é um parasita obrigatório e é o responsável pela infestação^[21]. As fêmeas, quando grávidas, penetram a epiderme e formam uma galeria onde depositam cerca de 3 a 4 ovos por dia. Estas galerias assemelham-se a serpentinas com um pequeno relevo e podem apresentar comprimento variável entre 0,10 a 0,15 milímetros^[25]. Passados 3 a 4 dias, os ovos eclodem e as larvas, que posteriormente se transformam em ninfas, migram para a superfície da pele onde penetram no estrato córneo intacto e formam novamente galerias, mas desta vez mais curtas e quase invisíveis, designadas de bolsas de muda^[25]. Num período de duas semanas, os ácaros amadurecem e copulam nestas mesmas bolsas^[24]. O acoplamento ocorre apenas uma vez durante a vida do ácaro, deixando a fêmea fértil para o resto da vida e levando à morte do macho^[24,25]. As fêmeas, uma vez grávidas, abandonam as suas bolsas de muda e movem-se pela superfície da pele até encontrarem um local adequado para escavar a sua galeria permanente^[25]. Alcançado o novo local, as fêmeas escavam a nova galeria formando uma serpentina característica onde depositam os seus ovos. Uma vez na pele, as fêmeas permanecem e alongam a toca, depositando mais ovos durante o resto da sua vida (1 a 2 meses). Em condições favoráveis, cerca de 10% dos ovos

que eclodem originam ácaros adultos, em que os machos são raramente encontrados. Estes formam galerias rasas e temporárias apenas para se alimentarem, enquanto não encontram uma fêmea com quem acasalar^[25].

Numa escabiose vulgar, o número de ácaros estimado é de 10 a 15, enquanto que na sarna crostosa pode atingir os milhares de parasitas^[23,24].

1.3. Transmissão

A escabiose é extremamente contagiosa^[24]. A transmissão ocorre principalmente pela transferência de fêmeas grávidas, através do contacto direto, como é o caso do ato sexual, e prolongado entre indivíduos^[21,25,26]. Quanto maior for a carga parasitária, maior será a probabilidade de contágio^[21,23]. Embora não tão frequente, a transmissão também pode ocorrer por fómites, como lençóis, toalhas ou roupas. Este último tipo de transmissão é mais frequente na sarna crostosa, onde a carga parasitária é mais elevada^[21,25]. É também neste tipo de sarna em que basta um pequeno contacto tanto com pacientes infestados como com os fómites para haver transmissão^[22]. Contudo, os ácaros não sobrevivem mais de 2 a 3 dias fora do corpo humano^[27]. A escabiose pode também afetar outros mamíferos, mas as subespécies apresentam diferenças genéticas pelo que o contágio é pouco provável^[21].

1.4. Manifestações clínicas

Os sintomas da escabiose resultam de uma resposta imune de hipersensibilidade do hospedeiro à presença dos ácaros e das suas excreções, nomeadamente da sua saliva, fezes e ovos. Assim, o início dos sintomas coincidem com o desenvolvimento da resposta imune à presença do parasita^[21,23,24,26]. É possível que, no início da infestação, alguns indivíduos sejam assintomáticos dado que os primeiros sintomas podem aparecer só ao fim de 2 a 6 semanas^[27], após o período de incubação^[24]. No entanto, estes são tão contagiosos como aqueles que apresentam os sintomas^[23]. No caso de uma re-infestação, os sintomas voltam a aparecer passados 1 a 4 dias após a exposição^[25].

A principal manifestação clínica consiste no prurido intenso, que apresenta tendência a piorar à noite^[21,22,23,24,26,27], dado que é nesta altura que os indivíduos procuram ficar mais quentes. Este aquecimento facilita a movimentação do parasita à superfície da pele^[23].

Clinicamente, é possível observar nódulos, vesículas e pápulas eritematosas resultantes da ação penetrante do ácaro e da reação de hipersensibilidade cutânea ao parasita^[23]. Os sulcos acarinos são lesões patognomónicas desta dermatose e caracterizam-se por lesões lineares finas, avermelhadas ou acastanhadas. Estes sulcos nem sempre são evidentes, encontrando-se muitas vezes encobertos por eczemas, escoriações ou infeções secundárias^[24].

As lesões causadas pela sarna ocorrem em locais típicos, tais como as pregas interdigitais das mãos e as faces laterais dos dedos das mãos, axilas, cintura pélvica, umbigo, faces flexoras dos punhos, cotovelos ou joelhos, pés, tornozelos e nádegas. Para além destes, nas mulheres, podem ainda desenvolver-se lesões nas auréolas mamárias e, nos homens, no pénis e no escroto. Muito raramente se encontram lesões no couro cabeludo, na face e no dorso dos indivíduos, à exceção das crianças e idosos^[24]. As crianças podem muitas vezes ser assintomáticas ou apresentar sintomas pouco específicos, como irritabilidade, insónia, falta de apetite e baixo ganho de peso. Como já foi referido, nas crianças as lesões também se encontram na cabeça e dorso, bem como na prega pós-auricular, nas palmas das mãos e plantas dos pés. Esta faixa etária apresenta lesões mais inflamadas, observando-se pústulas, vesículas, crostas e, por vezes, eczema disseminado no tronco^[23,24].

Com a falta de tratamento adequado, a sarna pode originar complicações. Dentro destas, as infeções cutâneas de origem bacteriana como ectima, impetigo e furunculose causadas por *Streptococcus pyogenes* ou *Staphylococcus*

aureus são as mais comuns. Em indivíduos com sarna crostosa, o risco destas infeções bacterianas bem como de sepsis é elevado. O aparecimento de eczema também é frequente devido ao ato de coçar e aos produtos tópicos utilizados, que muita vez causam irritação^[24], bem como o aparecimento de escoriações e crostas^[21]. Para além destas complicações, a escabiose pode também levar a insónia, depressão, estigmatização social e problemas económicos devido às consultas médicas recorrentes, tratamentos e absentismo laboral^[24].

O diagnóstico desta patologia é fundamentalmente clínico, ou seja, baseado nos sintomas característicos da doença que o doente apresenta. Contudo, deverá ser confirmado por observação microscópica de ovos e/ou ácaros obtidos a partir de um raspado cutâneo ou então pelo recurso à dermatoscopia, uma nova técnica não invasiva muito utilizada pelos dermatologistas que permite ampliar a superfície da pele e assim visualizar um achado típico – designado de “asa-delta” ou “rasto de avião” – “que representa a superfície anterior triangular do ácaro na extremidade de um segmento linear, o sulco acarino”^[24].

1.5. Tratamento

Para o tratamento ter sucesso, é necessário cumprir todas as recomendações, tendo como principais objetivos a erradicação dos ácaros e controlo da transmissão^[24]. Tanto o tratamento farmacológico, feito maioritariamente com fármacos tópicos, como o não farmacológico são essenciais para o sucesso terapêutico e para que não ocorram re-infestações. A escolha do tratamento é adequado a cada indivíduo, tendo em conta a idade do mesmo, a gravidade da doença, a presença de eczema ou escoriação, a toxicidade do fármaco, a experiência do prescriptor, o custo do fármaco e a sua disponibilidade no mercado, que varia entre países^[21,24].

1.5.1. Tratamento farmacológico

O tratamento farmacológico, como já mencionado acima, é essencialmente tópico. Existe apenas um tratamento oral disponível para a sarna – a ivermectina^[21,23,24]. Para além de tratar o doente, é indispensável tratar as pessoas com quem este teve contacto próximo prolongado ou com quem teve contacto sexual. Tal é necessário pois estes podem estar infestados e ainda não apresentar sintomas, dado que os mesmos demoram cerca de 2 a 6 semanas a aparecer^[21,24,27]. De seguida, encontram-se descritos os três tratamentos disponíveis em Portugal:

Benzoato de benzilo: apresenta elevada eficácia e é comercializado com o nome comercial Acarilbial®, sob a forma de solução cutânea^[28]. Pensa-se que este fármaco atua no sistema nervoso do parasita causando a sua morte, no entanto o seu mecanismo de ação permanece desconhecido. Relativamente ao seu uso em grávidas e mães a amamentar, este deverá ser feita sob condições especiais, quando o benefício for superior ao risco, dado que não existem estudos específicos para estes grupos^[28]. Pode ser utilizado em crianças com mais de 30 meses, sendo que o seu uso até aos 10 anos deve ser feito com precaução^[24,28]. A sua aplicação deve ser feita após um banho quente, preferencialmente de imersão, e posterior secagem. Aplicar uma camada fina da solução cutânea do pescoço até às palmas dos pés, massajando e depois deixar secar e aplicar uma nova camada. A aplicação deve ser repetida 24 a 48 horas depois e o procedimento deve ser repetido 7 a 10 dias depois. Normalmente, o benzoato de benzilo é bem tolerado, mas pode originar irritação local ligeira, reações alérgicas na pele, sensação de queimadura e prurido^[28]. Quando a pele se encontra escoriada ou lesada, antes da aplicação deste fármaco, deve-se tratar a dermatose infecciosa ou inflamatória de modo a evitar os efeitos secundários mencionados acima^[24,28].

Enxofre: é o fármaco mais antigo utilizado para o tratamento da sarna. Não é comercializado, encontrando-se disponível apenas na forma de manipulado, precipitado em vaselina, com concentrações entre 5 e 10%. A sua aplicação deve ter uma duração de 24 horas e, após lavagem, deve ser reaplicado durante 3 dias. Em alguns casos, poderá ser necessário repetir o procedimento 7 dias depois. Devido à sua segurança, está indicado em mulheres

grávidas e a amamentar e em bebés com idades inferiores a 2 meses. Embora seja bem tolerado, pode causar irritação cutânea. O odor e o facto de tingir a roupa pode comprometer a adesão terapêutica^[21,24].

Ivermectina: apesar de vários estudos provarem a sua segurança e eficácia no tratamento da escabiose, este fármaco ainda não foi aprovado pela FDA. O seu uso é recomendado em indivíduos cuja terapêutica não teve sucesso com os tratamentos tópicos já aprovados, em pacientes que não toleram a terapêutica tópica e em tratamentos de surtos em instituições^[21,24,25]. A ivermectina atua ligando-se seletivamente aos canais de cloro glutaminérgicos presentes nos músculos e nas células nervosas dos parasitas, levando à sua hiperpolarização que conduz à paralisação e consequente morte dos parasitas^[29]. O seu uso em grávidas deve ser feito apenas se os benefícios forem superiores aos riscos, pois a sua segurança neste grupo não está definida. Tanto em mulheres a amamentar como em crianças com peso inferior a 15 quilos o fármaco não deve ser utilizado. O tratamento consiste em duas tomas, separadas de 7 dias, numa dose de 200 µg/kg que deverão ser realizadas com alimentos de modo a aumentar a sua biodisponibilidade. No início do tratamento, o prurido pode-se intensificar temporariamente^[24,25,29]. Normalmente, a ivermectina é bem tolerada contudo, pode causar efeitos adversos transitórios entre os quais perturbações gastrointestinais, cefaleias, ou *rash*^[21]. Este fármaco não está comercializado em Portugal sob a forma oral, mas algumas Farmácias produzem o seu manipulado em casos pontuais.

No tratamento da sarna crostosa, é recomendado combinar as vias tópica e oral, adequando o número de aplicações/doses consoante a gravidade da doença. Para uma melhor eliminação das crostas, devem-se associar queratolíticos ao tratamento^[21,24].

Para além destes, a permetrina a 10% também é utilizada no tratamento da escabiose. Embora não se encontre comercializada em Portugal nestas concentrações, foram várias as prescrições de NIX® (permetrina a 5%) que chegaram à Farmácia, tanto para o tratamento em adulto como em crianças.

O tratamento pode provocar hipersensibilidade, fazendo com que o prurido persista, o que não significa que o indivíduo ainda esteja infestado. Nestes casos, deve-se associar um anti-histamínico e, por vezes, corticoides tópicos aquando da erradicação da doença. Caso surjam infeções bacterianas secundárias, estas devem ser tratadas com antibióticos orais ou tópicos, consoante a gravidade^[21,24].

1.5.2. Tratamento não farmacológico

Para além de seguir o tratamento farmacológico corretamente, é indispensável ter um conjunto de medidas que ajudarão na erradicação da escabiose. Dentro destas medidas, encontram-se^[21,24]: todo o agregado familiar deverá ser tratado ao mesmo tempo que o doente, independentemente de ter ou não sintomas; o quarto do doente deve ser limpo e aspirado escrupulosamente; após o primeiro tratamento, tanto as roupas de corpo como as de cama (cobertores, lençóis e fronhas) e as toalhas devem ser lavadas a temperaturas superiores a 50-60°C; caso não seja possível lavar a roupa, como o caso dos sapatos, estas devem ser colocadas dentro de um saco escuro fechado durante 72 horas; os doentes deverão cortar as unhas, dado que os parasitas também se alojam por baixo das mesmas; sempre que lavar as mãos, o doente deve reaplicar o tratamento; caso o acaricida seja aplicado por outra pessoa, esta deve usar luvas para evitar a contaminação; durante a noite, o doente pode usar luvas para evitar o contacto do fármaco com os olhos.

1.6. Intervenção farmacêutica

O farmacêutico é um profissional de saúde com um extenso conhecimento em diversas patologias, não excluindo as dermatoses. O aconselhamento farmacêutico deve ser personalizado a cada indivíduo e, neste caso

concreto da escabiose, o tratamento farmacológico pode ser diferente entre indivíduos mas o não farmacológico é sempre semelhante.

O farmacêutico é muitas vezes o primeiro profissional de saúde à qual o utente recorre aquando de algum problema de saúde. Pelo facto de o Acarilbial® ser um MNSRM, o farmacêutico pode atuar aquando de uma suspeita de sarna, principalmente se for uma suspeita de re-infestação. Para isso, o farmacêutico deve ter bem presente os sinais e sintomas desta doença e como efetuar o tratamento. Assim, a primeira intervenção neste projeto consistiu numa formação interna (**Anexo IV**) à equipa sobre a escabiose, em que abordei o modo como esta patologia é transmitida, como se manifesta, os tratamentos disponíveis em Portugal e, por fim, os objetivos do panfleto para que o aconselhamento fosse uniforme em toda a equipa.

Devido à proximidade da Farmácia aos utentes, estes procuram as Farmácias quando surgem dúvidas e têm muita confiança no que o farmacêutico diz. Ao realizar o “Guia de Tratamento da Sarna” (**Anexo V**) foi possível ceder ao utente um panfleto que auxilia no aconselhamento verbal e no qual podem levar para casa, onde podem consultar no caso de surgirem dúvidas no tratamento. No guia constam os fármacos em Portugal e disponíveis na FAP, a sua posologia e também medidas não farmacológicas indispensáveis para a erradicação da doença.

1.7. Discussão e conclusão do projeto

A realização deste projeto foi muito enriquecedora, tanto para mim como estagiária, como para a equipa da FAP. Aprendi muito sobre uma patologia que não tinha muito conhecimento e fui capaz de transmitir este conhecimento aos colegas, o que foi muito gratificante. O feedback da equipa foi positivo, tendo esta achado o projeto pertinente e adequado à realidade da FAP. Aquando da apresentação, a equipa foi trocando ideias e casos que já tinham vivenciado, o que contribuiu para o enriquecimento profissional de todas as presentes.

A partir da impressão dos panfletos, estes foram sempre cedidos quando se tratava de um diagnóstico de sarna ou de um aconselhamento. Apesar deste projeto ter sido idealizado no primeiro mês de estágio, este só foi aplicado em julho, devido à pandemia provocada pela COVID-19. Foram impressos 10 panfletos em julho, mas nem todos foram distribuídos até ao fim do estágio, tendo ficado 4 na FAP. Tal facto pode ter acontecido devido à atual pandemia que estamos a atravessar, em que os serviços de saúde se encontram limitados, as pessoas têm medo de ir ao médico ou à Farmácia e acabam por não procurar ajuda, havendo assim menos diagnósticos e menos pedidos de aconselhamento.

Os panfletos entregues foram bem recebidos pelos utentes, em que alguns deles se mostraram surpreendidos com a importância das medidas não farmacológicas, chegando a referir que “não fazia ideia” da complexidade do tratamento.

Sinto que os objetivos do projeto foram atingidos e que consegui transmitir a importância da adesão do tratamento da escabiose aos utentes e enfatizar à equipa os principais pontos de atuação.

2. Infecções do trato genito-urinário na mulher: Cistite Aguda Não Complicada e Candidíase Vulvovaginal

2.1. Contextualização e objetivos

As infeções no trato genito-urinário são muito frequentes na população feminina. A infeção do trato urinário (ITU) caracteriza-se pela presença de bactérias no sistema urinário, recebendo diferentes denominações consoante o local anatómico: pielonefrite se a colonização bacteriana ocorre nos rins, cistite se ocorre na bexiga e uretrite se ocorre na uretra. A cistite aguda não complicada (CANC), comumente designada pela população de “infeção

urinária”, representa 95% dos casos de ITU e caracteriza-se por uma inflamação na bexiga, devido à presença de microrganismos^[30]. Por outro lado, a candidíase é uma infecção causada por um fungo do género *Candida* spp. que faz parte do microbioma humano. Normalmente, este tipo de fungo é possível encontrar na boca, garganta, intestino, vagina e pele sem causar qualquer problema no indivíduo^[31]. A candidíase vulvovaginal (CVV) é a segunda vulvovaginite mais frequente, seguida da vaginose bacteriana. Afeta cerca 70 a 75% das mulheres em alguma fase da vida, especialmente em idade fértil, sendo que 40 a 50% destas voltam a ter outro episódio e 5 a 8% desenvolvem candidíase vulvovaginal recorrente (CVVR)^[32].

Ao longo do estágio deparei-me com diversas situações que envolviam estas duas infeções. O facto de haver tantas mulheres a solicitarem aconselhamento e a chegarem com o guia de tratamento ou receita chamou-me a atenção pela prevalência destas infeções na população em que a FAP se insere. Outro facto que me despertou atenção foi as mulheres não saberem distinguir entre CANC e CVV. Por isso, decidi abordar as mulheres sobre estas duas infeções elaborando um panfleto, que foi distribuído aquando do aconselhamento e também a mulheres que já chegavam com o diagnóstico feito pelo médico.

2.2. Cistite Aguda Não Complicada e Cistite Recorrente

A CANC ocorre em indivíduos com o trato urinário normal, ou seja, com ausência de alterações anatómicas ou funcionais, aos quais os sintomas se apresentem isolados na bexiga e não tenham sofrido nenhuma instrumentação recentemente^[33]. Uma cistite recorrente é definida como duas ou mais infeções que ocorrem num espaço de seis meses ou três ou mais infeções que ocorrem num ano e é provocada por uma estirpe ou por uma espécie diferente do microrganismo originário. Este tipo de infeção mostrou ser mais frequente em mulheres pós-menopausa do que em mulheres pré-menopausa^[34]. Sabe-se que 25% dos infetados pela primeira vez irão desenvolver infeções recorrentes no espaço de seis meses^[35].

2.2.1. População prevalente e respetivos fatores de risco

Esta infeção é mais prevalente na mulher devido à sua estrutura anatómica, em que a uretra se encontra próxima da vagina e do ânus e devido ao facto desta ser menos comprida que a uretra do homem, pelo que há um menor caminho a percorrer pelos microrganismos até alcançarem a bexiga^[30]. São vários os fatores que predis põem para este tipo de infeção, entre os quais a gravidez, a estase urinária, a diabetes, a falta de hábitos de higiene, a obstrução urinária, o climatério, a inserção de objetos estranhos e as doenças sexualmente transmissíveis^[30].

Em mulheres saudáveis, jovens e pré-menopausa os fatores de risco mais comuns são o uso de espermicidas, relações sexuais recentes e histórico de ITU^[36]. Contudo, o facto de haver história materna de infeção e a idade em que ocorre a primeira infeção também são fatores de risco neste grupo, sugerindo que há suscetibilidade genética^[37]. Já em mulheres pós-menopausa, o risco que estas apresentam de ter uma infeção urinária recorrente deve-se à diminuição do nível de estrogénios tanto a nível sistémico como vaginal, que se sabe serem responsáveis pela manutenção do pH e da flora vaginal. Para além deste fator, a história prévia de ITU, prolapso anterior e/ou vaginal, incontinência urinária e esvaziamento incompleto da bexiga também são promotores de risco recorrência desta infeção^[36].

2.2.2. Patogenia

A cistite resulta da colonização da vagina e da uretra pela flora fecal, que subsequentemente ascende para a bexiga. Uma vez na bexiga, os uropatógenos aderem e infetam as células uroepiteliais. Estes também podem ser internalizados pelas células hospedeiras, escondendo-se da resposta imune, enquanto proliferam antes de causar a infeção^[35]. Dentro das bactérias patogénicas causadoras CANC mais comuns encontra-se a *Escherichia coli*

uropatogénica, responsável por 80 a 90% dos casos, e a *Staphylococcus saprophyticus*, responsável por 5 a 10% deste tipo de infeções. Outros uropatogénios capazes de causar CANC incluem *Enterococci* spp., *Streptococcus agalactiae*, *Proteus mirabilis* e *Klebsiella* spp.^[35].

2.2.3. Sintomas e Diagnóstico

Os sintomas característicos de inflamação da bexiga não complicada são a disúria, frequência e urgência em urinar, urina turva, acompanhados ou não de dor pélvica. Estes sintomas podem, por vezes, ser acompanhados de piúria ou hematuria^[35,36]. O diagnóstico desta patologia varia conforme se trate de uma mulher pré-menopausa, pós-menopausa ou se trate de um caso de infeção recorrente^[36]. Neste último caso, o diagnóstico é feito através de cultura de urina positiva, dado que o tratamento é dependente do tipo de bactéria responsável pela respetiva infeção^[35,36]. Em mulheres pré-menopausa não há necessidade de realizar a cultura de urina desde que a mulher apresente os sintomas acima mencionados. Já em mulheres pós-menopausa, devem ser consideradas as culturas se a mulher apresentar só um sintoma^[36].

2.2.4. Tratamento

No tratamento farmacológico da CANC as primeiras três linhas de tratamento são antibióticos. A posologia e a duração do tratamento são variáveis de acordo com o fármaco, podendo existir tratamentos com durabilidade de 1, 3 ou 5 a 7 dias. Os tratamentos de 3 dias têm demonstrado eficácia idêntica aos tratamentos de 7 dias e são preferíveis devido ao seu custo reduzido, ao melhor cumprimento da posologia e à diminuída frequência de reações adversas. A escolha do tratamento empírico é feita com base no conhecimento do microrganismo causador da infeção e a sensibilidade que este apresenta à terapêutica disponível, sendo então importante considerar estes dois aspetos sobre o antibiótico em questão: deve apresentar uma prevalência de resistência bacterianas inferior a 20% e ser de fácil cumprimento da terapêutica. De acordo com a Associação Portuguesa de Urologia, os fármacos utilizados em Portugal como 1ª, 2ª e 3ª escolha encontram-se na Tabela 2^[33].

Tabela 2: Tratamento da cistite aguda não complicada (adaptado do Guia de Prática Clínica)^[33].

	Tratamento	Posologia
1ª escolha	Fosfomicina	Dose única de 3 g
	Nitrofurantoína	100 mg a cada 6 h, durante 5-7 dias
2ª escolha	Sulfametoxazol + Trimetopim	800 + 160 mg a cada 12 h, durante 3 dias
	Ciprofloxacina	500 mg a cada 12 h, durante 3 dias
	Norfloxacina	400 mg a cada 12 h, durante 3 dias
	Levofloxacina	250 mg a cada 24 h, durante 3 dias
	Pivmecilinam	200 mg a cada 12 h, durante 7 dias
3ª escolha	Amoxicilina + Ácido Clavulânico	500 + 125 mg a cada 8 h, durante 5 dias
	Cefixima	400 mg a cada 24 h, durante 3 dias

O tratamento farmacológico da cistite recorrente inclui imunoprofilaxia, antibioterapia profilática em mulheres não grávidas e estrogénios intravaginal/oral em mulheres pós-menopausa. A imunoprofilaxia é feita com uma vacina oral que contém 18 diferentes estirpes de *E.coli*, a Uro-Vaxom®. Esta vacina deverá ser tomada 1 cápsula por dia em jejum, de manhã, durante 3 meses consecutivos. A antibioterapia profilática aplica-se a mulheres cujas alterações no estilo de vida e higiene pessoal não resultaram bem como em mulheres pós-menopausa cuja terapêutica estrogénica, quer oral quer vaginal, não se adequa ou não obteve resultados. Na Tabela 3 encontram-se os antibióticos utilizados em primeira e segunda linha na profilaxia. A antibioterapia profilática

pode ser feita de duas maneiras: em regimes com duração de seis meses com doses baixas ou regimes curtos com altas doses, sendo este último iniciado quando a mulher se encontra exposta a um *trigger*, como é o caso de uma relação sexual^[34].

Tabela 3: Tratamento profilático da cistite recorrente^[34].

	Tratamento	Posologia
1ª escolha	Trimetopim	Dose única de 200 mg quando exposta a <i>trigger</i> ou 100 mg à noite
	Nitrofurantoína	Dose única de 100 mg quando exposta a <i>trigger</i> ou 50 a 100 mg à noite
2ª escolha	Amoxicilina	Dose única de 500 mg quando exposta a <i>trigger</i> ou 250 mg à noite
	Cefalexina	Dose única de 500 mg quando exposta a <i>trigger</i> ou 125 mg à noite

Para além destas medidas farmacológicas, estão a emergir no mercado novas terapêuticas não antibióticas que parecem ter efeito na prevenção da cistite recorrente, como é o caso de probióticos e suplementos alimentares contendo D-manose ou arando vermelho^[34].

A administração de probióticos contendo *Lactobacillus* pode ser feita de forma oral ou vaginal, sendo que estes são capazes de diminuir o pH do urotélio e induzir a formação de citocinas através da produção de peróxido de hidrogénio, alterando os locais de ligação das bactérias. Os suplementos alimentares contendo arando vermelho têm efeito anti-inflamatório e capacidade de inibir a aderência dos uropatógenos à parede da bexiga enquanto que os suplementos de D-manose inibem a ligação das bactérias ao urotélio por se ligarem às fimbrias das bactérias^[34].

Contudo, tanto para a CANC como para a cistite recorrente, não devem ser esquecidas as medidas de higiene nem as alterações no estilo de vida de modo a prevenir a cistite, entre as quais: evitar o uso de espermicidas como método contraceptivo; reduzir o uso de pensos diários; não atrasar a micção pós-coito; limpar a zona genital sempre na direção da uretra para o ânus; não ficar mais de 4 horas sem urinar; manter a zona genital sempre seca; perder peso, se necessário; tratar incontinência fecal, se for o caso; aumentar o consumo de líquidos diário; utilizar produtos de limpeza próprios para a zona genital^[33,34].

2.3. Candidíase Vulvovaginal e Candidíase Vulvovaginal Recorrente

A CVV ocorre quando, na vagina, o ambiente se torna favorável ao desenvolvimento do fungo e este torna-se patogénico^[31]. A CVVR é definida como 4 ou mais episódios num espaço de 12 meses^[38].

De acordo com a Sociedade Portuguesa de Ginecologia (SPG), a CVV pode ser classificada como não complicada e complicada. A CVV não complicada ocorre com menos frequência, apresentando sintomas ligeiros a moderados, é causada por *Candida albicans* e afeta mulheres não imunocomprometidas e não grávidas. Em contrapartida, a CVV complicada é recorrente, apresenta sintomas mais severos, normalmente causada por *Candida* não-*albicans* e afeta mulheres imunocomprometidas, com diabetes descompensada ou debilitada e grávidas^[39].

2.3.1. População prevalente, fatores de risco e transmissão

A CVV e a CVVR ocorrem maioritariamente em mulheres em idade fértil, na fase lútea, sendo pouco frequente em mulheres pós-menopausa, à exceção de mulheres que fazem terapia estrogénica^[40]. A presença de ciclos menstruais regulares, de dermatose vulvar, um sistema imunitário deprimido, infeção por vírus da imunodeficiência humana, a genética individual, gravidez, diabetes, obesidade, o uso de terapia de reposição hormonal, de antibióticos, de corticosteroides, de contraceptivos orais ou de aparelhos intrauterinos são fatores de risco associados a esta patologia. Para além destes, uma falta de hábitos de higiene bem como fatores associados ao comportamento, como a frequência das relações sexuais e atividade sexual orogenital, também podem predispor

para candidíase^[32,38], não esquecendo o uso de roupa justa, uso de substâncias alergénicas ou irritantes como o talco e perfume e higiene íntima inadequada ou com produtos inadequados^[31,41].

A transmissão de CVV pode ocorrer de modo endógeno ou exógeno. A transmissão endógena ocorre através do trato gastrointestinal, a principal fonte de leveduras para a vagina. Neste tipo de transmissão, as leveduras são levadas para a vagina, por auto-inoculação, onde se adaptam e desenvolvem. A transmissão exógena ocorre por contacto com mucosas e secreções da pele de portadores ou de doentes, pelo contacto sexual ou por transmissão vertical. A CVV, apesar de poder ser transmitida através do ato sexual, não é uma doença sexualmente transmissível^[32].

2.3.2. Patogenia

A microbiota vaginal, normalmente, é rica em *Lactobacillus*, produtores de peróxido de hidrogénio, precursores de ácido láctico. Este, por sua vez, tem capacidade de manter a acidez da vagina (pH 4,5) adequada à não proliferação da maioria dos agentes patogénicos. Apesar de existirem mecanismos de defesa no organismo que são capazes de permitir a persistência destas leveduras na vagina durante muito tempo como comensais, estas têm capacidade de se proliferar em ambiente ácido e tornarem-se patogénicas^[32,38].

Grande parte das candidíases são causadas pela espécie *Candida albicans* (85 a 95 %). Dentro das candidíases não-albicans, a levedura mais frequentemente isolada é a *Candida glabrata*, sendo esta a principal responsável pela CVV. Embora menos frequente, as espécies *Candida parapsilosis*, *Candida tropicalis* e *Candida krusei* também se encontram associadas a candidíase^[38]. As leveduras *Candida* spp. presentes na vagina provêm da zona perianal^[38].

2.3.3. Sintomas e Diagnóstico

Os sintomas característicos da CVV incluem prurido e/ou dor na vagina, irritação vulvar, dispareunia, disúria externa, corrimento vaginal anormal, inodoro, branco, grumoso e espesso, normalmente designado como “requeijão”, que forma placas aderentes às paredes da vagina. No caso de uma CCV severa, edema, eritemas e fissuras vulvares também são comuns^[31,38,39].

Dado que os sintomas não são específicos desta infeção, o diagnóstico não se deve basear no historial da doente nem no exame físico^[38]. Sendo assim, as mulheres que apresentem queixa de alguns dos sintomas acima mencionados, devem ser sujeitas a uma avaliação do pH vaginal (< 4,5 e não deve estar alterado), ao teste de Whiff ou das aminas (corrimento inodoro), microscopia a fresco e com hidróxido de potássio a 10%^[39,42]. O hidróxido de potássio a 10% tem a finalidade de destruir os elementos celulares e assim facilitar a visualização de hifas (forma infetante) e esporos, tornando a identificação mais sensível. Para além disso, a ausência de odor de peixe aquando do contacto da secreção vaginal com o hidróxido de potássio aumenta a probabilidade de estarmos presente uma infeção fúngica^[31,42]. Numa cultura positiva para o género *Candida* spp., devem ser distinguidas as espécies albicans e não-albicans^[39].

2.3.4. Tratamento

O tratamento farmacológico deve ser feito apenas em mulheres e parceiros sintomáticos, em que estes últimos apresentem balanite. O tratamento deve ser escolhido conforme se trate de uma candidíase complicada ou não^[30,39]. Existem esquemas orais e intravaginais (óvulos, comprimidos e pomadas) que apresentam igual grau de eficácia. As Tabelas 4 e 5, adaptadas da SPG, resumem o tratamento da candidíase não complicada e da complicada, respetivamente^[39].

Tabela 4: Tratamento da candidíase não complicada, adaptado de SPG^[39].

Candidíase não complicada			
Tratamento		Substância ativa	Posologia
Oral		Fluconazol	150 mg toma única
		Itraconazol	200 mg 2 vezes num dia ou 200 mg 1 vez/dia durante 3 dias ^[43]
Intravaginal	Creme	Clotrimazol 1%	1 aplicação ao deitar durante 6/7 dias ^[44]
		Clotrimazol 2%	1 aplicação ao deitar durante 3 dias ^[45]
		Econazol 1%	1 aplicação ao deitar durante 14 dias ^[46]
		Sertaconazol 2%	1 aplicação ao deitar durante 7 dias
		Isoconazol 1%	1 aplicação, ao deitar durante 6/7 dias
		Fenticonazol 2%	Aplicar de manhã e à noite, durante 6 dias ^[47]
	Comprimido/ Cápsula	Clotrimazol 500 mg	Dose única, ao deitar
		Clotrimazol 100 mg	1 aplicação ao deitar durante 6 dias ^[48]
		Sertaconazol 500 mg	Dose única, ao deitar
	Óvulo	Econazol 150 mg	1 aplicação ao deitar, durante 3 dias
		Sertaconazol 300 mg	Aplicação única; se não passar repetir ao fim de uma semana
		Fenticonazol 200 mg	1 aplicação ao deitar, durante 6 dias

Tabela 5: Tratamento da candidíase complicada, adaptado de SPG^[39].

Candidíase complicada				
Tipo de Candidíase	Severa	Fluconazol 150 mg – toma única e repetir após 3 dias		
		OU		
	Recorrente	Terapêutica antifúngica tópica durante 14 dias		
		Inicial	Fluconazol 150 mg ou 200 mg OU Terapêutica antifúngica tópica	Três tomas: dia 1,4 e 7 7 a 14 dias
		Manutenção	Fluconazol 100 mg, 150 mg ou 200 mg	1 vez por semana, por 6 meses

Para além do tratamento com antifúngicos, é recomendado a toma de probióticos em mulheres com CVVR ou que apresentem efeitos adversos à terapia antifúngica. Por exemplo, recomenda-se a toma de probióticos sempre que seja necessária a administração de um antibiótico de modo a poder diminuir o risco de CVV provocada pela alteração da flora causada pelo antibiótico^[39].

O tratamento não farmacológico também é essencial nesta patologia, tanto para a prevenção como no auxiliar do tratamento. Sendo assim, existem alguns comportamentos que devem ser alterados de modo a prevenir o aparecimento de CVVR^[39,41]: realizar uma higiene íntima na dose certa e com produtos adequados ao pH vaginal (pH entre 4,2 e 5,6); evitar roupas justas, sintéticas e quentes, preferindo *lingerie* de algodão; acabar com o uso de desodorizantes, perfumes e talco na zona íntima; ter em atenção aquando da toma de terapêutica como antibióticos, corticoesteróides e imunossuppressores, devendo ter em conta a possibilidade de fazer profilaxia com probióticos; evitar duchas vaginais e banhos quentes^[39,41].

2.4. Intervenção farmacêutica

Muitas são as mulheres que frequentam as Farmácias à procura de aconselhamento relativamente a temas relacionados com a sua zona íntima, sabendo que nela irão encontrar a ajuda necessária. A CVV e a CANC, por serem patologias que manifestam sintomas na mesma zona corporal, são muitas vezes confundidas pelas utentes. Foram várias as vezes que me deparei com “tenho uma infeção urinária” que na realidade era uma candidíase, daí a importância de conhecer ambas as patologias para conseguir fazer as perguntas corretas à utente de modo a poder aconselhar o tratamento mais adequado. Antes da distribuição dos panfletos, foi feita uma pequena apresentação à equipa (**Anexo VI**), em que foram abordadas ambas as patologias, os sinais e sintomas e os tratamentos disponíveis. Relativamente aos tratamentos, fui assinalando quais aqueles que não eram sujeitos a receita médica e que podíamos aconselhar, tanto para a CANC como para a CVV. Contudo, o principal foco desta apresentação consistiu nos objetivos da distribuição do panfleto, para que todo o aconselhamento fosse uniforme.

O farmacêutico, como profissional de saúde, também deve educar os seus utentes de modo a os ajudar a prevenir certas doenças. Por isso, o objetivo do panfleto (**Anexo VII**) foi, principalmente, apresentar às mulheres as diferenças entre a CANC e CVV, a nível de sintomas, mostrar-lhes os fatores de risco de cada uma, e indicá-lhes alguns cuidados gerais e hábitos a adquirir que poderá ajudar as utentes a prevenir infeções do trato genito-urinário, no geral.

A distribuição dos panfletos foi feita durante a procura de aconselhamento sobre a CANC e/ou CVV e também na dispensação de antibióticos prescritos para o tratamento da CANC e de antifúngicos para a CVV. Aquando da entrega dos panfletos às utentes, foi-lhes explicada em que consistia a infeção que esta apresentava, alguns fatores de risco que a podem ter predisposto para o aparecimento da infeção e ênfase nos cuidados a ter para não haver nova infeção, tendo por base a importância da higiene íntima. O facto de o panfleto acompanhar o aconselhamento ajuda a que a utente interiorize mais o que foi explicado, podendo voltar a lê-lo em casa, com mais calma.

2.5. Discussão e conclusão do projeto

Apesar de ser um tema em que me sentisse confortável, ao pesquisar informação para transmitir à população consegui desenvolver ainda mais o meu conhecimento sobre o mesmo.

Em relação à apresentação, apesar da equipa ter um conhecimento sólido sobre o assunto, mostrou-se muito receptiva pois reconheceu a necessidade e a importância de transmitir este conhecimento à população feminina. Durante a apresentação foram trocadas experiências por parte das colegas, o que é sempre positivo e enriquecedor.

Foram impressos 20 panfletos em julho, que rapidamente se distribuíram. A distribuição dos panfletos foi feita durante a procura de aconselhamento sobre a CANC e/ou CVV e também na dispensa de antibióticos prescritos para o tratamento da CANC e de antifúngicos para a CVV.

Reparei que muitas utentes não tinham conhecimento de que a zona íntima deve ser lavada com produtos diferentes do restante corpo, tendo algumas perguntado “devo lavar-me com isso até me sentir melhor?”, às quais expliquei que deviam sempre lavar a zona íntima com os produtos adequados e expliquei o porquê de isso ser o mais indicado. De modo a não promover a auto-medicação, no panfleto mencionei também que ambas as infeções em questão têm tratamentos diferentes, apelando à não automedicação e à procura do aconselhamento médico ou farmacêutico.

Apesar de não ser possível avaliar o impacto do panfleto na população a longo prazo, sinto que a mensagem foi bem transmitida às mulheres e que estas aprenderam um pouco mais sobre problemas que tão frequentemente as afligem. O facto de os panfletos terem sido rapidamente distribuídos, confirmou a necessidade de atuar nestas duas patologias.

3. Leite Materno e Fórmulas Infantis

3.1. Contextualização e objetivos

A alimentação do ser humano é essencial para o “crescimento, desenvolvimento e expressão do binómio saúde/doença ao longo da vida”, sendo por isso crucial para a sua sobrevivência. Ao longo dos anos tem vindo a ser demonstrada a influência da alimentação e do estado nutricional dos primeiros anos de vida na saúde futura dos indivíduos. Os primeiros meses/anos de cada indivíduo são decisivos para a aquisição de hábitos alimentares saudáveis, para a potenciação do crescimento e desenvolvimento neurológicos e na modulação do risco de aparecimento de doenças crónicas em adultos, como é o caso da diabetes, de doenças cardiovasculares e cancro, entre outras^[49].

O primeiro ano de vida, essencialmente o primeiro semestre, é quando o crescimento e desenvolvimento do ser humano ocorre com maior velocidade. A diferentes fases de crescimento somático, do desenvolvimento motor, cognitivo e sensorial e da maturação dos diferentes órgãos, sistemas e enzimas digestivas são cruciais para a toma de decisões relativamente à alimentação do lactente^[49].

Durante os atendimentos na FAP, tive a oportunidade de atender mães de recém-nascidos, algumas com muitas dúvidas e outras muito determinadas. Um quantas mães levaram papa para o seu recém-nascido, outras comentaram que davam leite de vaca porque “foi assim que me criei” e ainda outras pediam aconselhamento sobre leites para o seu bebé, em diferentes situações (“o meu menino não obra”; “ela bolsa sempre depois de beber o leite”; “não gosta de leite de vaca”). Não obstante, também reparei que muitas das mães não amamentavam, por diversos motivos. Estes momentos tão distintos levaram-me a pensar neste projeto “Leite Materno e Fórmulas Infantis” porque, como já demonstrado acima, a alimentação é crucial para o desenvolvimento do bebé e deve ser falado e explicado, especialmente às mães. A ideia inicial consistia em fazer um workshop para mães, onde seria abordado o tema da amamentação e os seus benefícios e a importância da diversificação alimentar adequada à fase de crescimento. Como não foi possível realizar o workshop devido à pandemia COVID-19, transformei este projeto numa formação interna, elucidando a equipa dos benefícios da amamentação, das consequências de uma diversificação alimentar negligenciada, de modo a que esta fosse capaz de fazer um aconselhamento farmacêutico uniforme no que toca a este assunto. Adicionalmente, também realizei um guia auxiliar de aconselhamento sobre os leites disponíveis na FAP, de modo a facilitar o aconselhamento dos mesmos e um folheto sobre os benefícios da amamentação a ser entregue às mães.

3.2. Necessidades nutricionais no 1º ano

As necessidades nutricionais incluem, por definição, “o aporte suficiente de nutrientes para colmatar as necessidades fisiológicas, ou seja, a quantidade de nutrientes sistematicamente necessários para assegurar o melhor crescimento e composição corporal esperados para o grupo etário, tendo em conta a atividade física e social”, sendo capazes de garantir o potencial genético máximo, minimizando o risco de doença, tanto a curto como a longo prazo. No primeiro ano de vida, as necessidades nutricionais são calculadas por quilograma de peso corporal, de modo a garantir o máximo crescimento nesta fase da vida tão determinante. As necessidades energéticas no

primeiro mês são bem mais elevadas quando comparadas com o décimo segundo mês, havendo um decréscimo de 40% para 3%, respetivamente^[49].

Durante o primeiro ano, a Organização Mundial de Saúde recomenda o aleitamento materno exclusivo até aos 6 meses, dado que o leite materno (LM) é capaz de suprir todas as necessidades do bebé até esta idade (com exceção das vitaminas K e D, que devem ser suplementadas), devendo-se iniciar posteriormente a diversificação alimentar^[49,50]. Quer a mãe amamente ou não, a alimentação no primeiro semestre de vida deverá ser unicamente láctea, havendo atualmente alternativas ao LM, como é o caso das fórmulas infantis (FI)^[49].

A partir dos 6 meses, o LM deixa de ser suficiente, sendo necessária a introdução de novos alimentos em paralelo com este^[49]. A nível de macronutrientes, a European Food Safety Authority (EFSA) não estabelece nenhum valor de hidratos de carbono (HC) até aos 12 meses, com exceção dos açúcares, cujo seu consumo não está, de todo, recomendado. Os valores de proteína recomendados são calculados com base em grama de proteína por quilograma de bebé por dia e grama por dia. Por fim, os valores de lípidos são calculados a partir do valor energético total, devendo representar 40% deste, dado que são constituintes essenciais do sistema nervoso central, da retina e das membranas celulares e importantes veículos das vitaminas lipossolúveis. A EFSA enfatiza ainda que a ingestão de ácidos gordos saturados e *trans* deverá ser o mais baixo possível e recomenda o consumo de ácido linoleico represente 4% do valor energético total, o ácido α -linolénico represente 0,5% e que ocorra uma ingestão de 100 mg de DHA dos 7 aos 24 meses^[49]. Relativamente aos micronutrientes, apenas foram estabelecidos valores médios recomendados para as vitaminas A, B1, B3, C e minerais ferro e zinco. Para além disso, recomenda-se a suplementação de vitamina D durante o primeiro ano de vida, pelo menos. A ingestão de sódio não é recomendada até aos 12 meses^[49].

3.3. Amamentação e Leite Materno

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, o aleitamento materno exclusivo consiste na ingestão unicamente de LM, excluindo qualquer outro líquido ou sólido, salvo exceção de gotas/xaropes de suplementos minerais, vitaminas ou fármacos. Esta instituição também defende que o LM deve ser o único alimento até aos 6 meses. Aquando do início da diversificação alimentar, o aleitamento materno deverá ser mantido, denominando-se assim de aleitamento parcial. O aleitamento misto consiste numa alimentação com leite de fórmula e com LM^[50].

O primeiro leite produzido pela mãe denomina-se de colostro e é rico em anticorpos e nutrientes, essenciais para o bebé. Este é muitas vezes transparente por não ser tão rico em gordura como o leite maduro, mas contém elevado número de substâncias protetoras, tróficas e nutritivas, sendo rico em vitaminas lipossolúveis (A, E e K), proteínas, imunoglobulinas, lactoferrina, fator de crescimento epidérmico, oligossacáridos e células do sistema imunitário^[49].

O LM possui diversas particularidades que o tornam único. É capaz de diferir na sua composição ao longo da mamada, ao longo do dia e durante os meses, apresentando assim capacidade de se adaptar às necessidades do bebé^[49,52]. Os macronutrientes presentes no LM apresentam elevado teor biológico, entre os quais lípidos como os ácidos gordos, proteínas complexas de elevada qualidade como é o caso dos aminoácidos essenciais e HC como a lactose, que facilita a digestão do lactente^[49]. Para além destes nutrientes, o LM também possui enzimas digestivas, como a amilase e lipase, que rapidamente iniciam a digestão dos nutrientes e garantem uma melhor absorção destes^[49].

Os nutrientes presentes no LM não possuem apenas a função de nutrir, como também desempenham funções bioativas, tais como atividade antimicrobiana, imunomodulação, função digestiva e desenvolvimento intestinal e de órgãos e sistemas, como é o caso do neurodesenvolvimento^[49].

Os benefícios do aleitamento materno têm sido corroborados através de estudos, tanto a curto como a longo prazo. Está demonstrado que o aleitamento materno exclusivo por mais tempo confere proteção na mortalidade infantil, na ocorrência de diarreia aguda, infecções respiratórias e otites até aos 2 anos^[51,53]. Outro papel protetor inclui a diminuição dos casos de asma e de maloclusão dentária (dentes tortos). Um maior nível de inteligência foi demonstrado naqueles que se alimentaram exclusivamente de LM por mais tempo. O LM demonstrou também conferir proteção contra a rinite alérgica em crianças até aos 5 anos. Nos últimos anos, a evidência de que o LM pode ter um efeito protetor a longo termo de diabetes e obesidade tem vindo a ser demonstrado. A longo prazo, o LM protege contra a leucemia, contra a elevação da pressão sistólica e diastólica e melhora o desempenho motor^[51]. Para além dos benefícios a nível da saúde, o aleitamento materno também diminuiu custos no sistema de saúde, dado que os bebés amamentados apresentam menos idas ao hospital por não apresentarem problemas de saúde, quando comparados com os bebés não amamentados^[53].

A amamentação é um dos fatores determinantes para o microbioma do bebé, seguida do tipo de parto^[51].

São vários os nutrientes funcionais capazes de conferir proteção e imunidade ao bebé, entre os quais:

Oligossacáridos: fortalecem o sistema imunitário direta e indiretamente. Indiretamente, atuam como prébióticos para o crescimento de bactérias como *Bifidobacterium longum biovar infantis*, que estão envolvidas na expressão de enzimas metabolizadoras dos oligossacáridos e conferem proteção contra alergias e infeções. O efeito direto anti-infeccioso dos oligossacáridos passa pelo impedimento da adesão e penetração de bactérias no intestino. As fezes líquidas dos lactentes devem-se ao facto destes nutrientes serem uma fibra líquida, o que diminui por sua vez o risco de obstipação^[49,51];

α -lactalbumina: umas das principais proteínas presentes no LM, cuja principal função consiste na síntese de lactose na glândula mamária, a partir de glicose e galactose^[52]. É rica em triptofano, o precursor de melatonina e serotonina. A melatonina regula o ritmo circadiano, auxiliando na regulação do sono do bebé. A serotonina por sua vez regula o humor, o apetite e a perceção de dor, sendo fundamental para o lactente^[49]. Para além disso, a α -lactalbumina também é rica em cisteína, uma componente do glutationa (potente antioxidante) e precursora da taurina – essencial para o desenvolvimento neurológico e síntese do ácido biliar^[52];

Imunoglobulina A secretora (IgAs): é um anticorpo com propriedades antialérgicas e anti-infecciosas, fazendo parte da primeira linha de defesa do intestino. A sua produção endógena é reduzida durante os primeiros meses de vida, sendo essencial a sua obtenção através do LM^[49];

Células vivas: glóbulos brancos (linfócitos, macrófagos e leucócitos) encontram-se em elevadas quantidades no LM, com a vantagem de já estarem ativados para combater microrganismos^[49];

Fator de crescimento epidérmico: promove a proliferação e maturação das células do intestino, promovendo o desenvolvimento da mucosa^[49];

Lactoferrina: um dos principais constituintes do LM que promove o desenvolvimento intestinal. Para além disso, protege o trato gastrointestinal ao se ligar ao ferro e impedir que este seja utilizado no metabolismo de bactérias^[49,51];

Lisozima: defende o organismo por apresentar capacidade de destruir a parede dos microrganismos^[49];

Antioxidantes: evitam a formação de radicais livres que podem gerar lesão celular, quando o lactente se encontra mais vulnerável. Entre estes encontram-se a vitamina C, vitamina E, β -caroteno, catalase, selênio e glutathione peroxidase^[49];

Ácidos gordos polinsaturados de cadeia longa (LC-PUFAs): pertencem às famílias ômega-3 e ômega-6. O ácido araquidônico (metabolito final ômega-6) é um mediador dos processos inflamatórios fisiológicos, sendo crucial para mecanismos de defesa. Os ácidos eicosapentaenóico (EPA) e docosahexaenóico (DHA) (metabolitos finais ômega-3) fazem parte da constituição das membranas celulares do sistema nervoso central e da retina, atuando assim no neurodesenvolvimento e acuidade visual^[49]. Ainda, alguns LC-PUFAs são precursores de eicosanóides, tendo capacidade de atuar como “mediadores inflamatórios locais e sistêmicos da coagulação, das respostas inflamatórias, imunes e alérgicas, bem como na dinâmica vascular”, mostrando consequências a nível dos valores da pressão arterial^[52]. A capacidade dos recém-nascidos sintetizarem estes ácidos gordos é muito limitada, pelo que a sua ingestão é fundamental^[49].

Os glóbulos de gordura presentes no LM contêm micro-RNAs, cuja expressão é regulada pela dieta materna, que se prevê que atinja vários genes no bebé. Existem também evidências de que células estaminais multipotentes sejam secretadas no LM e persistam no organismo do bebé, conferindo proteção^[4].

O LM não é apenas um alimento económico e perfeitamente adaptado às necessidades nutricionais. Ele é um “medicamento personalizado” que o bebé pode receber e que trará vantagens ao longo da vida^[4].

Os benefícios não se encontram só no lactente, mas também na mãe. Mães que amamentam possuem menor risco de cancro da mama e de ovário e menor risco de desenvolver diabetes^[4].

No caso de não haver produção suficiente de LM, é recomendado recorrer às FI, mas, se possível, não deixar o LM enquanto ainda houver a sua produção, dado que está demonstrado que uma alimentação mista continua a ser mais benéfica do que uma alimentação exclusiva com leite de fórmula^[49].

3.4. Fórmulas infantis

As FI foram criadas tendo por base a constituição do LM e com o principal objetivo de satisfazer as necessidades nutricionais, otimizar o crescimento e desenvolvimento e promover a saúde futura do bebé^[52]. As FI estão indicadas em adição ao LM ou em substituição ao mesmo^[49].

Um lactente de termo, sem história de atopia na família e saudável deve ser alimentado com uma FI **standard**, o tipo de fórmula que mais se aproxima do LM^[49,52]. Para além destas, ainda se podem encontrar leites com **especificações funcionais** (anti-obstipação, anti-diarreia, anti-cólica, conforto) que têm na sua composição algum tipo de adição de modo a criar esta particularidade funcional. Existem também **leites especiais**, que devem apenas ser prescritos pelo médico com indicação terapêutica bem definida (fórmulas com proteína parcialmente ou extensamente hidrolisada, anti-refluxo, fórmula para prematuros)^[49,52].

O leite de vaca (LV) é o único que por lei está autorizado a sofrer modificações de modo a se aproximar da constituição do LM. Contudo, não está autorizada a alegação nutricional de “humanizado”, “maternizado” ou “adaptado”^[52]. A nível energético o LM e o LV são praticamente iguais, mas quando se fala em macronutrientes, o LM apresenta um teor em HC na proporção de 2:1 em relação ao LV. Relativamente às proteínas, o LM apresenta cerca de um terço das proteínas presentes no LV. Os teores de lípidos são equivalentes. Para além destas diferenças quantitativas, as diferenças nutritivas também são muitas, pelo que há muita diferença entre dar LM e LV a um recém nascido^[49,52]. Abaixo, estão algumas das diferenças entre a composição de macronutrientes e outras substâncias presentes nos dois tipos de leite, bem como a sua importância que justifica a introdução nas FI.

Proteínas: a seroproteína promove o esvaziamento gástrico e é resistente à precipitação provocada pelo ácido do estômago. A caseína, pelo contrário, forma grandes coágulos quando em contacto com o ácido estomacal. Estas duas proteínas, seroproteína e caseína, encontram-se num rácio de 90:10 no colostro e 55:45 no leite maduro, respetivamente. Já no LV, estas apresentam-se num rácio de 40:60^[49,52].

O LM é rico em α -lactalbumina, que por sua vez é rica em triptofano e cisteína. O LV, por sua vez, é rico em β -lactoglobulina, rica em fenilalanina e tirosina^[52]. Dado que triptofano é um aminoácido essencial que se encontra em baixa concentração no LV e para que este não estivesse em baixa concentração nas FI, estas foram enriquecidas com α -lactalbumina, uma seroproteína rica em triptofano que se encontra numa percentagem de 27% no LM e 2-3% no LV^[49].

Atualmente, as FI presentes em Portugal apresentam um teor proteico entre 1,8 a 3,0 g/100 Kcal em leites para lactentes, sendo a recomendação de ingestão proteica diária de um lactente até aos 6 meses de 1,5g/kg/dia. A partir dos 6 meses as necessidades de ingestão proteicas diárias rondam os 1,2 g/kg/dia devido à diminuição das necessidades fisiológicas. Assim, em leites de transição, o teor proteico recomendado das FI encontra-se entre 1,8 a 3,5 g/100 Kcal^[52].

A densidade proteica deve ser adequada à fase do crescimento em que o lactente se encontra dado que a oferta energética é determinante para a velocidade de crescimento e estado nutricional. Caso o aporte proteico seja superior ao recomendado na fase de lactente, poderão ocorrer consequências a curto e a longo prazo. A curto prazo, pode ocorrer uma sobrecarga do soluto renal, limitação da poupança de água e saturação dos sistemas de metabolização renal e hepático do azoto. A longo prazo, pode haver uma sobrecarga metabólica com excesso de produção de insulina, que poderá ter efeitos no perfil de crescimento e composição corporal^[52];

Hidratos de carbono: a lactose é o HC em maior quantidade presente nas FI, provendo a digestão do lactente. Apesar das elevadas quantidades de lactase no intestino delgado, uma pequena porção de lactose não é digerida, sofrendo fermentação no intestino distal e dando origem à proliferação de *Lactobacillus*, bactérias acidófilas. Para além disso, a lactose também promove a absorção de cálcio nos primeiros meses. A legislação propõe uma adição mínima de 4,5g/100 Kcal de lactose nas FI^[49,52].

Lípidos: os ácidos palmítico, linoleico, linolénico e oleico incluem-se nos cerca de 50% de lípidos presentes no LM. Neste sentido, adicionaram-se óleos vegetais às FI de modo a aproximar os rácios entre ácidos gordos saturados, mono e polinsaturados aos presentes no LM, e reduzir os sintomas gastrointestinais^[49]. O teor de gordura recomendado nas FI é de 4,4 a 6 g/100Kcal, representando cerca de 50-54% do valor energético total, tal como no LM^[52].

Ácidos gordos polinsaturados de cadeia longa: como já mencionado anteriormente, estes ácidos gordos são necessárias para o desenvolvimento do bebé e a sua produção endógena encontra-se limitada nos primeiros meses de vida. Por isso, a sua inclusão em FI, desde que em teores semelhantes aos encontrados no LM, seja recomendado^[49].

Nucleótidos: são unidades estruturais do DNA e RNA (adenina, timina, guanina, citosina e uridina) que se encontram presentes no LM mas quase ausentes no LV. Por serem importantes em períodos de rápido crescimento, apresentar um papel imunomodulador, ter capacidade de induzir uma maior biodisponibilidade de ferro, provocar modificação benéfica na flora intestinal, melhorar o metabolismo das lipoproteínas e o aproveitamento metabólico dos LC-PUFAs, a algumas FI são adicionadas nucleótidos^[49,52]. São considerados ingredientes nutricionais, podendo constar como alegação nutricional e de saúde^[52].

Pré-bióticos e oligossacáridos do LM: os pré-bióticos adicionados às FI têm como objetivo de estimular a microbiota intestinal, *Bifidobacterium* e *Lactobacillus*, tal como os oligossacáridos presentes no LM fazem. Por isso, são adicionados às FI misturas de fruto-oligossacáridos (FOS) e galacto-oligossacáridos (GOS)^[49].

Pró-bióticos: devido à amamentação, a microbiota intestinal do bebé amamentado confere proteção contra a colonização de agentes patogénicos, apresenta efeitos benéficos na absorção de nutrientes, no desenvolvimento do sistema imunitário intestinal e sistémico e também promove a tolerância da mucosa. Assim, procedeu-se à suplementação de FI com pró-bióticos de modo a reproduzir a microbiota intestinal de um lactente amamentado, mas apenas para lactentes com idades superiores a 4 meses^[49].

Vitaminas e minerais: são determinantes no processo de crescimento e maturação do bebé. Nas FI, estas são denominadas “substâncias nutritivas”. Uma ingestão inferior ou superior à recomendada podem apresentar riscos elevados para a saúde^[52].

As FI são classificadas de acordo com a alteração de base às fórmulas *standard* e também de acordo com o grupo etário a quem se destinam.

3.4.1. Fórmulas para Lactentes ou Leites 1

As FI para lactentes são, por definição, “os únicos géneros alimentícios transformados que satisfazem integralmente as necessidades nutritivas dos lactentes durante os primeiros meses de vida”. Apesar de serem indicadas até aos 6 meses de idade, estas podem ser dadas também a bebés até aos 12 meses, desde que fortificadas com ferro. No mercado português, todos os Leites 1 têm um valor de ferro superior ao valor mínimo recomendado (valores recomendados de ferro: 0,3 a 1,3 mg/100Kcal), pelo que todos podem continuar a ser utilizados a partir dos 6 meses^[52].

Como já referido anteriormente, a qualidade da proteína é tão importante quanto a quantidade. Assim, os Leites 1 são suplementados com α -lactalbumina, de modo a não haver carências de aminoácidos essenciais como o triptofano e a cisteína. Este enriquecimento também leva a um melhor conforto e bem-estar intestinal^[52]. Em alguns Leites 1, a lactose é o único HC encontrado. Noutros, a lactose é o HC predominante, sendo o restante uma mistura de açúcares^[52].

Os Leites 1 com adição de pré-bióticos e pró-bióticos podem ter alegação nutricional. O mesmo acontece com os leites que contêm adição de LC-PUFAs (DHA e ARA), que ocorre na razão de 1:1^[52]. Também os nucleótidos são passíveis de alegação nutricional, bem como alguns imunonutrientes adicionados com função antioxidante e protetora (vitaminas A, E, zinco, taurina e selénio)^[52].

3.4.2. Fórmulas de Transição ou Leites 2

Estes leites não devem ser utilizados em bebés com idades inferiores a 6 meses, encontrando-se indicados a partir dos 6 meses e em crianças dos 12 aos 36 meses, fazendo parte de uma dieta diversificada.

A composição nutricional deste tipo de fórmula é praticamente igual à do Leite 1, apresentando diferenças no que diz respeito aos teores de cálcio, fósforo e ferro, que se encontram mais elevados^[52]. Estas diferenças em conjunto com o enriquecimento destas fórmulas em ácidos gordos essenciais fazem com que estas sejam recomendadas, pelo menos, até o bebé completar 1 ano^[52].

Tal como acontece com os Leites 1, também os Leites 2 contêm leites mais ricos em α -lactalbumina, alguns têm só lactose e outros contemplam misturas de açúcares, pré-bióticos e pró-bióticos, adição de LC-PUFAs e nucleótidos. O teor de ferro recomendado nestas fórmulas oscilam entre 0,6 e 2,0 mg/Kcal^[52].

3.4.3. Leites de Crescimento ou Leites 3 ou Leites + crescidos

Encontram-se recomendados a partir dos 12 meses, maioritariamente. Apresentam menor teor proteico que o LV, suplementados com minerais e vitaminas, ácidos gordos essenciais, pró-bióticos, pré-bióticos, nucleótidos e LC-PUFAs^[52].

3.4.4. Leites Especiais

Nesta classe estão incluídos os leites que não fazem parte das fórmulas *standard* e são recomendados em situações específicas.

▪ Leites com Hidrólise da Proteína

A alergia às proteínas do LV na infância tem uma prevalência de 2-5%. Esta alergia destaca-se mais em recém-nascidos não amamentados dado que o LM é um fator protetor. Assim, a indústria desenvolveu leites em que a proteína do LV é mais ou menos extensamente hidrolisada para que os recém-nascidos com parcial ou total intolerância às proteínas do LV e que não possam ser amamentados exclusivamente tivessem alternativa. A hidrólise proteica tem como objetivo a redução da capacidade de causar alergia^[52].

Estas fórmulas são diferenciadas segundo o grau de hidrólise – extensa (não total) ou parcial – e pela fonte proteica sujeita à hidrólise – caseína ou lactoproteína do soro. Segundo a Academia Americana de Pediatria, uma FI parcialmente hidrolisadas (FIpH) contém na sua maioria oligopéptidos com peso molecular inferior a 5000 Da, enquanto que as FI extensamente hidrolisadas (FIEH) estas encontram-se com peso molecular inferior a 15000 Da^[52].

O uso de FIpH de lactoproteína em lactentes não exclusivamente alimentados com LM e que apresentem risco de atopia é capaz de reduzir o risco de expressão alérgica, particularmente de dermatite atópica/eczema. Ou seja, é usado como prevenção^[52].

As recomendações de utilização das FIEH - classificadas como **hipoalergénicas** (HA) - estão limitadas a recém-nascidos ou lactentes com alergia comprovada às proteínas do LV^[52].

Também existem as fórmulas semi-elementares e elementares, que se encontram indicadas em casos de compromisso do trato gastrointestinal, expresso pela mal absorção e intolerância ou alergia alimentar. Numa fórmula semi-elementar (ou oligomérica) ocorre hidrólise das proteínas mais complexas, obtendo-se oligopéptidos. Na fórmula elementar (ou monomérica) sucede uma hidrólise extensa da proteína até à forma de aminoácido. Qualquer uma destas fórmulas não carece de manipulação de hidratos de carbono nem de lípidos^[52].

A diferença entre as fórmulas semi-elementares e as FIEH reside que nas primeiras ocorre adição de triglicerídeos de cadeia média e manipulação de hidratos de carbono de modo a melhorar a digestão^[52].

Todos os restantes constituintes destes tipos de fórmulas, são semelhantes às FI *standard*^[52].

▪ Leites anti-regurgitação (AR)

O objetivo deste tipo de leite consiste em tratar lactentes que, com frequência, regurgitam ou que apresentem refluxo gastroesofágico. Para isso, recorreu-se ao espessamento do leite de modo a aumentar a sua viscosidade. Em consequência, há um atraso do esvaziamento gástrico e diminuição da regurgitação^[52].

Os espessantes utilizados neste tipo de fórmulas em Portugal são essencialmente de amido (batata, arroz, milho, tapioca) e farinha de alfarroba. Os amidos, apesar de tornarem a fórmula ligeiramente mais calórica, não apresentam efeitos secundários e possuem elevada digestibilidade. A farinha de alfarroba, ao fermentar no cólon, pode acelerar o trânsito intestinal e originar fezes moles ou até mesmo diarreia leve^[52].

O tipo de proteína utilizada nestas fórmulas difere entre os leites existentes no mercado. Alguns são constituídos por 100% seroproteínas parcialmente hidrolisadas, outros por lactoproteínas do soro e ainda caseína.

A restante composição em macro e micronutrientes é sobreponível às fórmulas *standard*^[52].

▪ Leites sem lactose ou com baixo teor de lactose

Como mencionado anteriormente, a lactose é o HC predominante no LM e é essencial para a absorção de cálcio, apresenta efeito pré-biótico na microflora intestinal e na absorção de água, sódio e cálcio. Este tipo de fórmula é recomendada em casos de déficit primário em lactase e de galactosemia^[52]. Nas fórmulas sem lactose, esta é substituída por dextrinomaltose, polímeros de glicose ou galactose, dado que estes HC apresentam baixa osmolaridade e uma boa digestão e absorção^[52]. A restante composição em macro e micronutrientes é sobreponível às fórmulas *standard*^[52].

▪ Leites para recém-nascidos de pré-termo ou de baixo peso

Os recém-nascidos de pré-termo apresentam uma reserva endógena de nutrientes (gordura e glicogênio) baixa, elevada taxa metabólica, imaturidade fisiológica dos órgãos e sistemas, maior velocidade de crescimento e condição clínica instável. Por estes motivos, apresentam necessidades nutricionais diferentes.

Por norma, estes leites são mais calóricos de modo a compensar o crescimento uterino incompleto. Também as vitaminas e minerais se encontram em maior concentração. Contudo, é necessário ter em atenção que o excesso de qualquer macro ou micro nutrientes também pode acarretar problemas para a saúde^[52].

▪ Leites com especificações funcionais

Este tipo de leites são, de forma geral, apresentados como fórmulas *standard*, às quais a indústria interfere nas proporções de macro e micronutrientes e na adição de substâncias opcionais, de modo a criar uma fórmula “funcional”^[52].

As fórmulas **anti-obstipantes** (AO) contêm na sua composição a lactose como único HC ou adicionada de maltodextrina. A lactose tem efeito pré-biótico, o que aumenta a frequência das fezes e diminui a dureza das mesmas. De um modo geral, os leites anti-obstipantes contêm pré-bióticos de diferentes naturezas^[52].

Nas fórmulas **anti-cólica** (AC) e **conforto** (Confort) ocorrem modificações nos nutrientes que mais frequentemente causam cólicas ou situações de desconforto no lactente (como obstipação e regurgitação). Nesta FI as proteínas são parcialmente hidrolisadas, alguns leites podem ainda ser enriquecidos com α -lactalbumina e outros optam pela redução do teor de lactose e substituição por dextrinomaltose ou por amido de milho e batata. Também podem conter adição de pré-bióticos e pró-bióticos^[52].

O conceito de **antidiarreico** (AD) é suportado pela inclusão de uma concentração elevada de eletrólitos, de uma baixa osmolaridade, ausência de lactose preenchida por creme de arroz, dextrose e frutose^[52]. São recomendados na prevenção da diarreia causada por antibióticos^[52].

As fórmulas **saciedade** (S.A) incluem a adição de um espessante (amido de milho), prevalência da caseína e triglicerídeos de cadeia longa. O objetivo passa não só por deixar o bebé mais tempo saciado mas também por atrasar o esvaziamento gástrico^[52].

As fórmulas **Digest** (Digestão fácil) são constituídas por hidrólise parcial das proteínas do soro e algumas das fórmulas apresentam redução de lactose ou substituição da mesma e adição de GOS^[52].

3.5. Diversificação alimentar

A diversificação alimentar no primeiro ano de vida é fundamental para o desenvolvimento físico e psíquico do bebé, devendo esta ter um aporte nutricional adequado de modo a prevenir desnutrição ou, pelo contrário, obesidade^[54].

O LM apenas satisfaz as necessidades energéticas e nutricionais do lactente até ao primeiro semestre de vida, daí que um dos fatores influentes na diversificação alimentar consista em colmatar estas necessidades^[49,54]. Dentro das carências nutricionais que podem suceder a uma má alimentação incluem-se alterações graves a níveis comportamental, psicomotor, cognitivo e sensorial. Já o excesso de energia e nutrientes pode levar ao excesso de peso, obesidade e problemas de hipertensão arterial no futuro^[54].

A diversificação alimentar é feita por fases, sugeridas pelo pediatra ou médico de família. Estas fases, em que diferentes tipos de alimentos com diferentes consistências são introduzidos respeitam as limitações morfológicas e maturativas da função digestiva, bem como a aquisição de competências ao longo da idade que permitem a sucção, mastigação, deglutição e ingestão de alimentos semi-sólidos e sólidos^[54].

Dentro das limitações maturativas e morfológicas da função digestiva encontram-se o volume gástrico (que aumenta de tamanho ao longo do tempo), a secreção pancreática e de ácidos biliares que se encontra diminuída e a capacidade de digestão e absorção ainda não estão inteiramente desenvolvidas, os níveis de IgAs apenas são atingidos ao fim do primeiro trimestre, pelo que há um aumento da possibilidade de reações de sensibilização (que podem resultar em intolerâncias ou alergias alimentares) caso ocorra exposição da mucosa intestinal a proteínas heterólogas. Outras limitações ocorrem a nível renal, pelo facto de os mecanismos de filtração excreção e reabsorção estarem diminuídos e haver um risco de hiperosmolaridade aumentado devido à fraca excreção de sódio. Os fatores sociais e educacionais bem como a acessibilidade económica também têm um alto contributo para o início da diversificação alimentar^[54].

Contudo, é necessário ter em atenção à idade em que se inicia a diversificação alimentar, dado que tanto a diversificação precoce como a tardia acarretam desvantagens. A introdução da diversificação precoce (antes das 17 semanas) pode levar ao risco aumentado de aspiração e complicações respiratórias, dermatite atópica se a introdução ocorrer antes dos 4 meses, alergia alimentar, interferência na produção de leite materno e na biodisponibilidade dos macro e micronutrientes, aumento do risco infeccioso a nível gastrointestinal e de hipernatrémia (alimentos sólidos têm mais sal), suprimimento proteico e energético que podem levar ao excesso de peso ou obesidade no primeiro ano de vida. A introdução de componentes prejudiciais numa fase vulnerável do crescimento também pode trazer consequências negativas. Como é o caso da sacarose que é cariogénica, os nitratos que podem levar ao aparecimento de metahemoglobinémia e os fitatos que interferem na absorção de cobre, ferro e zinco^[54].

Por outro lado, uma diversificação alimentar tardia (após as 26 semanas) pode levar a um aporte energético insuficiente dado que o LM só é capaz de suprir as necessidades do lactente até aos 6 meses, a um maior risco de carência de zinco e ferro, crescimento e desenvolvimento comprometidos, podendo haver falhas na aquisição e desenvolvimento de capacidades motoras (como mastigar e coordenar a deglutição) e treino de texturas e paladares diferentes^[54].

Relativamente à ingestão de LV pelos bebés, esta não é recomendada como bebida líquida antes dos 12 meses, podendo ser utilizado em pequenos volumes na preparação de certas comidas. O consumo de grandes

quantidades de LV pode levar a um consumo excessivo de proteína, lípidos e energia. Para além disso, por ser pobre em ferro, pode levar à carência deste e até originar anemia^[55].

3.6. Intervenção farmacêutica

O conhecimento dos benefícios do LM bem como da sua composição são cruciais para um bom aconselhamento farmacêutico. O mesmo se aplica às FI. É importante conhecer os componentes essenciais presentes no LM e que muitas FI contêm de modo a poder explicar aos utentes a importância destes.

Devido à confiança que os utentes têm na FAP, estes procuram muitas vezes a Farmácia como primeiro recurso quando existem dúvidas. Deste modo, é importante que a equipa se encontre preparada para aconselhar os leites (dentro dos que são possíveis) e explicar aos pais algumas dúvidas que estes possam ter.

Por esta razão, decidi fazer uma formação interna (Anexo VIII) em que transmiti à equipa os benefícios do leite materno, a sua composição e demonstrei que esta composição é muita vez mimetizada nas FI, de modo a que estas sejam cada vez mais parecidas com o LM. Nesta formação, também abordei a importância da diversificação alimentar ocorrer na altura certa, enfatizando as consequências de esta ocorrer antes e depois do tempo indicado. Para facilitar o aconselhamento farmacêutico sobre FI, elaborei um guia auxiliar de aconselhamento sobre as FI presentes na FAP (Anexo IX).

Contudo, o farmacêutico e a equipa nunca se devem esquecer de incentivar sempre a amamentação em primeiro lugar. Assim, desenvolvi um folheto (Anexo X), relativo aos benefícios da amamentação, que foram cedidos a grávidas e a mães com bebés recém-nascidos, de modo a promover este incentivo.

3.7. Discussão e conclusão do projeto

Há uma grande lacuna de informação sobre os benefícios do LM e as constituições das FI.

Reparei que são poucas as mães que amamentam, pois logo depois de o bebé nascer, vinham comprar FI. Consegui perceber que algumas não amamentam porque não estão disponíveis para tal, outras porque não podem (problemas de saúde adjacentes) e outras porque até não sabem os verdadeiros benefícios do LM.

A maioria dos utentes chegam à Farmácia com a FI receitada no hospital, enquanto outros chegam e pedem um leite específico porque o “o vizinho dá aquele leite ao filho” e também querem. Nestes casos, fazer as perguntas corretas torna-se essencial: “é para quem? Que idade tem a criança? Qual o leite que toma? O que o faz querer trocar de fórmula?”. Ao perceber o que leva os pais a solicitarem uma fórmula específica, é possível fazer o aconselhamento correto e, caso necessário, encaminhar ao médico.

Uma situação que tive a oportunidade de experienciar foi o facto de as mães trocarem de FI constantemente e/ou aumentarem a quantidade ingerida pelo bebé, sem antes tentar perceber o que se está a passar com este. Referem que o bebé está “sempre com fome; come e nunca fica bem” e até houve casos em que a mãe deu papa a um recém-nascido para ver se a fome acalmava. Nestes casos é importante saber qual a FI que o bebé está a ingerir e em que quantidades, pois esta pode não ser a mais adequada para o mesmo. Também, no caso da introdução precoce de papa ou outro alimento, é necessário alertar os pais para as consequências.

Outros casos frequentes foram as queixas de obstipação e gases, acompanhados de pedidos de “gotinhas para a barriga” (simeticone), e queixas de refluxo (“sempre que o bebé bebe leite, bolsa”). Ambas as situações também podem, possivelmente, passar pela avaliação da FI e ver se esta é a mais adequada.

Em suma, foram diversas as situações onde o farmacêutico pode atuar, e a formação interna permitiu a mim e à equipa da FAP ganhar um grande leque de conhecimento.

A formação interna foi muito bem recebida pela equipa e o feedback foi muito positivo. Apesar da equipa ter conhecimentos sobre os diferentes tipos de leites existentes no mercado, não tinham tão presentes os diferentes constituintes do LM nem das FI. Com esta formação e com o guia auxiliar de aconselhamento, a equipa fica habilitada para esclarecer qualquer dúvida aos pais sobre o LM e as diferentes FI existentes na FAP. O guia auxiliar de aconselhamento de FI foi feito com base nas informações contidas no site de cada FI em questão e, de modo a tirar algumas dúvidas, cheguei a entrar em contacto com os delegados de informação médica.

Relativamente aos folhetos, foram impressos 10 em agosto em que 6 ainda ficaram na FAP quando o estágio terminou. De facto, aquando da impressão não eram muitas as grávidas na população da FAP, o que não implica que os restantes fiquem por ceder dado que a gravidez é algo, felizmente, recorrente numa Farmácia. Apesar de não poder avaliar o impacto dos folhetos, acredito que a mensagem foi bem transmitida às utentes.

Parte III – Outras atividades desenvolvidas

1. Folha de identificação da medicação

*Durante a dispensa de medicamentos, reparei que, muito frequentemente, os utentes se referiam aos medicamentos que desejavam como “aquele comprimido branco”, “a caixinha branca”, “aquele dos comprimidos amarelos”, não sabendo explicar se tomavam genéricos ou os medicamentos originais. Com isto, fiz uma **folha de identificação da medicação** (Anexo XI) que foi cedida aos utentes que mostravam maiores dificuldades em explicar qual os medicamentos que habitualmente tomavam.*

A frente da folha continha informação sobre a sua utilidade e uma tabela vazia, em tamanho grande, para que os utentes pudessem colocar partes das caixas de modo a identificar os medicamentos desejados ou escrever o nome dos mesmos. No verso da folha, encontram-se campos “número da receita, código de dispensa. código direito de opção” para os utentes que traziam as receitas nos telemóveis (apenas com os códigos) pudessem previamente escrevê-los no papel. Na chegada à Farmácia os utentes apenas tinham de entregar a folha, diminuindo o contacto com objetos devido à pandemia que atravessamos e também para facilitar o atendimento, dado que com o acrílico instalado a comunicação tornava-se por vezes difícil.

A adesão por parte dos utentes foi ótima. Quase todos os que levaram a folha voltaram a trazer e até comentaram que “dá muito jeito. Assim já não tenho de andar com as caixinhas comigo”. Alguns dos cuidadores que tinham a seu cuidado mais do que um doente, chegaram a referir “ótima, assim já não há trocas”. Foi muito gratificante poder ajudar os utentes e a equipa com algo tão simples.

2. Artigo no jornal Diária da Lagoa – “Porque nos devemos proteger do sol?”

*Em junho, recebi a proposta da DT para escrever um artigo para o jornal regional Diário da Lagoa, sobre protetores solares, a ser publicado na edição de julho. Foi com enorme gosto que participei nesta edição do jornal, sempre com o objetivo de **educar** a população. No artigo foram abordados os tipos de radiações solares e as suas consequências, os diferentes tipos de protetores e alguns cuidados a ter com o sol. O artigo encontra-se no **Anexo XII**.*

Para além do artigo ser publicado no jornal versão papel, que contou com 750 cópias (distribuídas pelas cidades de Lagoa, Ponta Delgada e Ribeira Grande), mais 732 assinantes que recebem o jornal em formato PDF, também foi publicado no site do próprio jornal no dia 1 de julho. Desde esta data até ao dia 3 de outubro do presente ano, o site contou com 703 visitas. A publicação foi partilhada na página de facebook do Diário da Lagoa e contou com a visualização de 2663 utilizadores e 523 reações (partilhas, comentários, gostos) no total.

Os números acima descritos foram-me cedidos pelo Diretor Comercial do jornal, Clife Botelho, sem o qual não teria conseguido ter a noção do quanto a mensagem se espalhou pela comunidade, o que me deixa realmente agradecida por ter tido essa oportunidade.

3. Desenvolvimento do Auxiliar de Aconselhamento e Validades

*Como já foi anteriormente referido, uma das tarefas da qual fiquei incumbida de realizar foi o inventário da FAP, sempre guiada pela farmacêutica substituta. Aquando da realização da tarefa, dado que os PV também são verificados, surgiu a ideia de criar um **Auxiliar de Aconselhamento e Validades** (Anexo XII). Este teve como objetivo auxiliar a equipa a escoar MPS, aquando de um pedido de aconselhamento, desde que tal se adequasse. Este auxiliar foi apenas feito para MNSRM, dado que são os únicos passíveis de aconselhamento, e encontra-se agrupado por categorias, de modo a facilitar a sua consulta.*

Considerações Finais

Só após a conclusão do estágio é possível fazer uma retrospectiva de tudo o que foi vivenciado.

O estágio em Farmácia Comunitária enriqueceu-me tanto a nível pessoal como a nível profissional. Percebi, efetivamente, que o papel do farmacêutico não passa só pela dispensa de medicamentos, mas por todo um conjunto de ações que devem ser realizadas para que o medicamento certo seja entregue ao utente nas condições adequadas. É um trabalho que exige dedicação, qualidade, disponibilidade, brio profissional e um estudo contínuo de modo a estarmos sempre atualizados para prestar o melhor atendimento aos nossos utentes.

O estágio permitiu-me estar em contacto com todo o circuito do medicamento desde que entra na Farmácia até ao momento da sua dispensa. Despertou em mim o conceito de responsabilidade profissional, para o bem do próximo. Tive a oportunidade de realizar todas as tarefas incumbidas ao farmacêutico, desde a receção de encomendas, armazenamentos dos MPS, controlo dos PV, preparação do receituário, organização da Farmácia, dispensa de medicamentos e aconselhamento ao utente. Em todas as tarefas tentei sempre aplicar os meus conhecimentos e adquirir ainda mais.

Tive a oportunidade de compreender que, para o utente, não somos só farmacêuticos. Somos alguém em quem eles confiam, que procuram em primeiro lugar quando precisam de algum conselho, seja ele qual for. Somos o símbolo da confiança para os nossos utentes, e não poderia estar mais grata por ter escolhido esta profissão.

Os temas abordados nos projetos, bem como as outras atividades realizadas, foram sempre de encontro às necessidades da população e da Farmácia. Tentei, através destes, transmitir o meu conhecimento da melhor maneira possível para educar a nossa população. Espero que, de certo modo, as mensagens tenham sido transmitidas ao longo dos atendimentos e dos panfletos que o utente teve a oportunidade de levar para casa.

Por fim, não poderia deixar de falar na equipa que me acompanhou ao longo dos 4 meses e meio de estágio que me mostrou o verdadeiro sentido de equipa: trabalhar todos no mesmo sentido com o mesmo objetivo – a saúde e o bem-estar dos nossos utentes.

Referências Bibliográficas

- [1] Ordem dos Farmacêuticos. *Boas Práticas Farmacêuticas para a farmácia comunitária (BPF)*. Conselho Nacional de Qualidade, 3^a edição. 2009. Disponível em: https://www.ordemfarmaceuticos.pt/fotos/documentos/boas_praticas_farmaceuticas_para_a_farmacia_comunitaria_2009_20853220715ab14785a01e8.pdf [acedido a 25 de março de 2020].
- [2] Decreto-Lei n.º 176/2006, de 30 de agosto, *Estatuto do Medicamento, INFARMED - Gabinete Jurídico e Contencioso*, 2006. Disponível em: https://www.infarmed.pt/documents/15786/1068535/035-E_DL_176_2006_12ALT/d2ae048e-547e-4c5c-873e-b41004b9027f [acedido a 25 de março de 2020].
- [3] INFARMED: *Normas relativas à dispensa de medicamentos e produtos de saúde*. Disponível em: https://www.infarmed.pt/documents/15786/17838/Normas_Dispensa/4c1aea02-a266-4176-b3ee-a2983bdf790 [acedido a 25 de março de 2020].
- [4] SAUDAÇOR: *Guia de apoio à prescrição*. Disponível em: https://www.saudacor.pt/wp-content/uploads/2019/08/Guia-de-apoio-à-prescrição_V2_dez-2019.pdf [acedido a 25 de março de 2020].
- [5] Portaria n.º 128/2015, de 5 de outubro de 2015, *Secretaria Regional da Saúde*, 2015. Disponível em: <https://jo.azores.gov.pt/#/ato/8b93cd17-f44e-4c76-a2cf-7b75c53d9ba7> [acedido a 26 de março de 2020].
- [6] Despacho n.º 1465/2016, de 15 de julho de 2016, *Secretaria Regional da Saúde*, 2016. Disponível em: <https://www.saudacor.pt/wp-content/uploads/2016/07/Despacho-N-1465-2016.pdf> [acedido a 26 de março de 2020].
- [7] Despacho n.º 2935-B/2016, de 24 de fevereiro, *Estabelece disposições com vista a impulsionar a generalização da receita eletrónica desmaterializada (Receita Sem Papel), no Serviço Nacional de Saúde, criando metas concretas para a sua efetivação, INFARMED - Gabinete Jurídico e Contencioso*, 2016. Disponível em: https://www.infarmed.pt/documents/15786/1068535/043-A1A2_Desp_2935-B_2016_VF.pdf [acedido a 26 de março de 2020].
- [8] SAUDAÇOR: *Manual de Relacionamento das Farmácias da Região Autónoma dos Açores com o Centro de Conferência de Faturas*. Disponível em: https://www.ccf.min-saude.pt/portal/page/portal/estrutura/documentacaoPublica/SAUDACOR/Manual%20de%20Relacionamento%20de%20Farmácias%20Saudaçor_v1%202.pdf [acedido a 26 de março de 2020].
- [9] INFARMED: *Psicotrópicos e Estupefacientes*, 2010. Disponível em: https://www.infarmed.pt/documents/15786/1228470/22_Psicotropicos_Estupefacientes.pdf [acedido a 27 de março de 2020].
- [10] Decreto-Lei n.º 134/2005, de 16 de agosto, *Diário da República*, Série I-A, n.º 156, 2005, 4763 - 4765. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/243692> [acedido a 27 de março de 2020].
- [11] INFARMED: *Lista de DCI identificadas pelo Infarmed como MNSRM-EF e respetivos protocolos de dispensa*. Disponível em: https://www.infarmed.pt/web/infarmed/entidades/medicamentos-uso-humano/autorizacao-de-introducao-no-mercado/alteracoes_transferencia_titular_aim/lista_dci [acedido a 27 de março de 2020].

- [12] Decreto-Lei n.º 296/98, de 25 de setembro, *Regras que disciplinam o mercado de produtos cosméticos e de higiene corporal*, INFARMED - Gabinete Jurídico e Contencioso, 1998. Disponível em: https://www.infarmed.pt/documents/15786/1076326/decreto_lei_20296-98.pdf [acedido a 30 de março de 2020].
- [13] Decreto-Lei n.º118/2015, de 23 de junho, *Suplementos Alimentares*, Diário da República, Série I, n.º120, 2015, 4389 - 4394. Disponível em: <https://dre.pt/home/-/dre/67541745/details/maximized> [acedido a 30 de março de 2020].
- [14] Decreto-Lei n.º74/2010, de 21 de junho, *Estabelece o regime geral dos géneros alimentícios destinados a alimentação especial*, Diário da República, Série I, n.º118, 2015. Disponível em: <https://dre.tretas.org/dre/276146/decreto-lei-74-2010-de-21-de-junho#anexos> [acedido a 30 de março de 2020].
- [15] Decreto-Lei n.º176/2006, de agosto, *Diário da República*, 1.ª Série, n.º167, 2006. 6297 – 6383. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/540387> [acedido a 30 de março de 2020].
- [16] Decreto-Lei n.º145/2009, de 17 de junho, *Estabelece as regras a que devem obedecer a investigação, o fabrico, a comercialização, a entrada em serviço, a vigilância e a publicidade dos dispositivos médicos e respectivos acessórios*, INFARMED - Gabinete Jurídico e Contencioso, 2009. Disponível em: https://www.infarmed.pt/documents/15786/1076625/122-A_DL_145_2009_2ALT.pdf [acedido a 30 de março de 2020].
- [17] Decreto-Lei n.º314/2009, de 28 de outubro, *Medicamentos Veterinários*, Diário da República, 1.ª Série, n.º209, 2009, 8106 – 8215. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/483106> [acedido a 30 de março de 2020].
- [18] INFARMED: *Medicamentos Manipulados*. Disponível em: <https://www.infarmed.pt/web/infarmed/entidades/medicamentos-uso-humano/inspecao-medicamentos/medicamentos-manipulados> [acedido a 3 de abril de 2020].
- [19] VALORMED: *Processo*. Disponível em: <http://www.valormed.pt/paginas/8/processo> [acedido a 3 de abril de 2020].
- [20] INFARMED: *Farmacovigilância*. Disponível em: <https://www.infarmed.pt/web/infarmed/entidades/medicamentos-uso-humano/farmacovigilancia> [acedido a 3 de abril de 2020].
- [21] A. Mendes, Ordem dos Farmacêuticos. “Escabiose – Tratar eficazmente e controlar a transmissão”, *Centro de Informação do Medicamento - E-publicações*, 2016. Disponível em: https://www.ordemfarmaceuticos.pt/fotos/publicacoes/e_pub_escabiose_23961552859412a39ede8a.pdf [acedido a 9 de fevereiro de 2020]
- [22] C. Dressler, S. Rosumeck, C. Sunderkötter, R. N. Werner, A. Nast, “The Treatment of Scabies - A Systematic Review of Randomized Controlled Trials”, *Dtsch. Arztebl. Int.*, 2016, vol. 113, pp. 757–762.
- [23] M. Tavares, M. Selores, “Escabiose - recomendações práticas para diagnóstico e tratamento”, *Nascer e Crescer*, 2013, vol. XXII nº2, pp. 80–86.
- [24] F. Santiago, G. Januário, “Artigo de Revisão Escabiose: Revisão e Foco na Realidade Portuguesa”, *SPDV*, 2017, vol. 75, pp. 129–137.

- [25] CDC. “Parasites – Scabies”. *USA Government*. 2010. Disponível em: <https://www.cdc.gov/parasites/scabies/epi.html> [acedido a 15 de fevereiro de 2020]
- [26] C. Thomas, S. J. Coates, D. Engelman, O. Chosidow, A. Y. Chang, “Ectoparasites: Scabies”, *J. Am. Acad. Dermatol.*, 2020, vol. 82, no. 3, pp. 533–548.
- [27] M. Tarbox, K. Walker, M. Tan, “Scabies is a contagious skin infestation caused by tinymites”, *JAMA*, 2018, vol. 320, no. 6, pp. 612.
- [28] INFARMED: RCM Acarilbial, 277 mg/ml, solução cutânea. Disponível em: http://app7.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=12&tipo_doc=rcm [acedido a 10 de fevereiro de 2020].
- [29] N. Ishii *et al.*, “Guideline for the diagnosis and treatment of scabies in Japan (third edition): Executive Committee of Guideline for the Diagnosis and Treatment of Scabies”, *J. Dermatol.*, 2017, vol. 44, no. 9, pp. 991–1014.
- [30] F. Rodrigues, A. Barroso, “Etiologia e sensibilidade bacteriana em infecções do tracto urinário”, *Rev. Port. Saúde Pública*, 2011, vol. 29, no. 2, pp. 123–131.
- [31] CDC. Fungal Diseases – Vaginal Candidiasis. *USA Government*. 2019. Disponível em: <https://www.cdc.gov/fungal/diseases/candidiasis/genital/index.html> [acedido a 15 de março de 2020]
- [32] D. Soares *et al.*, “Candidíase vulvovaginal: uma revisão de literatura com abordagem para Candida albicans”, 2019, vol. 25, pp. 28–34.
- [33] Rolo, F., Parada, B., Moreira, P. “Cistite não complicada na mulher: Guia multidisciplinar reconhecido pela Associação Portuguesa de Urologia”, *Associação Portuguesa de Urologia*, 2008, pp. 1–32.
- [34] T. Sotelo, O. L. Westney, “Recurrent urinary tract infections in women”, *Curr. Womens. Health Rep.*, 2019, pp. 1-6.
- [35] J. Y. H. Chan, K. B. Scotland, D. Lange, “Overview of Urinary Tract Infections”, *Role Bact. Urol.*, 2019, pp. 9–22.
- [36] K. B. Kolman, “Cystitis and Pyelonephritis: Diagnosis, Treatment, and Prevention”, *Prim. Care - Clin. Off. Pract.*, 2019, vol. 46, no. 2, pp. 191–202.
- [37] K. Gupta, L. Grigoryan, B. Trautner, “Urinary Tract Infection,” *Ann. Intern. Med.*, 2017, vol. 167, no. 7.
- [38] J. D. Sobel, “Vulvovaginal candidosis”, *Lancet*, 2007, vol. 369, no. 9577, pp. 1961-1971.
- [39] Águas, F., D. Silva, “Revisão dos Consensos em Infecções Vulvovaginais”, *Sociedade Portuguesa de Ginecologia*, 2012, pp. 1–52.
- [40] P. Mardh, G. Acacio, *et al.*, “Facts and myths on recurrent vulvovaginal candidosis - a review on epidemiology, clinical manifestations, diagnosis, pathogenesis and therapy”, *Inter. Journal of STD & AIDS*, 2002, vol. 13, pp. 522–539.
- [41] A. G. Júnior, A. R. L. Grigolrto, P. A. G. Fregonezi, “Candidíase Vaginal: uma questão de educação em saúde,” *Brazilian J. Heal.*, 2011, vol. 2, no. 2, pp. 89–96.
- [42] O. H. M. Feuerschuette, S. K. Silveira, I. Feuerschuette, T. Corrêa, L. Grando, A. Trepani, “Candidíase vaginal recorrente : manejo clínico”, *Femina*, 2010, vol.32, no.2, pp. 31-36.
- [43] INFARMED: RCM Itraconazol Aurovitas, 100 mg, cápsulas. Disponível em: <https://extranet.infarmed.pt/INFOMED-fo/pesquisa-avancada.xhtml> [acedido a 1 de maio de 2020].

- [44] INFARMED: RCM Candiset, 10 mg/g, creme vaginal. Disponível em: <https://extranet.infarmed.pt/INFOMED-fo/pesquisa-avancada.xhtml> [acedido a 1 de maio de 2020].
- [45] INFARMED: RCM Candiset 3 dias, 20 mg/g, creme vaginal. Disponível em: <https://extranet.infarmed.pt/INFOMED-fo/pesquisa-avancada.xhtml> [acedido a 1 de maio de 2020].
- [46] INFARMED: RCM Gyno-Pevaryl, 10 mg/g, creme vaginal. Disponível em: <https://extranet.infarmed.pt/INFOMED-fo/pesquisa-avancada.xhtml> [acedido a 1 de maio de 2020].
- [47] INFARMED: RCM Lomexin, 20 mg/g, creme vaginal. Disponível em: <https://extranet.infarmed.pt/INFOMED-fo/pesquisa-avancada.xhtml> [acedido a 1 de maio de 2020].
- [48] INFARMED: RCM Gino-Canesten, 100 mg, comprimidos vaginais. Disponível em: <https://extranet.infarmed.pt/INFOMED-fo/pesquisa-avancada.xhtml> [acedido a 1 de maio de 2020].
- [49] C.Rêgo *et al.*, “Alimentação saudável dos 0 aos 6 anos – Linhas de orientação para profissionais e educadores”, *Direção Regional da Saúde*, 2019.
- [50] Comissão de Nutrição da SPP, Acta Pediátrica Portuguesa, “Alimentação e nutrição do lactente”, *Revista de Medicina da Criança e do Adolescente*, 2013, vol. 43, nº5.
- [51] C. G. Victora *et al.*, “Breastfeeding in the 21st century: Epidemiology, mechanisms, and lifelong effect”, *Lancet*, 2016, vol. 387, no. 10017, pp. 475–490.
- [52] C. Rêgo, A. Teles, M.Nazareth, A. Guerra, “Leites e Fórmulas Infantis : a realidade PORTUGUESA”, *Acta Pediátrica Portuguesa*, 2013, vol. 44, pp.50-93.
- [53] C. Lechosa-Muñiz *et al.*, “Health care costs associated to type of feeding in the first year of life”, *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 2020, vol. 17, no. 13, pp. 1–9.
- [54] A. Silva, H. Aguiar, “Diversificação alimentar no primeiro ano de vida”, *Acta Médica Portuguesa*, 2011, vol. 24, pp. 1035-1040.
- [55] M. Fewtrell *et al.*, “Complementary feeding: A position paper by the European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition (ESPGHAN) committee on nutrition”, *J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr.*, 2017, vol. 64, no. 1, pp. 119–132.

ANEXOS

Anexo I - Formações realizadas ao longo do estágio na Farmácia Água de Pau.

Data	Duração	Formato da formação	Laboratório ou Marca	Temas abordados
19 fevereiro	3h	Presencial	Aboca®	A apresentação focou-se em distúrbios gastrointestinais, passando pela azia e refluxo, diarreia, obstipação, hemorroidas e fissuras (neoBianacid®, LenoDiar®, neoFitoroiD®, Melilax®, Sollievo®), terminando em dispositivos auxiliares na perda de peso (libraMed®, AdiproX®, Lynfase®).
8 julho	1h	Online	Perrigo®	Niquitin®, Caladryl derma®
10 julho	1h	Online	Bioderma®	Gamas Pigmentbio e Photoderm
14 julho	45 min	Online	Uriage®	Cuidados Derma
17 julho	15 min	Online	Boiron®	Arnigel
21 julho	1h	Online	Perrigo®	Paranix: foram abordadas as principais diferenças entre cada produto desta gama bem como alguns mitos sobre piolhos e lêndeas.
21 julho	1h	Online	Uriage®	Cuidados Mãos e Bariéderm
22 julho	2h	Online	Cantabria Labs	A apresentação frisou todos os produtos da gama Heliocare®
23 julho	1h	Online	Uriage®	Cuidados Cosmética
28 julho	1h30	Online	KRKA	Flabien



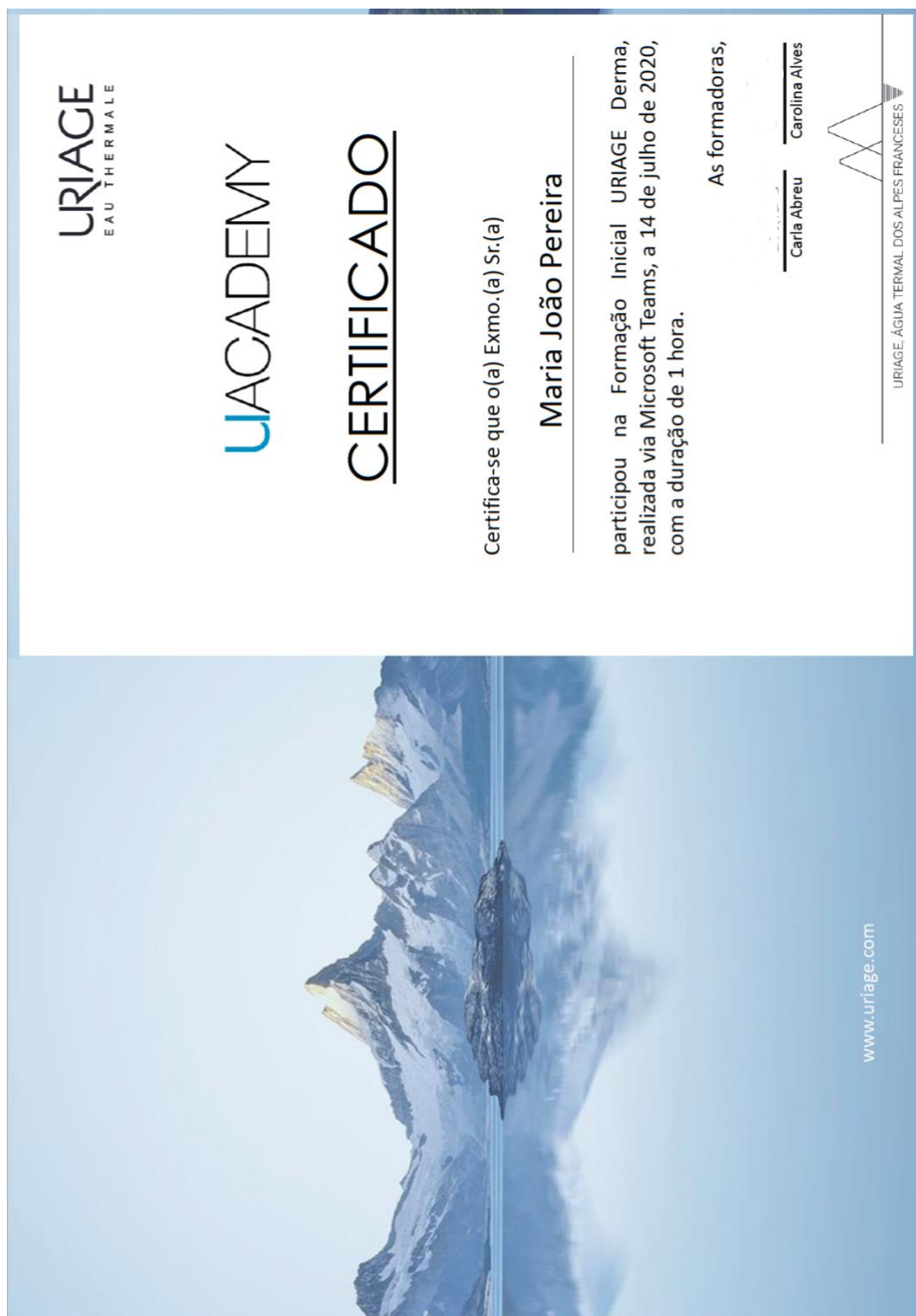
Seminário Aboca

Certifica-se que
Maria João Pereira
participou na sessão especializada sobre a temática
Terapia do Peso, no Hotel Marina Atlântico com duração
de 3 horas, com foco no conceito:
“Nova Forma de Fazer Saúde”

Açores, 19 de Fevereiro de 2020

phytoderm.
The Brand You can trust.

Aboca





ESCABIOSE
GUIA DE TRATAMENTO

Maria João Pereira

1



ESCABIOSE

- *Sarcoptes scabiei* var. *hominis*
- Dermatose **muito** contagiosa
- Atinge populações desfavorecidas e em grupo
- Mais frequente no **inverno**: maior contacto entre indivíduos
- Atinge todas as idades
- Os primeiros sintomas podem aparecer só ao fim de 2 a 6 semanas quando se trata da 1ª infeção
- No caso de re-infestações os sintomas aparecem ao fim de 1 a 4 dias após exposição
- Falta de tratamento adequado pode levar a complicações: infeções bacterianas

2

TRANSMISSÃO



3

MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

- ❖ Prurido intenso, piora à noite
- ❖ É possível observar sulcos acarinos, vesículas e pústulas e em casos mais graves podem aparecer placas hiperqueratósicas (sarna crostosa)
- ❖ Locais mais frequente: pregas interdigitais das mãos e as faces laterais dos dedos das mãos, axilas, cintura pélvica, umbigo, faces flexoras dos punhos, cotovelos ou joelhos, pés, tornozelos e nádegas
- ❖ Nos idosos: couro cabeludo, na face e no dorso

4

MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

❖ Podem ser assintomáticas

❖ É possível que apareçam placas hiperqueratósicas (sarna crostosa)

As lesões encontram-se na cabeça, no dorso, na prega pós-auricular, nas palmas das mãos e plantas dos pés

Lesões mais inflamadas, com pápulas, vesículas e crostas

Eczema disseminado no tronco

5

NAS CRIANÇAS

- Podem ser assintomáticas
- Irritadas, com insónia, falta de apetite e baixo ganho de peso
- As lesões encontram-se na cabeça, no dorso, na prega pós-auricular, nas palmas das mãos e plantas dos pés
- Lesões mais inflamadas, com pápulas, vesículas e crostas
- Eczema disseminado no tronco

6




- Podem ser assintomáticas
- Irritadas, com insónia, falta de apetite e baixo ganho de peso

7

TRATAMENTO

FARMACOLÓGICO



Ivermectina



NÃO FARMACOLÓGICO

Medidas auxiliares no tratamento:

- Todo o **surgimento febril** deverá ser **tratado** no mesmo tempo que o doente, independentemente de ser ou não sintoma;
- O banho deve ser **fresco e espaçado** a 37°C;
- Após o primeiro tratamento, todo o **trajeto** do corpo como as de **coxa** (coxartrose), **ombros** e **ombros** e as **axilas** devem ser **lavadas** a **temperatura superior a 30-40°C**;
- Caso não seja possível lavar o corpo, como o caso das **axilas**, estas devem ser **lavadas** dentro de um **saquinho** durante **72 horas**;
- Deve **evitar** as **calor**;
- Sempre que **febre** **ou** **doença**, deve **resistir** o **tratamento**;
- Caso o **paciente** seja **atendido** por **este** **paciente**, deve **evitar** **banho** para **evitar** a **contaminação**;
- Durante a **noite**, pode **usar** **roupa** para **evitar** o **contato** com o **ar**;
- Não deve **proteger** o **tratamento** ou **continuar** com **medicamentos**, pois **esta** **pode** **continuar** durante **2 a 4** **semanas**.

Qualquer **ajuda** não **deve** em **contato** a **sua** **farmácia**.

8

52

O PORQUE DO GUIA DE TRATAMENTO

- Estamos perante uma dermatose muito difícil de erradicar
- Existem muitas re-infestações e muitos agregados contagiados
- População não conhece esta patologia – desconhece a dificuldade do tratamento
- O tratamento farmacológico não é suficiente

POR ISSO.....

9



Guia de Tratamento da Sarna

A **sarna** é uma dermatose causada pelo parasita **Sarcoptes**, originando muita comichão e é **muito contagiosa**, pelo que o deve realizar o seu tratamento devidamente.

Neste guia de tratamento irá encontrar o modo de aplicação do seu medicamento e algumas medidas que deve adotar para que o tratamento seja eficaz e não contage o seu agregado familiar.



Ivermectina

Aplicar **após banho quente** e depois de estar bem seco. Deve colocar uma cama fina, massageando e depois deixar **secar** e aplicar **uma nova camada**. A aplicação deve ser repetida **24/48 horas** depois.

Voltar a repetir o processo **7/10 dias** depois.

Aplicar do **pescoço para baixo** e não se esqueça das **pregas** entre os dedos, por **debajo das unhas**, do **umbigo** e da **zona genital**.

SEGUIR ESQUEMA PASSADO PELO MÉDICO.



Pomada de Enxofre

Após o banho, aplicar e pomada e **deixar 24 horas** depois.

Repetir o procedimento durante **3 dias**. Após estes 3 dias, voltar a repetir o tratamento **uma semana** depois. Aplicar do **pescoço para baixo** e não se esqueça das **pregas** entre os dedos, por **debajo das unhas**, do **umbigo** e da **zona genital**.

SEGUIR ESQUEMA PASSADO PELO MÉDICO.

Nas crianças e nos idosos também deve aplicar no **couro cabeludo**, **face** e **pescoço**, tendo o cuidado de não aplicar na boca e nos olhos.



Medidas auxiliares no tratamento:

- Todo o **agregado familiar** deverá ser **tratado** ao mesmo tempo que o doente, independentemente de ter ou não sintomas;
- O seu quarto deve ser **limpo e aspirado** a fundo;
- Após o primeiro tratamento, tanto as roupas de corpo como as de cama (cobertores, lençóis e fronhas) e as toalhas devem ser lavadas a **temperaturas superiores a 50-60°C**;
- Caso não seja possível lavar a roupa, como o caso dos sapatos, estas devem ser colocadas dentro de um **saco fechado** durante **72 horas**;
- Deve **cutar as unhas**;
- Sempre que **lavar as mãos**, deve **reaplicar** o tratamento;
- Caso o acaricida seja aplicado por outra pessoa, esta deve **usar luvas** para evitar a contaminação;
- Durante a **noite**, pode **usar luvas** para evitar o contacto com os olhos;
- **Não** deve **prolongar** o tratamento se continuar com **comichão**, pois esta pode continuar durante 2 a 4 semanas.

Qualquer dúvida não hesite em contactar o sua farmácia.

10

OBJETIVOS

- ✓ Elucidar o utente sobre dificuldade de cura se o tratamento não for bem feito
- ✓ Explicar a importância de tratar todos os indivíduos com quem este tem contacto próximo
- ✓ Ênfase na aplicação correta dos medicamentos
- ✓ Dar extrema importância à terapia não farmacológica e explicar ao utente o porque
- ✓ Falar na elevada probabilidade de contágio se o tratamento não for bem feito

11

OBRIGADA PELA
VOSSA ATENÇÃO



12



Guia de Tratamento da Sarna

A **sarna** é uma dermatose causada pelo parasita *S.scabies*, originando muita comichão e é **muito contagiosa**, pelo que o deve realizar o seu tratamento devidamente.

Neste guia de tratamento irá encontrar o modo de aplicação do seu medicamento e algumas medidas que deve adotar para que o tratamento seja eficaz e não contágie o seu agregado familiar.



Aplicar **após banho quente** e depois de estar *bem seco*. Deve colocar uma cama fina, massajando e depois deixar **secar** e **aplicar uma nova camada**. A aplicação deve ser **repetida 24/48 horas depois**.
 Voltar a repetir o processo 7/10 dias depois.
 Aplicar **do pescoço para baixo** e não se esqueça das **pregas entre os dedos, por debaixo das unhas, do umbigo e da zona genital**.

○ SEGUIR ESQUEMA PASSADO PELO MÉDICO.



Após o banho, aplicar e pomada e **só retirar 24 horas depois**.
Repetir o procedimento durante **3 dias**. Após estes 3 dias, voltar a repetir o tratamento **uma semana depois**.
 Aplicar **do pescoço para baixo** e não se esqueça das **pregas entre os dedos, por debaixo das unhas, do umbigo e da zona genital**.

○ SEGUIR ESQUEMA PASSADO PELO MÉDICO.

Nas **crianças** e nos **idosos** também deve aplicar no **couro cabeludo, face e pescoço**, tendo o cuidado de não aplicar na boca e nos olhos.



Medidas auxiliares no tratamento:

- ♦ Todo o **agregado familiar** deverá ser **tratado** ao mesmo tempo que o doente, independentemente de ter ou não sintomas;
- ♦ O seu quarto deve ser **limpo** e **aspirado** a fundo;
- ♦ Após cada tratamento, tanto as roupas de corpo como as de cama (cobertores, lençóis e fronhas) e as toalhas devem ser lavadas a **temperaturas superiores a 50-60°C**;
- ♦ Caso não seja possível lavar a roupa, como o caso dos sapatos, estas devem ser colocadas dentro de um **saco preto fechado** durante **72 horas**;
- ♦ Deve **cortar as unhas**;
- ♦ Sempre que **lavar as mãos**, deve **reaplicar** o tratamento;
- ♦ Caso o acaricida seja aplicado por outra pessoa, esta deve **usar luvas** para evitar a contaminação;
- ♦ Durante a **noite**, pode **usar luvas** para evitar o contacto com os olhos;
- ♦ **Não** deve **prolongar** o tratamento se continuar com **comichão**, pois esta pode continuar durante 2 a 4 semanas.

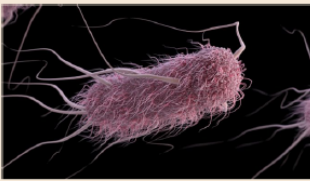
Qualquer dúvida não hesite em contactar a sua farmácia.



CISTITE AGUDA NÃO COMPLICADA E
CANDIDÍASE VULVOVAGINAL

Maria João Pereira

1



CONTEXTUALIZAÇÃO

CANC
Representa 95% dos casos de ITU
Inflamação na bexiga – bactérias
Cistite recorrente: 2 ou mais infeções que ocorrem num espaço de 6 meses ou 3 ou mais infeções que ocorrem num ano
25% dos infetados pela 1ª vez desenvolvem infeções recorrentes em 6 meses

CVV
Segunda vulvovaginite mais frequente
Infeção causada por fungo do nosso microbioma
CVVR: 4 ou mais episódios num espaço de 12 meses
70 a 75% das mulheres são afetadas em alguma fase da vida - 40 a 50% destas voltam a ter outro episódio e 5 a 8% desenvolvem CVVR

2



CISTITE AGUDA NÃO COMPLICADA

FATORES PRÉ-DISPONENTES

- Gravidez
- Estase urinária
- Diabetes
- Falta de hábitos de higiene
- Obstrução urinária
- Climatério
- Inserção de objetos estranhos
- DST
- Doenças neurológicas

FATORES DE RISCO

- Uso de espermicidas
- Relações sexuais recentes
- Diminuição do nível de estrogênios
- Prolapso anterior e/ou vaginal
- Incontinência urinária
- Esvaziamento incompleto da bexiga
- História prévia de ITU

PRÉ-MENOPAUSA

PÓS-MENOPAUSA



3



SINTOMAS

- Disúria
- Frequência e urgência em urinar
- Urina turva
- Acompanhados ou não de dor pélvica
- Algumas vezes: piúria ou hematúria

4

TRATAMENTO

Tabela I: Antibioterapia da CANC

	Tratamento	Posologia
1ª escolha	Fosfomicina	Dose única de 3 gr
	Nitrofurantoina	100 mg a cada 6 h, durante 5-7 dias
2ª escolha	Sulfametoxazol + Trimetopim	800 + 160 mg a cada 12 h, durante 3 dias
	Ciprofloxacina	500 mg a cada 12 h, durante 3 dias
	Norfloxacina	400 mg a cada 12 h, durante 3 dias
	Levofloxacina	250 mg a cada 24 h, durante 3 dias
	Pivmecilinam	200 mg a cada 12 h, durante 7 dias
3ª escolha	Amoxicilina + Ácido Clavulânico	500 + 125 mg a cada 8 h, durante 5 dias
	Cefixima	400 mg a cada 24 h, durante 3 dias

5

PROFILAXIA

Antibióticos

Imunoterapia

Estrogénios em mulheres
pós-menopausa

Novas terapias

6

ANTIBIOTERAPIA PROFILÁTICA

Tabela 2: Tratamento profilático da cistite recorrente

	Tratamento	Posologia
1ª escolha	Trimetropim	Dose única de 200 mg quando exposta a trigger ou 100 mg à noite
	Nitrofurantoína	Dose única de 100 mg quando exposta a trigger ou 50 a 100 mg à noite
2ª escolha	Amoxicilina	Dose única de 500 mg quando exposta a trigger ou 250 mg à noite
	Cefalexina	Dose única de 500 mg quando exposta a trigger ou 125 mg à noite

7

IMUNOPROFILAXIA

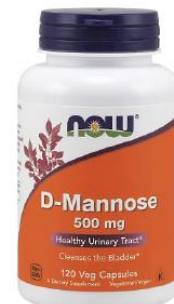
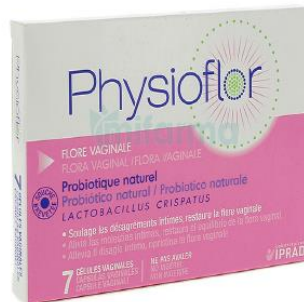


8

TERAPIA ESTROGÉNICA



9



NOVAS TERAPIAS

10

MEDIDAS NÃO FARMACOLÓGICAS

- Evitar o uso de espermicidas como método contraceptivo
- Reduzir o uso de pensos diários
- Não atrasar a micção pós-coito
- Limpar a zona genital sempre na direção da uretra para o ânus
- Não ficar mais de 4 horas sem urinar
- Manter a zona genital sempre seca
- Perder peso, se necessário
- Tratar incontinência fecal, se for o caso;
- Aumentar o consumo de líquidos diário
- Utilizar produtos de limpeza próprios para a zona genital



11

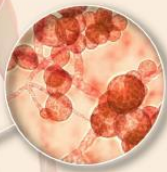
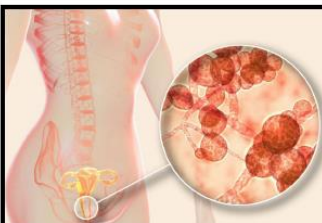
CANDIDÍASE VULVOVAGINAL

FATORES PRÉ-DISPONENTES

- Higiene íntima inadequada
- Roupas íntimas justas
- Infecção por VIH
- Uso de substâncias alergénicas ou irritantes
- Sexo oral recetivo
- Menstruação

FATORES DE RISCO

- Terapia de reposição hormonal
- Antibióticos, corticoesteróides, CO
- Dermatose vulvar
- Sistema imunitário deprimido
- Gravidez
- Diabetes
- Obesidade



12

CLASSIFICAÇÃO

CVV não complicada	CVV complicada
Pouco frequente ou esporádica	Recorrente
Sintomas ligeiros a moderados	Sintomas severos
Causada por <i>Candida albicans</i>	Candidíase não-albicans
Mulher não imunocomprometida e não grávida	Mulher imunocomprometida, com diabetes descompensada ou debilitada, grávida

13

SINAIS E SINTOMAS

- Prurido e/ou dor na vagina
- Irritação vulvar
- Dispareunia
- Disúria externa
- Corrimento vaginal anormal, inodoro, branco, grumoso e espesso - "requeijão"
- CCV severa: edema, eritemas e fissuras vulvares



14

Candidíase não complicada			
Tratamento	Substância ativa	Posologia	
Oral	Fluconazol	150 mg toma única	
	Itraconazol	200 mg 2 vezes num dia ou 200 mg 1 vez/dia durante 3 dias ^[14]	
Creme	Clotrimazol 1%	1 aplicação ao deitar durante 6/7 dias ^[15]	
	Clotrimazol 2%	1 aplicação ao deitar durante 3 dias ^[16]	
	Econazol 1%	1 aplicação ao deitar durante 14 dias ^[17]	
	Sertaconazol 2%	1 aplicação ao deitar durante 7 dias	
	Isoconazol 1%	1 aplicação, ao deitar durante 6/7 dias	
	Fenticonazol 2%	Aplicar de manhã e à noite, durante 6 dias ^[18]	
Intravaginal	Comprimido/Cápsula	Clotrimazol 500 mg	Dose única, ao deitar
		Clotrimazol 100 mg	1 aplicação ao deitar durante 6 dias ^[19]
	Óvulo	Sertaconazol 500 mg	Dose única, ao deitar
		Econazol 150 mg	1 aplicação ao deitar, durante 3 dias
		Sertaconazol 300 mg	Aplicação única; se não passar repetir ao fim de uma semana
		Fenticonazol 200 mg	1 aplicação ao deitar, durante 6 dias







15

TRATAMENTO				
Candidíase complicada				
Tipo de Candidíase	Severa	Oral: com Fluconazol 150 mg – toma única e repetir após 3 dias ou terapêutica antifúngica tópica durante 14 dias		
	Recorrente	Inicial	Fluconazol 150 mg ou 200 mg OU Terapêutica antifúngica tópica	Três tomas: dia 1, 4 e 7 7 a 14 dias
		Manutenção	Fluconazol 100 mg, 150 mg ou 200 mg	1 vez por semana, por 6 meses

16

TRATAMENTO/PROFILAXIA



17

MEDIDAS NÃO FARMACOLÓGICAS

- Higiene íntima na dose certa e com produtos adequados ao pH vaginal (pH: 4,2 e 5,6)
- Evitar roupas justas, sintéticas e quentes, preferindo *lingerie* de algodão;
- Acabar com o uso de desodorizantes, perfumes e talco na zona íntima
- Ter em atenção aquando da toma de terapêutica como antibióticos, corticosteroides e imunossuppressores - profilaxia com probióticos
- Evitar duchas vaginais e banhos quentes



18

COMO PREVENIR?

Tanto a infecção urinária como a candidíase vaginal podem ser evitadas com pequenas alterações de hábitos. Aquele encontra um conjunto de cuidados e hábitos que poderá colocar em prática de modo a evitar a recorrência de qualquer uma destas infecções:

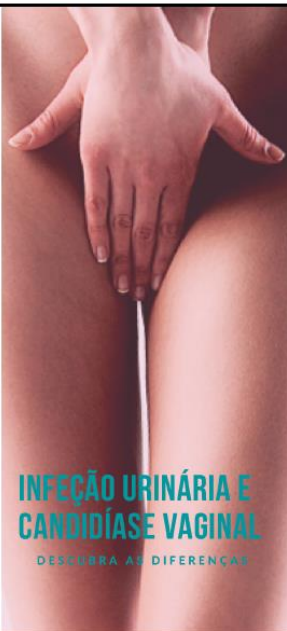
- Lavar a sua zona íntima com produtos com pH apropriado e evitar produtos com perfume, talco e desodorizantes nesta zona
- Evitar o uso de roupas apertadas e preferir *lingerie* de algodão
- Evitar duchas vaginais e banhos quentes
- Limpar a zona genital sempre na direção da vagina para o ânus
- Reduzir o uso de pensos
- Evitar ficar muito tempo com o fato de banho ou biquíni molhado
- Utilizar preservativo durante a relação sexual
- Perder peso, se for o caso
- Controlar a glicémia caso seja diabética

A INFECÇÃO URINÁRIA E A CANDIDÍASE VAGINAL TÊM TRATAMENTOS DISTINTOS.

SE APRESENTAR ALGUM DOS SINTOMAS REFERIDOS, ACONSELHE-SE COM O SEU MÉDICO OU FARMACÊUTICO. NÃO SE AUTO-MEDIQUE.



FARMÁCIA
ÁGUA DE PAU
A SUA SAÚDE, SEMPRE.



INFECÇÃO URINÁRIA E CANDIDÍASE VAGINAL

DESCUBRA AS DIFERENÇAS

A SUA SAÚDE, SEMPRE.

19

INFECÇÃO URINÁRIA OU CANDIDÍASE VAGINAL?

Uma infecção urinária (IU) é causada por bactérias na bexiga. Já a candidíase vaginal (CV) tem a sua origem num fungo que faz parte do nosso organismo mas que, por vezes, se torna infeccioso. O desconforto íntimo causado por estas infeções é o único sintoma em comum entre elas. Venha descobrir as diferenças.



INFECÇÃO URINÁRIA

QUAIS OS FATORES DE RISCO?

As IU são mais comuns em mulheres sexualmente ativas, que usam espermicidas, apresentam histórico de IU, diabetes, estejam grávidas ou em mulheres pós-menopausa. De modo a evitar o recorrente aparecimento destas infeções recomenda-se urinar logo após a relação sexual, evitar o uso de espermicidas, aumentar o consumo diário de líquidos, urinar regularmente e controlar a glicémia.

SINAIS E SINTOMAS DA IU

- Dificuldade e dor ao urinar
- Maior frequência e urgência ao urinar
- Urina turva
- Dor na bexiga
- Sangue na urina, por vezes

CANDIDÍASE VAGINAL

QUAIS OS FATORES DE RISCO?

A CV tende a aparecer durante a menstruação, quando do uso de contraceptivos orais e dispositivos intra-uterinos, quando o sistema imunitário se encontra enfraquecido, em mulheres diabéticas, obesas e/ou grávidas, quando da toma de antibióticos e corticosteróides e também poderá ocorrer com o uso regular de roupa apertada.

SINAIS E SINTOMAS DA CV

- Comichão e/ou dor na vagina
- Irritação na vulva
- Dor durante ou após a relação sexual
- Dor após urinar
- Corrimento anormal, sem cheiro, tipo requeijão
- Fissuras na vulva

A SUA SAÚDE, SEMPRE.

20

OBJETIVOS

- Alertar à utente as diferenças entre estas duas infeções
- Enfatizar a lavagem íntima e os demais cuidados a ter na prevenção
- Educar a população feminina

21

OBRIGADA PELA
VOSSA ATENÇÃO



22

COMO PREVENIR?

Tanto a infecção urinária como a candidíase vaginal podem ser evitadas com pequenas alterações de hábitos.

Aqui encontra um conjunto de cuidados e hábitos que poderá colocar em prática de modo a evitar a recorrência de qualquer uma destas infeções:

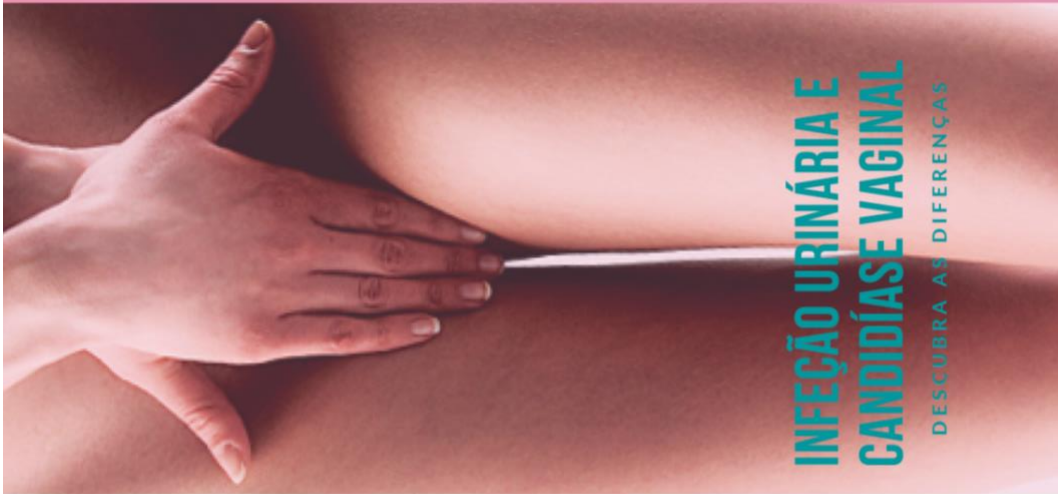
- Lavar a sua zona íntima com produtos com pH apropriado e evitar produtos com perfume, talco e desodorizantes nesta zona
- Evitar o uso de roupas apertadas e preferir *lingerie* de algodão
- Evitar duches vaginais e banhos quentes
- Limpar a zona genital sempre na direção da vagina para o ânus
- Reduzir o uso de pensos
- Evitar ficar muito tempo com o fato de banho ou biquíni molhado
- Utilizar preservativo durante a relação sexual
- Perder peso, se for o caso
- Controlar a glicémia caso seja diabética

A INFEÇÃO URINÁRIA E A CANDIDÍASE VAGINAL TÊM TRATAMENTOS DISTINTOS.

SE APRESENTAR ALGUM DOS SINTOMAS REFERIDOS, ACONSELHE-SE COM O SEU MÉDICO OU FARMACÊUTICO. NÃO SE AUTO-MEDIQUE.



FARMÁCIA
ÁGUA DE PAU
A SUA SAÚDE, SEMPRE!



INFECÇÃO URINÁRIA E CANDIDÍASE VAGINAL

DESCUBRA AS DIFERENÇAS

A SUA SAÚDE, SEMPRE.

INFECÇÃO URINÁRIA OU CANDIDÍASE VAGINAL?

Uma infecção urinária (IU) é causada por bactérias na bexiga. Já a candidíase vaginal (CV) tem a sua origem num fungo que faz parte do nosso organismo mas que, por vezes, se torna infecioso.

O desconforto íntimo causado por estas infeções é o único sintoma em comum entre elas. Venha descobrir as diferenças.



INFECÇÃO URINÁRIA

QUAIS OS FATORES DE RISCO?

As IU são mais comuns em mulheres sexualmente ativas, que usam espermicidas, apresentam histórico de IU, diabetes, estejam grávidas ou em mulheres pós-menopausa. De modo a evitar o recorrente aparecimento destas infeções recomenda-se urinar logo após a relação sexual, evitar o uso de espermicidas, aumentar o consumo diário de líquidos, urinar regularmente e controlar a glicémia.

SINAIS E SINTOMAS DA IU

Dificuldade e dor ao urinar
Maior frequência e urgência ao urinar
 Urina turva
 Dor na bexiga
Sangue na urina, por vezes

CANDIDÍASE VAGINAL

QUAIS OS FATORES DE RISCO?

A CV tende a aparecer durante a menstruação, aquando do uso de contraceptivos orais e dispositivos intra-uterinos, quando o sistema imunitário se encontra enfraquecido, em mulheres diabéticas, obesas e/ou grávidas, aquando da toma de antibióticos e corticoesteróides e também poderá ocorrer com o uso regular de roupa apertada.

SINAIS E SINTOMAS DA CV

Comichão e/ou dor na vagina
Irritação na vulva
Dor durante ou após a relação sexual
 Dor após urinar
Corrimento anormal, sem cheiro, tipo requeijão
Fissuras na vulva

A SUA SAÚDE, SEMPRE.



**FARMÁCIA
ÁGUA DE PAU**
A SUA SAÚDE, SEMPRE!

U. PORTO
FACULDADE DE FARMÁCIA
UNIVERSIDADE DO PORTO

Leite Materno e Fórmulas Infantis

Maria João Pereira

1



Contextualização

- Alimentação: sobrevivência e saúde
- 1º semestre e 1º ano de vida: cruciais para o crescimento e desenvolvimento do ser humano
- Diferentes fases de crescimento – diferentes necessidades energéticas



2



Leite Materno

- É capaz de suprir todas as necessidades do lactente até ao 6º mês
- “Medicamento personalizado”
- Enzimas digestivas – auxiliam na absorção dos nutrientes
- Antimicrobiano, imunomodulador, auxilia no desenvolvimento intestinal, de órgãos e sistemas
- Colostro: 1º leite produzido – rico em anticorpos e substâncias nutritivas

3

Colostro



Lactoferrina

Fator de crescimento epidérmico

Oligossacáridos

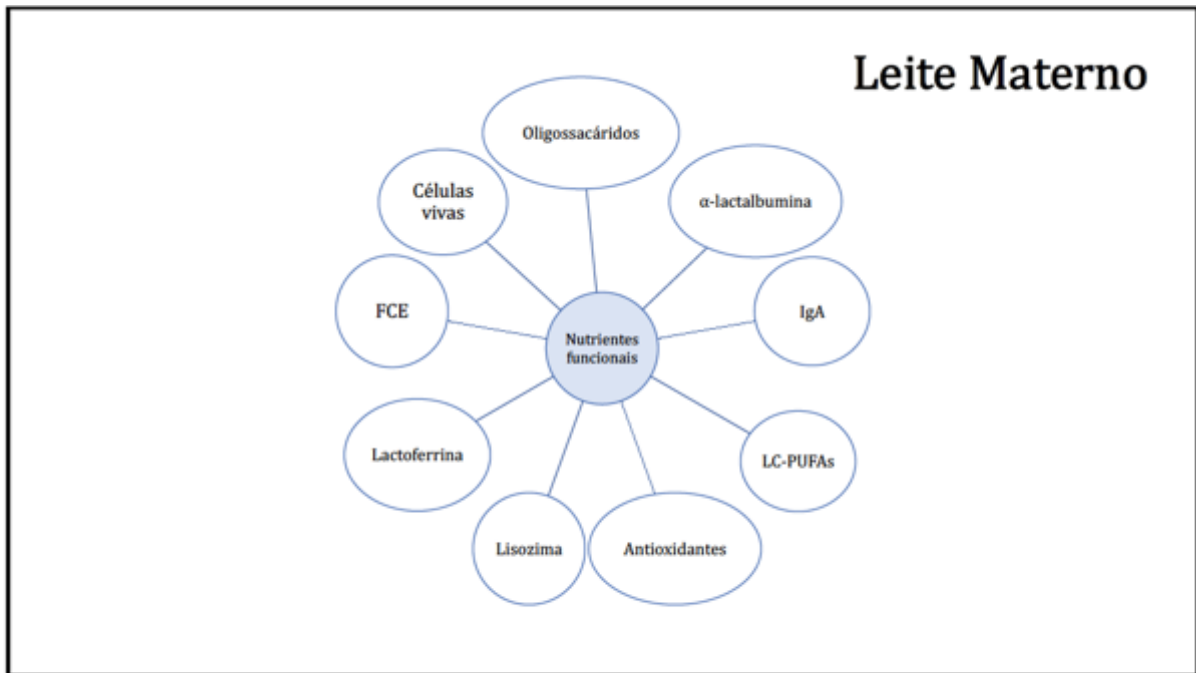
Células do SI

Imunoglobulinas

Proteínas

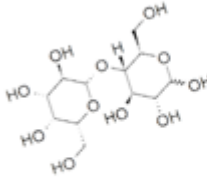
Vitaminas

4



5

Leite Materno




Proteínas

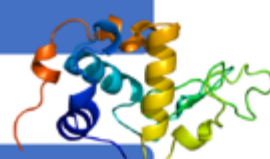
- Seroproteína
- α -lactalbumina

Hidratos de Carbono

- Lactose

Lípidos

- Ácidos palmítico, linoleico, linolénico e oleico



6

Benefícios do Leite Materno para o Bebê

- ✓ Proteção da mortalidade infantil
- ✓ Proteção de diarreia aguda
- ✓ Proteção de infecções respiratórias e otites até aos 2 anos
- ✓ Diminuição do aparecimento de asma
- ✓ Diminuição do aparecimento de maloclusão dentária
- ✓ Maior nível de inteligência
- ✓ Melhoria do desempenho motor
- ✓ Proteção contra rinite alérgica até aos 5 anos
- ✓ Efeito protetor da diabetes e obesidade a longo prazo
- ✓ Proteção contra leucemia, elevação da PA



7



Fórmulas
Infantis

8

Fórmulas Infantis

- Objetivo: satisfazer as necessidades nutricionais, otimizar o crescimento e desenvolvimento e promover a saúde futura do bebê
- Têm por base a constituição do LM
- Recomenda-se apenas quando não é possível a amamentação ou em complementação da mesma



9

Leite Materno VS Leite de Vaca



	Densidade Energética (kcal/100 ml)	Proteínas (g/ 100 kcal)	Hidratos de Carbono (g/ 100 kcal)	Gordura Total (g/ 100 kcal)
Leite Materno	66	1,23	10,43	5,6
Leite de Vaca (gordo inteiro)	62	4,8	7,6	5,6

10

Composição das FI

HM-O: oligossacáridos de origem materna

α -lactalbumina: rica em triptofano e cisteína

LC-PUFAs

ARA: participa nos processos inflamatórios – mecanismo de defesa
DHA: neurodesenvolvimento e acuidade visual

FOS e GOS: pré-bióticos - estimulam a microbiota intestinal
Pró-bióticos: apresentam efeitos benéficos na absorção de nutrientes, no desenvolvimento do sistema imunitário intestinal e sistêmico e também promove a tolerância da mucosa.

Nucleótidos: imunomoduladores, induzem biodisponibilidade de ferro, modificação benéfica na flora intestinal, melhoraram o metabolismo das lipoproteínas e o aproveitamento metabólico dos LC-PUFAs

Lactose: promove a absorção; pré-biótico; aumenta absorção da Ca



11

Tipos de Fórmulas Infantis



Standard

- Mais próxima do LM

Especiais

- Perante indicação terapêutica

Especificações Funcionais

- Adição particular

12

Fórmulas *Standard*

Leites para Lactentes – Leites 1



0 aos 6 meses

Leites de Transição– Leites 2



6 aos 12 meses

Leites de Crescimento



A partir dos 12 meses

13

Fórmulas Especiais

Leites com Hidrólise da Proteína

- Redução da capacidade de causar alergia
- **Parcialmente hidrolisado** – lactentes que apresentem risco de atopia. É capaz de reduzir o risco de expressão alérgica, particularmente de dermatite atópica/eczema
- **Extensamente hidrolisado** – recém-nascidos ou lactentes com alergia comprovada às proteínas do LV. São fórmulas hipoalergénicas



Deve ser recomendado pelo pediatra

14

Fórmulas Especiais

Leites Anti-Regurgitação A.R.

- Lactentes com refluxo gastroesofágico ou que regurgitem com muita frequência
- Leites com espessantes – atraso do esvaziamento gástrico e diminuição da regurgitação
- Espessantes: amido (batata, arroz, milho, tapioca) e farinha de alfarroba



Deve ser recomendado pelo pediatra

15

Fórmulas Especiais

Leites Sem Lactose ou com Baixo teor de Lactose

- Recomendada em casos de déficit primário em lactase e de galactosemia
- Lactose substituída por dextrinomaltose, polímeros de glicose ou galactose - baixa osmolaridade e uma boa digestão e absorção



Deve ser recomendado pelo pediatra

16

Fórmulas com Especificações Funcionais



Saciedade

Adição de espessante - amido de milho

Prevalência da caseína e triglicerídeos de cadeia longa

Anti-Obstipante

Lactose como único HC ou adicionada de maltodextrina

Podem conter magnésio



19

Fórmulas com Especificações Funcionais



Digestão Fácil

Hidrólise parcial das proteínas do soro

Algumas das fórmulas apresentam redução de lactose ou substituição da mesma

Adição de GOS

20



Diversificação Alimentar

- A partir dos 4 ou 6 meses – varia entre culturas
- Deve ser feita por fases, respeitando o desenvolvimento morfológico do bebé

21

Consequências

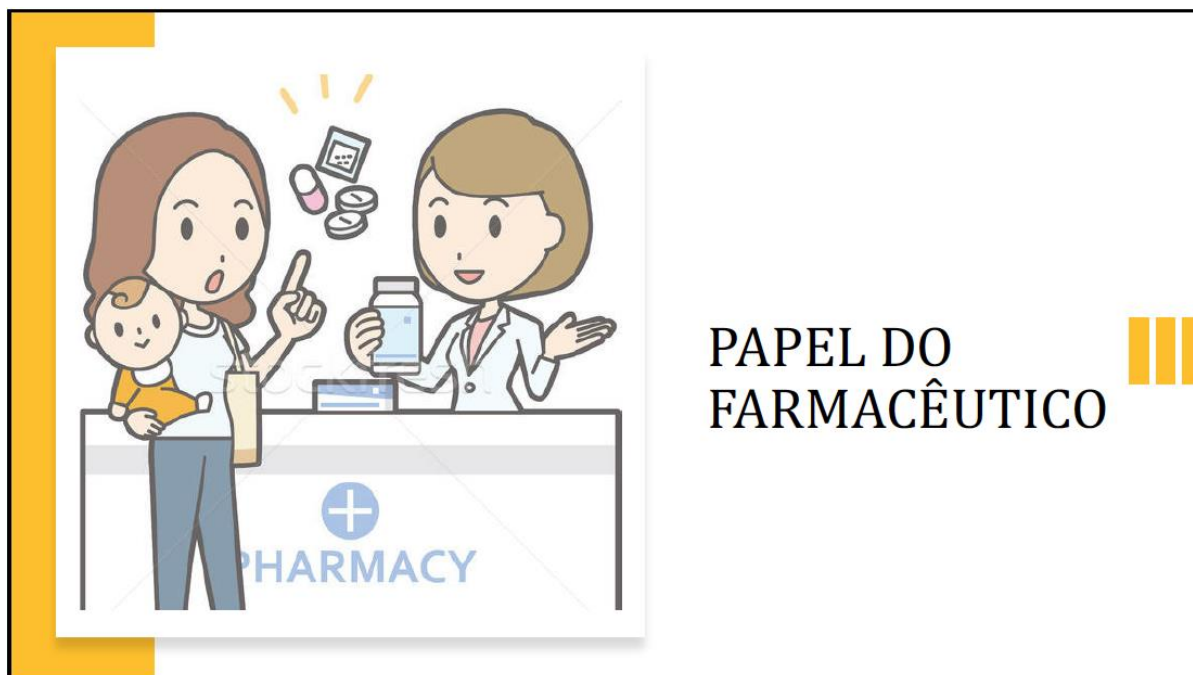
Introdução precoce

- Risco aumentado de aspiração e complicações respiratória
- Risco aumentado dermatite atópica se a introdução ocorrer antes dos 4 meses, alergia alimentar
- Interferência na produção de leite materno e na biodisponibilidade dos macro e micronutrientes
- Aumento do risco infeccioso a nível gastrointestinal e de hipernatrémia
- Suprimento proteico e energético que podem levar ao excesso de peso ou obesidade no 1º ano de vida
- Sacarose – cariogénica
- Fitatos - interferem na absorção de cobre, ferro e zinco

Introdução tardia

- Aporte energético insuficiente
- Maior risco de carência de zinco e ferro
- Crescimento e desenvolvimento comprometidos, podendo haver falhas na aquisição e desenvolvimento de capacidades motoras (como mastigar e coordenar a deglutição) e treino de texturas e paladares diferentes

22



23



24

Nas Fórmulas Infantis e Diversificação Alimentar

- Conhecer os constituintes dos leites presentes no mercado
- Auxiliar no aconselhamento do leite (dentro do possível)
- Detetar possíveis erros de prescrição do leite
- Estar apto para elucidar os pais de qualquer dúvida quanto à FI
- Chamar atenção dos pais sobre as consequências da diversificação alimentar desadequada, abordando-os sobre as possíveis consequências para o futuro do bebé



25

OBRIGADA PELA VOSSA
ATENÇÃO



26

Anexo IX – Guia auxiliar de aconselhamento de Fórmulas Infantis.



FARMÁCIA

ÁGUA DE PAU

A SUA SAÚDE, SEMPRE!

FÓRMULAS

INFANTIS











Guia auxiliar de aconselhamento

Índice

Introdução

Fórmulas Standard

Leites para Lactentes – Leites 1

Leites de Transição – Leites 2

Leites de Crescimento

Fórmulas Especiais

Fórmulas com Especificações Funcionais

Referências Bibliográficas

3

5

5

7

9

11

14

16

2

81

Introdução

De acordo com a OMS, o aleitamento materno exclusivo consiste na ingestão unicamente de leite materno, excluindo qualquer outro líquido ou sólido, salvo exceção de gotas/xaropes de suplementos minerais, vitaminas ou fármacos, e este deve ser o único alimento até aos 6 meses.

Para bebés onde não é possível a amamentação total ou em que é necessária a sua adição, foram desenvolvidas fórmulas infantis, a partir do leite de vaca tendo por base a constituição do leite materno, de modo a colmatar as necessidades nutricionais, otimizar o crescimento e desenvolver a saúde do bebé.

Existem três tipos de fórmulas infantis:

- **Standard:** a que mais se aproxima do leite materno. É recomendada a crianças sem história familiar de atopia e saudáveis;
- **Especiais:** devem apenas ser prescritos pelo médico com indicação terapêutica bem definida (fórmulas com proteína parcialmente ou extensamente hidrolisada, anti-refluxo, para prematuros);
- **Especificações funcionais:** têm na sua composição algum tipo de adição de modo a criar esta particularidade funcional (anti-obstipação, anti-diarreia, anti-cólica, conforto, saciedade).

Neste pequeno guia, podem encontrar as fórmulas infantis que se encontram na farmácia e as funcionalidades de cada uma. Abaixo estão os ingredientes presentes na sua constituição e as suas funções.

Seroproteínas: promove os esvaziamento gástrico e é resistente à precipitação provocada pelo ácido do estômago.

α -lactalbumina: rica em triptofano (o precursor de melatonina e serotonina) e cisteína (componente de glutatão e precursora da taurina).

Lactose: promove a digestão do lactente e a absorção de cálcio. Também tem efeito pré-biótico.

3

HM-O: oligossacarídeos de origem materna. Fortalecem o sistema imunitário atuando como pré-bióticos para o crescimento de bactérias como *Bifidobacterium longum biovar infantis*, que estão envolvidas na expressão de enzimas metabolizadoras dos oligossacarídeos e conferem proteção contra alergias e infeções. Também possuem anti-infeccioso dos oligossacarídeos passa pelo impedimento da adesão e penetração de bactérias no intestino. As fezes líquidas dos lactentes devem-se ao facto destes nutrientes serem uma fibra líquida, o que diminui por sua vez o risco de obstipação.

LC-PUFAs: ácidos gordos polinsaturados de cadeia longa. Pertencem às famílias ómega-3 e ómega-6. O ácido araquidónico (ARA) é um mediador dos processos inflamatórios fisiológicos, sendo crucial para mecanismos de defesa. Os ácidos eicosapentaenóico (EPA) e docosahexaenóico (DHA) fazem parte da constituição das membranas celulares do sistema nervoso central e da retina, atuando assim no neurodesenvolvimento e acuidade visual.

FOS: fruto-oligossacarídeos. Pré-bióticos para estimular a microbiota intestinal.

GOS: galacto-oligossacarídeos. Pré-bióticos para estimular a microbiota intestinal.

Pré-bióticos: apresentam efeitos benéficos na absorção de nutrientes, no desenvolvimento do sistema imunitário intestinal e sistémico e também promove a tolerância da mucosa.

Nucleótidos: importantes em períodos de rápido crescimento, papel imunomodulador, capacidade de induzir maior biodisponibilidade de ferro, provocam modificação benéfica na flora intestinal, melhoraram o metabolismo das lipoproteínas e o aproveitamento metabólico dos LC-PUFAs.

4

Fórmulas Standard

Leites para Lactentes - Leites 1

Indicados dos 0 aos 6 meses, como substitutos ou complemento ao leite materno. Contudo, estas podem ser dadas também a bebés entre os 6 e os 12 meses, desde que fortificadas com ferro. No mercado português, todos os Leites 1 têm um valor de ferro superior ao valor mínimo recomendado (valores recomendados de ferro: 0,3 a 1,3 mg/100 Kcal), pelo que todos podem continuar a ser utilizados a partir dos 6 meses.



PronutraSM: uma mistura de GOS de cadeia curta e FOS de cadeia longa, na proporção de 9:1 e LC-PUFAS (AA e DHA)

100% Lactose

Tamanhos disponíveis:

- 400 gr
- 600 gr
- 800 gr



Adição de GOS

LipoMilk[®]: ARA, DHA e β-palmitato num teor semelhante ao existente no leite materno

Tamanhos disponíveis:

- 750 gr

5



OptiPro[®]: uma mistura única de proteína rica em α - lactalbumina

DHA

100% Lactose

HM-O

Tamanhos disponíveis:

- 800 gr



Enriquecido nucleótidos

GOS

LC-PUFAS: AA e DHA

Tamanhos disponíveis:

- 400 gr
- 800 gr



Enriquecido nucleótidos

GOS

LC-PUFAS: AA e DHA

BPL1 (*Bifidobacterium animalis* subsp. *lactis*)

Formatos disponíveis:

- 400 gr
- 800 gr

6

Leites de Transição - Leites 2

Indicados a partir dos 6 meses e em crianças dos 12 aos 36 meses, fazendo parte de uma dieta diversificada. A composição nutricional deste tipo de fórmula é praticamente igual à do Leite 1, apresentando diferenças no que diz respeito aos teores de cálcio, fósforo e ferro, que se encontram mais elevados. Estas diferenças em conjunto com o enriquecimento destas fórmulas em ácidos gordos essenciais fazem com que estas sejam recomendadas, pelo menos, até o bebé completar 1 ano.



PronutraSM, uma mistura de GOS de cadeia curta e FOS de cadeia longa, na proporção de 9:1 e LC-PUFAS (AA e DHA)

Tamanhos disponíveis:

- 400 gr
- 600 gr
- 800 gr



Adição de GOS

Cálcio e Fósforo 1:8

Hidratatos de carbono de absorção lenta

Tamanhos disponíveis:

- 750 gr

7



OptiPro[®], uma mistura única de proteína rica em α -lactalbumina

DHA

100% Lactose

HM-O

Tamanhos disponíveis:

- 800 gr

8

Leites de Crescimento



Indicado a partir dos 9 meses

Pronutra™: uma mistura de GOS de cadeia curta e FOS de cadeia longa, na proporção de 9:1 e LC-PUFAS (AA e DHA)

HM-O

Tamanhos disponíveis:

- 800 gr



Indicado a partir dos 12 meses

Vitamina A, D e Cálcio

Ómega 3

Tamanhos disponíveis:

- 650 gr



Indicado a partir dos 10 meses

OptiPro®: uma mistura única de proteína rica em α -lactalbumina

DHA

100% Lactose

HM-O

Tamanhos disponíveis:

- 800 gr

9



Indicado dos 12 aos 36 meses

Pronutra™: uma mistura de GOS de cadeia curta e FOS de cadeia longa, na proporção de 9:1 e LC-PUFAS (AA e DHA)

Vitamina D e Cálcio

Tamanhos disponíveis:

- 750 gr



OptiPro®: uma mistura única de proteína rica em α -lactalbumina

Ferro

Cálcio e Vitamina D

Tamanhos disponíveis:

- 800 gr

10

Fórmulas Especiais

Estes leites devem ser exclusivamente recomendados pelo médico, dado que apresentam indicações terapêuticas bem definidas. A designação "1", "2", "3" ou mais referem-se igualmente às idades indicadas nas fórmulas *standard*.



Reduz o risco de ocorrência de regurgitação bem como a sua severidade em lactentes.

Contém farinha de alfarroá - espessante que deixa o leite mais viscoso e facilita a digestão.

Hidrólise de caseína

Tamanhos disponíveis:
• 800 gr



Utilizada na doença do refluxo gastro-esofágico

Semente de alfarroá - espessante

Hidrólise de lactoproteína do soro

Tamanhos disponíveis:
• 400 gr



Utilizada na doença do refluxo gastro-esofágico

Semente de alfarroá - espessante

Hidrólise de lactoproteína do soro

Tamanhos disponíveis:
• 400 gr

11



Complexo único de espessantes- semente de alfarroá e amido

100% seroproteínas parcialmente hidrolisadas

Tamanhos disponíveis:
• 400 gr



Para bebés com alergias alimentares ou intolerâncias

Contém triglicéridos de cadeia média - facilitam a absorção no intestino lesado

Tamanhos disponíveis:
• 400 gr



Não é indicado para bebés com alergia às proteínas do leite de vaca

Indicado na redução do risco alérgico às proteínas do leite de vaca

SYNEO™: mistura de GOS/FOS e *Bifidobacterium breve* - probiótico

Tamanhos disponíveis:
• 800 gr

12

Fórmulas com Especificações Funcionais

De uma forma geral, são apresentados como fórmulas *standard*, às quais a indústria interfere nas proporções de macro e micronutrientes e na adição de substâncias opcionais, de modo a criar uma fórmula "funcional".



Lactoproteínas do soro parcialmente utilizadas para facilitar a digestão
Teor de lactose reduzido
Amido de batata e milho
Tamanhos disponíveis:
• 800gr



Hidrólise parcial de lactoproteínas do soro
Baixo teor de lactose
Adição de GOS
LipoMilk®: ARA, DHA e β -palmitato num teor semelhante ao existente no leite materno
Tamanhos disponíveis:
• 800 gr

14



Lactoproteínas do soro hidrolisadas
100% Lactose
Tamanhos disponíveis:
• 400 gr



OptiPro® HA: hidrólise parcial de proteínas
LC-PUFAs
Tamanhos disponíveis:
• 400 gr
• 700 gr
• 800gr



Ideal para recém-nascido atópico e na prevenção de dermatite atópica
100% seroproteínas parcialmente hidrolisadas
50% Lactose + 50% Maltodextrina
Tamanhos disponíveis:
• 400 gr
• 700 gr
• 800gr

13



Hidrolisado seletivo de seroproteínas, com α -lactalbumina íntacta

20% de Triglicérides de cadeia média

50% de Ácidos Gordos saturados na posição beta

50% Lactose

100% GOS

Tamanhos disponíveis:

- 800 gr



100% Lactose

Elevado teor em magnésio

Tamanhos disponíveis:

- 800 gr



Recomendada da prevenção da alergia, com componente anti-regurgitante e anti-cólica

100% ser proteínas parcialmente hidrolisadas

Teor de lactose reduzido

Maltodextrina

Amido- menor regurgitação e maior saciedade

Tamanhos disponíveis:

- 800 gr

15

Referências Bibliográficas

- [1] M. David, M. J. Miranda, *Alimentação saudável dos 0 aos 6 anos – Linhas de orientação para profissionais e educadores*. 2019.
- [2] A. Rêgo, Carla, Teles and A. Nazareth, Margarida, Guerra, "Leites e Fórmulas Infantis : a realidade PORTUGUESA," vol. 44, 2013.
- [3] Aptababy. *Aptamil 1- Leite para lactentes dos 0 aos 6 meses*. Disponível em: <https://www.aptababy.com.pt/leite-infantil/leite-para-lactentes-aptamil-1> [acedido a 1 de agosto de 2020].
- [4] Humana Portugal. *Milúna 1 Probalance*. Disponível em: <https://humana.pt/produtos/milúna-1-probalance/> [acedido a 1 de agosto de 2020].
- [5] Nestlé Bebê. *NAN OptiPro HM-O 1*. Disponível em: <https://www.nestlebebe.pt/produtos-e-marcas/leites-infantis-leites-de-crescimento/leites-infantis-para-lactentes/nan-1/> [acedido a 1 de agosto de 2020].
- [6] Nutribén. *Nutribén NATAL PRO-a*. Disponível em: <https://nutriben.pt/produto/natal-pro-alla/> [acedido a 1 de agosto de 2020].
- [7] Nutribén. *Nutribén INNOVA 1*. Disponível em: <https://nutriben.pt/produto/innova-1/> [acedido a 1 de agosto de 2020].
- [8] Aptababy. *Aptamil 2*. Disponível em: <https://inovacao.aptababy.com.pt/pt/leite-infantil-para-bebes-dos-6-aos-12-meses-aptamil-2> [acedido a 1 de agosto de 2020].
- [9] Humana Portugal. *Milúna 2 Probalance*. Disponível em: <https://humana.pt/produtos/milúna-2-probalance/> [acedido a 1 de agosto de 2020].
- [10] Nestlé Bebê. *NAN OptiPro HM-O 2*. Disponível em: <https://www.nestlebebe.pt/produtos-e-marcas/leites-infantis-e-leites-de-crescimento/leites-infantis-de-transicao/nan-2/> [acedido a 1 de agosto de 2020].
- [11] Aptababy. *Aptamil 3*. Disponível em: <https://inovacao.aptababy.com.pt/pt/leite-infantil-para-bebes-dos-6-aos-12-meses-aptamil-3> [acedido a 1 de agosto de 2020].
- [12] Humana Portugal. *Milúna 3 Probalance*. Disponível em: <https://humana.pt/produtos/milúna-3-probalance/> [acedido a 1 de agosto de 2020].
- [13] Nestlé Bebê. *NAN OptiPro HM-O 3*. Disponível em: <https://www.nestlebebe.pt/produtos-e-marcas/leites-infantis-e-leites-de-crescimento/leites-infantis-de-transicao/nan-3/> [acedido a 1 de agosto de 2020].
- [14] Aptababy. *Aptamil 4*. Disponível em: <https://inovacao.aptababy.com.pt/pt/leite-infantil-para-bebes-com-mais-de-1-ano-aptamil-4> [acedido a 1 de agosto de 2020].

16

- [15] Nestlé Bebê. *NAN OptiPro HM-O 4*. Disponível em: <https://www.nestlebebe.pt/produtos-e-marcas/leites-infantis-e-leites-de-crescimento/leites-de-crescimento/nan-4> [acedido a 1 de agosto de 2020].
- [16] Aptababy. *Aptamil AR 1*. Disponível em: <https://www.aptababy.com.pt/leite-infantil/regurgitacao-aptamil-ar-1> [acedido a 3 de agosto de 2020].
- [17] Humana Portugal. *Miltna AR*. Disponível em: <https://humana.pt/produtos/miltna-ar/> [acedido a 1 de agosto de 2020].
- [18] Nestlé Bebê. *NAN A.R*. Disponível em: <https://www.nestlebebe.pt/produtos-e-marcas/leites-infantis-e-leites-de-crescimento/leites-especiais/nan-ar> [acedido a 1 de agosto de 2020].
- [19] Novalac. *Novalac AR Digest*. Disponível em: <https://www.novalac.pt/pt/ovalacardigest?menu=2&menu=2> [acedido a 1 de agosto de 2020].
- [20] Aptababy. *Aptamil Pepti Junior*. Disponível em: <https://www.aptababy.com.pt/leite-infantil/alergia-alimentar-bebe-aptamil-pepti-junior> [acedido a 3 de agosto de 2020].
- [21] Aptababy. *Aptamil Prosyneo HA*. Disponível em: <https://inovacao.aptababy.com.pt/pt/leite-infantil-para-bebes-ate-aos-6-meses/aptamil-prosyneo-ha-1> [acedido a 3 de agosto de 2020].
- [22] Humana Portugal. *Miltna HA*. Disponível em: <https://humana.pt/produtos/miltna-ha/> [acedido a 1 de agosto de 2020].
- [23] Nestlé Bebê. *NAN SUPREME HA*. Disponível em: <https://www.nestlebebe.pt/produtos-e-marcas/leites-infantis-e-leites-de-crescimento/leites-infantis-para-lactentes/nan-ha-1> [acedido a 1 de agosto de 2020].
- [24] Nutribén. *Nutribén NATAL HA*. Disponível em: <https://nutriben.pt/produto/natal-ha/> [acedido a 1 de agosto de 2020].
- [25] Aptababy. *Aptamil Confort 1*. Disponível em: <https://www.aptababy.com.pt/leite-infantil/colicas-bebes-aptamil-confort-1> [acedido a 3 de agosto de 2020].
- [26] Humana Portugal. *Miltna AC Digest*. Disponível em: <https://humana.pt/produtos/miltna-digest/> [acedido a 1 de agosto de 2020].
- [27] Nutribén. *Nutribén CONFORT*. <https://nutriben.pt/produto/confort/> [acedido a 1 de agosto de 2020].
- [28] Novalac. *Novalac HA Confort*. Disponível em: <https://www.novalac.pt/pt/ovalacha2?menu=2&menu=2> [acedido a 1 de agosto de 2020].



Sabia que ao amamentar o seu bebé pode protegê-lo para o resto da vida?



A Organização Mundial de Saúde recomenda a amamentação exclusiva até aos 6 meses, dado que o leite materno garante todas as necessidades do lactente.

O leite materno, para além de nutrir o bebé, também funciona como agente antimicrobiano, imunomodulador (atua na resposta imunitária), auxilia no desenvolvimento intestinal, de órgãos e sistemas (como o sistema nervoso central).

Abaixo, encontram-se alguns **benefícios** do leite materno:

- ✓ Proteção da mortalidade infantil
- ✓ Proteção de diarreia aguda
- ✓ Proteção de infeções respiratórias e otites até aos 2 anos
- ✓ Diminuição do aparecimento de asma
- ✓ Diminuição do aparecimento de maloclusão dentária
- ✓ Maior nível de inteligência
- ✓ Melhoria do desempenho motor
- ✓ Proteção contra rinite alérgica até aos 5 anos
- ✓ Efeito protetor da diabetes e obesidade
- ✓ Proteção contra leucemia e elevação da pressão arterial

Qualquer dúvida ou dificuldade, aconselhe-se na sua farmácia.

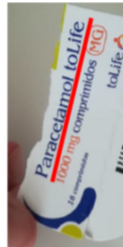
Anexo XI – Folha de Identificação da Medicação



Caro Utente,
De modo a tornar o nosso atendimento mais rápido e eficaz para todos, pedimos que da próxima vez que se dirigir à farmácia traga este folheto indicando o nome completo dos medicamentos que precisa ou pode colar um pedaço da caixa, como se encontra abaixo na nossa sugestão.
Caso tenha as receitas no seu telemóvel, preencha também os campos que se encontram no verso deste folheto.
Entregue-nos este papel quando chegar à farmácia.

Nome completo do medicamento OU Cole um pedaço da caixa do medicamento

Traga-nos esta parte da caixa dos medicamentos que pretende, colada na tabela:



Número da receita: _____
Código de dispensa: _____
Código direito de opção: _____

Número da receita: _____
Código de dispensa: _____
Código direito de opção: _____

Número da receita: _____
Código de dispensa: _____
Código direito de opção: _____

Número da receita: _____
Código de dispensa: _____
Código direito de opção: _____

Número da receita: _____
Código de dispensa: _____
Código direito de opção: _____

Número da receita: _____
Código de dispensa: _____
Código direito de opção: _____

Número da receita: _____
Código de dispensa: _____
Código direito de opção: _____

Número da receita: _____
Código de dispensa: _____
Código direito de opção: _____

Número da receita: _____
Código de dispensa: _____
Código direito de opção: _____

Reutilize este folheto sempre que possível,
Obrigada.

Porque nos devemos proteger do sol?



Maria João Pereira
Farmacêutica Estagiária
Farmácia Mântua

Desde os primórdios da história da humanidade que a proteção da pele era um cuidado necessário de modo a prevenir queimaduras solares, não através da aplicação de substâncias mas sim do uso de roupa escura a cobrir o corpo e uso de chapéus ou até mesmo pela não exposição ao sol. Hoje em dia, com o avanço da ciência e da tecnologia, temos acesso não só a informação sobre as consequências de uma exposi-

ção solar prolongada como a produtos capazes de atenuar a radiação solar que chega até nós – os protetores solares. Os protetores solares são substâncias de aplicação cutânea que possuem a capacidade de nos proteger da radiação solar, reduzindo a quantidade de radiação que é absorvida pela pele. Atualmente, encontram-se disponíveis em diferentes apresentações, tais como creme, loção, leite, gel, spray, óleo e stick. O modo de atuação de cada protetor solar depende do tipo de filtro solar que possuiu na sua constituição. Assim, existem dois tipos de filtros solares: os químicos e os físicos (ou minerais). Os filtros químicos, como os salicilatos e cinamatos, atuam por absorção, isto é, absorvem a radiação que incide na pele. Já os filtros físicos, como o dióxido de titânio e o óxido de zinco, são capazes de refletir ou dispersar a radiação incidente. A grande vantagem des-

tes últimos está no facto de apresentarem baixa penetração cutânea e grande estabilidade, sendo por isso muito usados em crianças. A eficácia de um protetor solar é definido pelo Fator de Proteção Solar (FPS). O FPS consiste na razão entre a quantidade de radiação necessária para que ocorra uma queimadura solar, com proteção solar e sem ela. Por exemplo, um protetor solar com FPS 50⁺ indica que estamos 50 vezes mais tempo protegidos das radiações solares com protetor do que sem ele. Contrariamente ao que se pensa, um FPS 50⁺ difere de um FPS 30⁺ pelo tempo de proteção e não pela capacidade de gerar um tom mais ou menos bronzeado. Mas então, o que tem a radiação solar de prejudicial para termos de nos proteger?

A radiação solar é constituída pela radiação ultravioleta (UV), radiação visível e radiação in-

fravermelha. Dentro destes três tipos, a radiação com mais efeitos prejudiciais para o nosso organismo é a radiação UV. A radiação UV é repartida em três tipos, A, B e C, em que esta última não tem capacidade de atravessar a atmosfera. A radiação UVA ultrapassa a atmosfera sem perder intensidade e atinge a derme, sendo responsável por causar danos a longo prazo, tal como hiperpigmentação, envelhecimento cutâneo e danos ao nível do nosso ADN. Este tipo de radiação é responsável pelo tom bronzeado rápido que adquirimos após a exposição solar. Por outro lado, radiação UVB perde intensidade ao atravessar a atmosfera e ao atingir a epiderme (camada mais superficial da pele). É esta radiação a responsável pela queimadura solar e pelo tom bronzeado adquirido umas horas após a exposição, dado que estimula a síntese de melanina (que dá cor à pele). Qualquer umas des-

tas radiações, UVA e UVB, após exposição crónica podem levar ao aparecimento de cancro na pele, alergia ao sol e enfraquecimento do sistema imunitário. Assim, um protetor ideal será aquele que na sua composição contenha filtros UVA e UVB, seja resistente à água e adequado a cada tipo de pele – quanto mais clara a pele, maior deverá ser o valor do FPS –, embora o ideal seja nunca usar protetores com FPS inferior a 30⁺.

O protetor solar deve ser aplicado durante todo o ano, sempre que saímos de casa, não só no verão. Isto porque as radiações solares estão presentes todo o ano, apesar de não as vermos. Não basta aplicar o protetor solar. É importante saber como e quando aplicá-lo, bem como ter em conta outros cuidados com a exposição solar. Aqui ficam algumas dicas sobre o uso do protetor solar e medidas a ter em conta relativamente à exposição ao sol:

- evitar a exposição entre as 11 e as 17 horas;
- aplicar o protetor solar 20 a 30 minutos antes de sair de casa e de 2 em 2 horas;
- a aplicação deverá ser feita em todas as zonas expostas ao sol;
- dar preferência a sombras sempre que possível;
- aumentar a exposição solar de forma lenta a gradual;
- usar chapéu, óculos de sol e roupa larga, escura de preferência;
- consumir frutas, legumes e água de modo a manter a pele saudável e hidratada;
- em crianças até aos 6 meses evitar a exposição direta ao sol;
- não esquecer a radiação refletida pelas superfícies;
- hidratar a pele com produtos adequados.

Todo o cuidado é pouco com a nossa pele e “mais vale prevenir do que remediar”, já dizia o ditado. Aconselhe-se junto da sua farmácia de modo a garantir a fotoproteção mais adequada à sua pele.

A sua saúde, sempre.

URIAGE
EAU THERMALE

Bariésun
CUIDADOS SOLARES PARA TODA A FAMÍLIA

1=2

NA COMPRA DE UM PROTETOR SOLAR OFERTA DA 2ª UNIDADE*

*LIMITADO AO STOCK EXISTENTE. VÁLIDO APENAS PARA UM ATO DE COMPRA, EM PRODUTOS URIAGE BARIÉSUN. NÃO INCLUI STICKS E PROMOIONAIS

URIAGE.COM

URIAGE. ÁGUA THERMAL DOS ALPES FRANÇAISES

Promoção em vigor de 1 de julho a 15 de julho

farmácia mântua
FARMÁCIA

FARMÁCIA
ÁGUA DE PAU
FARMÁCIA

farmácia
são bento
FARMÁCIA

Graciosa
FARMÁCIA

AUXILIAR DE ACONSELHAMENTO E VALIDADES até 02-2021

Classe/Patologia	Produtos	Observações	Validade
Dor, gripe e constipações	Paramolan-C		11-2020
Tosse e garganta irritada	Bequisan xarope		10-2020
Tosse seca	Levotuss comprimidos		02-2021
Mucolítico	Mucoral 400 cápsulas		12-2020
Dor de garganta	Streptfen Laranja sem açúcar 16 pastilhas		02-2021
	Streptfen Laranja sem açúcar 24 pastilhas		12-2020
	Strepsils Morango sem açúcar 24 pastilhas		02-2021
Descongestionante	Suprapacth Patch Descongestionante		12-2020
	Mustella Bebe Cuid Spray Higiene Nasal		01-2021
	Mustella Bebe Duo Spay Cong Nasal c/oferta 2ª embalagem		01-2021
	Mustella Bebe Duo Spay Hig Nasal c/oferta 2ª embalagem		01-2021
	Vicks Babyrub Pom Hidra Calm 50 g		02-2021
Antidiarreicos	Lactoflora Intest Júnior Sol Unidose	A partir dos 6 meses	01-2021
	Megaflora Tecnilor	Simbiótico, ajuda a regular o intestino	01-2021
	Lactogermin Penta	Simbiótico, sabor a pêra; Crianças e adultos	02-2021
Contusões, fadiga muscular, inflamação muscular	Fenil-V	Anti-inflamatório	12-2020
	Urgo Emplastro Eletroterapia+Rec X2		12-2020
	Urgo Recarga de emplastro		12-2020
Osteoartrose	Glucosamina Glusina	Dor e limitação da função	10-2020

Classe/Patologia	Produtos	Observações	Validade
Hemorragias e Feridas	Bloxang Pomada Hemostática	Hemorragias	11-2020
	Urgo Penso Spray 40 ml	Protege e promove a cicatrização de feridas superficiais, escoriações e arranhões	11-2020
	Urgo penso Bolhas Gel Calcanhar X5		02-2021
Pernas cansadas	Antistax350 mg x 30 comp		02-2021
Higiene Capilar	Ducray Extra Doux Ch Uso Freq 100 ml	50% desconto	10-2020
	Ducray Sensinol Ch Fisioprot 200 ml	50% desconto	10-2020
	Klorane Capilar Spray Amendoa 200 ml	Volume e Suavidade	10-2020
	Klorane Capilar Lt Amendoa 200 ml	Volume e Suavidade	10-2020
	Klorane Capilar Masc Magnolia 150 ml	Luminosidade e Brilho Intenso	10-2020
	Klorane Capilar Spray Fibra Linho 125 ml	Volume e Textura	10-2020
Buco-dentários	Elgydium Gel Dent Tutti Fruti 50 ml + Escova Dentes Idade Gelo	7-12 anos	12-2020
	Elgydium Gel Dent Phyto 75 ml	Homeopático, , previne cáries e placa	12-2020
	Cb12 Sol Oral Mentol Halut 250 ml	Mau hálito	01-2021
	Paradontax Extra Colut 300 ml	Irritação das gengivas, sem alcool	01-2021
	Krukident Pro Comp Cr Classico Protese	Cross-selling com Corega Toalhitas	01-2021
	Corega Toalhitas Limpeza Protese	Cross-selling c/pastas p/próteses	11-2020
	Elgydium Clinic Xeros Spray Boca Seca 70 ml		11-2020
	Zymafluor gotas	Prevenção de cáries, também em crianças	01-2021
	Urgo Aftas Spray 15 ml		02-2021
Higiene	Alvita soro fisiológico 30 ml		11-2020
	Alvita Lig Cambric 5x5		01-2021

Classe/Patologia	Produtos	Observações	Validade
Menopausa	Menotril cápsulas		11-2020
Leites/Papas	Miltina Digest Lt Lact Colicas 800 gr		12-2020
	Miltina 1		12-2020
	Miltina 2		02-2021
	Aptamil Junior 4 Lt Crescimento		01-2021
	Aptamil AR 2 800 gr		01-2021
	NAN AR 800 mg		12-2020
	NAN Optipro 1 Lt Lact 700 gr		01-2021
	NAN Supreme HA 2 Lt Transição 800 gr		10-2020
	NAN 2 Lt Transição 800 gr		11-2020
	NAN Confort 2 800 gr		02-2021
	Novalac HA Confort Lt Lact 800 gr		01-2021
	Nutriben Inova 1 Lt Lact 800 gr		11-2020
	Nutriben Natal HA Lt Lact Hipoalergénico		12-2020
	Nutriben AR Pro-Alfa 800 gr		02-2021
	Nutriben Natal Pro-Alfa		02-2021
	Nutriben Farinha Láctea Frutas 600 gr		12-2020

Classe/Patologia	Produtos	Observações	Validade
Higiene no Bebê/Criança	Uriáge Bebê 1º Ch	50% desconto	10-2020
	Abcderma Champô		11-2020
	Corine Farme Gel Duche 2 em 1 StarWars	A partir dos 3 anos	01-2021
	Aveeno baby Duo Loç Hidratante 2x150		01-2021
	Uriáge Bebê 1º Eau c/oferta de brinde	50% desconto	10-2020
	Aveeno baby creme barreira 2x100	Aconselhar na muda de fralda	01-2021
	Mustella Bebê Necessary Muda Fralda Taupe		01-2021
	Mustella Bebê Must Eau Soin s/álcool		01-2021
	Mustella Bebê Mala Maternidade Rosa		11-2020
	Uriáge Bebê Mala Maternidade		12-2020
	Akileine Kids Creme antitranspirante		11-2020
Solares	Uriage Bariésun Crème SPF50	50% desconto	10-2020
	LRP Anthelios XL Confort Lt s/perf SPF 30 100 ml c/Preço Especial		01-2021
	Photoderm Bioderma Nude Touch SPF50 40 ml	Peles acneicas ou com tendência oleosa	01-2021
	Photoderm Bioderma Max SPF 50 Cr cor 40 ml		02-2021
Antitabaco	Niquitin Menta 4 mg x 60 comp		12-2020
	Champix 1 mg		10-2020
Contracetivos	Control Finíssimo Preservativo XL		10-2020
	Ellaone – até 5 dias		11-2020

Classe/Patologia	Produtos	Observações	Validade
Higiene íntima	Blissel gel vaginal	Indicado na secura vaginal	01-2021
	Saugella Ativa Toalhitas		11-2020
Cosmética	LRP Água Termal 150 ml		12-2020
	Vichy Aqualia Cr Lig P Normal 30 ml	Hidratante	12-2020
	Vichy Aqualia Cr rico 30 ml	Pele seca	02-2021
	Neutrogena Visibl Clear Gel Limp Diária	Para peles acneicas	01-2021
	Neutrogena Visibl Clear Hidratação s/óleo	Para peles acneicas	01-2021
	Vichy Slow Age Cr Diario FP 25 50 ml	1ª rugas, pele seca	02-2021
	Vichy Slow Age Cr Masc Noite 50 ml	Antienvelhecimento, reoxigena e regenera a pele durante a noite	11-2020
	Uriage Age Protect Cr Multi ações 40 ml	Anti-rugas	02-2021
	Vichy Teint Ideal O Roll On Corret Univ	Corretor de olhos	01-2021
	Vichy Ideal Body Fluido 200 ml		01-2021
Vitaminas e Suplementos	Centrum Select 50+ 90 comps		02-2021
	Fresubin Frutos Silvestres		12-2020
	Morepa Platinum Smart Fats	Ajuda a controlar a ansiedade, apatia e tristeza, enquanto revitaliza e proporciona bem-estar	01-2021
	Viterra Junior Comp Mast Laranja x 30	Criança	01-2021
	Vitroclar x 30 comps	Renova e protege os tecidos conjuntivos do organismo que podem alterar-se com o envelhecimento ou em situações particulares	10-2020
Emagrecimento	Depuralina Bomb Effect		11-2020

NOVAS ENTRADAS			



RELATÓRIO DE ESTÁGIO

2019 - 2020

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



RELATÓRIO DE ESTÁGIO

REALIZADO NO ÂMBITO DO MESTRADO INTEGRADO
EM CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS

Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada, E.P.E

Maria João Diogo Pereira

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

Relatório de Estágio Profissionalizante

Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada, E.P.E

1 a 13 de março e 1 a 30 de setembro de 2020

Maria João Diogo Pereira

Orientadora:

Dra. Ana Catarina Rodrigues

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 auto-plágio constitui um ilícito académico.

Faculdade de Farmácia da Universidade do Porto, 29 de outubro de 2020.

Maria João Diogo Pereira

Agradecimentos

Há 5 anos atrás fui em busca daquilo que queria (e quero) ser para o resto da minha vida – ser farmacêutica, ajudar o próximo. Inscrevi-me no Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas sem saber bem o que me esperava e, hoje, posso dizer que foi uma surpresa. Foram vários os desafios, as derrotas, as conquistas, muitas alegrias e tristezas, muito sentimento de incapacidade que hoje se demonstra ter sido só um medo, pois eu consegui. Passados 5 anos, estou aqui para agradecer a todos aqueles que me acompanharam ao longo do percurso, que tornaram tudo isso possível.

Em primeiro lugar, gostaria de agradecer a todos os professores da Faculdade de Farmácia da Universidade do Porto e da Universidade dos Açores – Polo de Angra do Heroísmo com os quais tive o prazer de me cruzar, por me transmitirem o vosso conhecimento e experiências enriquecedoras.

À Comissão Orientadora de Estágios da Faculdade de Farmácia da Universidade do Porto por tornar o meu estágio curricular possível, e à minha tutora, Professora Doutora Helena Vasconcelos, por toda a disponibilidade e ajuda ao longo do estágio, o meu muito obrigada.

A todos os membros dos Serviços Farmacêuticos do Hospital Divino Espírito Santo de Ponta Delgada, um enorme obrigada por me terem recebido tão bem e por todos os ensinamentos, experiências e conhecimentos transmitidos.

Um especial agradecimento à minha orientadora, Dra. Ana Catarina Rodrigues, por toda a amabilidade, simpatia, carinho e paciência demonstrada ao longo do estágio e por me ter integrado da melhor maneira em todas as atividades.

Um agradecimento sem medida aos meus pais e aos meus avós, pelo apoio, preocupação, carinho e, essencialmente, por tornarem esse sonho possível.

Às Marianas, as minhas companheiras, obrigada por todo o apoio, companheirismo, apontamentos e cafés matinais.

À minha família do coração, que tanto me apoiou nestes últimos tempos quando tudo parecia perdido e que me faz querer ser uma farmacêutica melhor todos os dias, muito obrigada.

Por fim, mas não menos importante, ao Ivo. Pelo apoio incondicional. Pelo carinho. Pela paciência. Por nunca me ter deixado desistir e por me dar sempre a mão. Obrigada não é suficiente.

O meu sincero **obrigada** a todos.

Resumo

O Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas culmina com o estágio curricular, onde se inicia o verdadeiro contacto com a futura profissão. Escolhi dividir o meu estágio curricular em duas áreas, Farmácia Comunitária e Farmácia Hospitalar, de modo a poder conhecer um pouco de cada uma destas.

O presente relatório aborda as diferentes áreas de funcionamento dos Serviços Farmacêuticos do Hospital Divino Espírito Santo de Ponta Delgada, onde realizei o meu estágio hospitalar, de 1 a 13 de março e de 1 a 30 de setembro.

Ao longo do relatório, relato as minhas experiências nas diferentes áreas de trabalho e atividades em que participei. O estágio hospitalar permitiu-me ter contacto com todas as áreas da Farmácia Hospitalar, desde a Gestão, os diferentes regimes de Distribuição de Medicamentos no Hospital, a Farmacotecnia estéril e não estéril, os Ensaios Clínicos, as Comissões Técnicas Hospitalares e os Cuidados Farmacêuticos. Ao passar pelas diferentes áreas, tive a oportunidade de contactar com os procedimentos específicos de cada uma e ainda com a legislação referente a cada serviço.

O estágio em Farmácia Hospitalar foi uma experiência muito positiva, que me despertou muita curiosidade pela área.

Índice

Agradecimentos.....	III
Resumo.....	IV
Lista de Abreviaturas	VII
Índice de Figuras	VIII
Índice de Anexos	VIII
DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NO ESTÁGIO.....	1
1. Introdução.....	1
2. Caracterização e organização do serviço	1
2.1. Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada	1
2.2. Serviços Farmacêuticos do HDESPD, E.P.E.	2
2.2.1. Localização e horário de funcionamento	3
2.2.2. Recursos humanos.....	3
2.2.3. Organização do espaço físico	3
2.2.4. Sistema informático.....	3
3. Gestão dos medicamentos, produtos farmacêuticos e dispositivos médicos	4
3.1. Seleção e aquisição.....	4
3.2. Receção, conferência e armazenamento dos produtos adquiridos	5
3.3. Controlo dos prazos de validade	6
4. Sistemas de distribuição de medicamento.....	7
4.1. Distribuição de medicamentos em regime de Ambulatório	7
4.2. Distribuição Individualizada Diária em Dose Unitária	9
4.3. Distribuição Tradicional.....	10
4.3.1. Reposição de stocks nivelados	11
4.3.2. Medicamentos sujeitos a legislação especial	11
5. Farmacotecnia	12
5.1. Preparações estéreis.....	13
5.1.1. Preparação de medicamentos citotóxicos.....	13

5.1.2. Preparação de medicamentos não citotóxicos	15
5.2. Preparações não estéreis	15
5.2.1. Fórmulas Magistrais, Preparados Oficiais e Papéis Medicamentosos	15
5.2.2. Reembalagem de comprimidos e cápsulas	16
6. Farmacovigilância	16
7. Farmácia Clínica	16
7.1. Reconciliação Terapêutica	17
8. Ensaios Clínicos	18
9. Comissões Técnicas Hospitalares	18
10. Qualidade e Gestão do Erro do Medicamento	20
11. Atividades complementares	20
12. Considerações Finais	21
13. Referências Bibliográficas	22
Anexos.....	25

Lista de Abreviaturas

AT	Assistentes Técnicos
AO	Assistentes Operacionais
CA	Conselho de Administração
CFT	Comissão de Farmácia Terapêutica
E.P.E.	Entidade Pública Empresarial
FH	Farmacêutico Hospitalar
FHNM	Formulário Hospitalar Nacional de Medicamentos
HDESPD	Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada
INFARMED	Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I. P.
PPCIRA	Programa de Prevenção e Controle da Infecção e Resistência aos Antimicrobianos
PU	Processo Único
PV	Prazo de Validade
SI	Sistema Informático
SF	Serviços Farmacêuticos
TSDT	Técnicos Superiores de Diagnóstico e Terapêutica
UPC	Unidade de Preparação de Citostáticos

Índice de Figuras

Figura 1: Sistemas de distribuição de medicamentos existentes no HDESPD, E.P.E.

Índice de Anexos

Anexo I: Plano de Integração nos SF do HDESPD, E.P.E.

Anexo II: Organização do espaço físico dos Serviços Farmacêuticos do HDESPD, E.P.E.

Anexo III: Tabela com as patologias crônicas e respetiva legislação, em que a medicação é dispensada gratuitamente em regime de ambulatório.

DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NO ESTÁGIO

1. Introdução

O estágio nos Serviços Farmacêuticos (SF) do Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada (HDESPD) decorreu de 2 a 13 de março de 2020 e de 1 a 30 de setembro, com duração de 1 mês e meio. O intervalo entre o estágio ocorreu devido à pandemia causada pela COVID-19. Cumpri horário das 8h às 15h, de segunda à sexta, em jornada contínua, perfazendo 35 horas semanais.

No primeiro dia de estágio, a Dra. Ana Cristina Castanha, diretora dos SF, apresentou-me todas as áreas e colaboradores dos serviços através de uma pequena visita guiada. Neste mesmo dia, foi-me apresentada a minha orientadora, Dra. Ana Catarina Rodrigues. Ainda neste dia, fiquei a conhecer alguma da documentação utilizada no apoio aos SF, nomeadamente o Manual de Integração do HDESPD, o Manual de Integração dos SF e os procedimentos padronizados de cada serviço. Através da leitura dos manuais e procedimentos obtive, de modo geral, uma ideia da organização do hospital, a sua missão e os seus valores. Relativamente aos SF, também foi possível compreender a sua organização, políticas e os objetivos de cada serviço bem como as especificidades de cada um destes.

O planeamento da minha passagem pelos SF encontra-se exposto no **Anexo I** e está organizado pelas áreas e respetivo tempo que lá permaneci durante o estágio bem como pelos farmacêuticos que nele me acompanharam.

Para além disso, estava instituído a realização de um trabalho de pesquisa, tradição sempre cumprida pelos estagiários que passem pelos SF do HDESPD. No entanto, a sua realização foi suspensa dado que estamos a atravessar por uma altura de incerteza. Assim, ficou decidido que o tempo integral do estágio seria dedicado exclusivamente à integração nas diferentes áreas da Farmácia Hospitalar. O tema inicialmente pensado consistia na abordagem do uso de canabinóides em doentes dos Cuidados Paliativos. No trabalho, iria abordar as principais diferenças entre os canabinóides aprovados em Portugal e os suplementos existentes, dado que muitos doentes dos Cuidados Paliativos aderem a este tipo de suplementação.

2. Caracterização e organização do serviço

2.1. Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada

O início da atividade do Hospital remonta ao fim do século XVI, num antigo convento, situado no centro da cidade de Ponta Delgada. Este foi dirigido pela Irmandade da Santa Casa da Misericórdia de Ponta Delgada até 1975, data em que se tornou nacionalizado. Em 1976, a gestão da unidade hospitalar foi transferida para a competência do Governo da Região Autónoma dos Açores. Em abril de 1986, foi nomeado um grupo coordenador do projeto de construção do novo Hospital de Ponta Delgada, já que não era aconselhável a restauração das instalações existentes. Os primeiros serviços foram transferidos para as novas instalações em 1997 e a transferência definitiva deu-se a 25 de outubro de 1999, passando a denominar-se Hospital do Divino Espírito Santo. Tanto o nome como a localização do Hospital

permaneceram os mesmos desde então. A 1 de janeiro de 2007, o HDESPD passou a ser uma entidade pública empresarial (E.P.E.), na qual o regime jurídico se encontra regulado no Decreto-Lei n.º 558/99^[1], adaptado à Região Autónoma dos Açores pelo Decreto Legislativo Regional 7/2008/A^[2].

Em 2007, o HDESPD, E.P.E. foi acreditado pela primeira vez, pela entidade *Health Quality Service*, tendo sofrido depois uma reacreditação pela *Caspe Healthcare Knowledge Systeme*. Este processo permitiu melhorar não só a organização, cultura e os serviços prestados à comunidade bem como as condições de trabalho dos colaboradores do Hospital, garantindo uma melhor qualidade e segurança de todos^[3,4].

O HDESPD, E.P.E. integra-se no Sistema Regional de Saúde como uma unidade prestadora de cuidados de saúde diferenciados aos utentes das ilhas de São Miguel e de Santa Maria, sendo ainda responsável pela cobertura integral do Arquipélago no que respeita a algumas valências. O Hospital encontra-se organizado em dois grandes blocos, o Norte e o Sul, e tem cinco pisos. Este presta serviços de internamento médicos e cirúrgicos e de atividade assistencial de ambulatório que reúne a consulta externa, hospitais de dia, exames complementares de diagnóstico e terapêutica, cirurgia e reabilitação.

Como unidade de prestação de cuidados de saúde, o HDESPD, E.P.E. tem a responsabilidade de efetuar diagnósticos, tratamentos e reabilitação dos doentes, assim como dar apoio e articular a sua atividade com os cuidados primários de saúde, com os hospitais da Região e com os hospitais centrais do Serviço Nacional de Saúde.

Os SF incluem-se nos serviços de apoio clínico do HDESPD, E.P.E.

2.2. Serviços Farmacêuticos do HDESPD, E.P.E.

De acordo com o Decreto-Lei nº 44 204, de 2 de fevereiro de 1962, os SF são estruturas com autonomia científica e técnica responsável tanto por assegurar a terapêutica medicamentosa dos doentes como garantir a qualidade, segurança e eficácia dos medicamentos. Para além disso, os SF integram as equipas de cuidados de saúde e promovem ação de investigação científica e de ensino^[5,6].

É da competência dos SF a gestão de medicamentos e de outros produtos farmacêuticos, bem como a implementação e monitorização da política de medicamentos que se encontra definida no Formulário Hospitalar Nacional de Medicamentos (FHNM) e pela Comissão de Farmácia Terapêutica (CFT)^[6]. O diretor dos SF tem de ser, obrigatoriamente, um farmacêutico hospitalar (FH)^[6].

Os SF têm como principais funções: “seleção e aquisição de medicamentos, produtos farmacêuticos e dispositivos médicos; aprovisionamento, armazenamento e distribuição dos medicamentos experimentais e os dispositivos utilizados para a sua administração; produção de medicamentos; análise de matérias-primas e produtos acabados; distribuição de medicamentos e outros produtos de saúde; participação em Comissões Técnicas; Farmácia Clínica, Farmacotécnica, Farmacovigilância e prestação de Cuidados Farmacêuticos; colaboração na elaboração de protocolos terapêuticos; participação em Ensaios Clínicos; colaboração na prescrição de Nutrição Parentérica; informação de medicamentos; desenvolvimento de ações de formação”^[6].

2.2.1. Localização e horário de funcionamento

Os SF localizam-se no piso 2, no corredor Norte-Poente, localizados junto aos elevadores, tendo acesso externo e interno, o que possibilita um fácil acesso à receção de encomendas e ao atendimento ao público.

Relativamente ao horário de funcionamento, os SF funcionam todos os dias úteis das 8h às 20h. Durante os fins-de-semanas e feriados, os seus serviços encontram-se disponíveis 24h em regime de prevenção, o que também acontece nos dias úteis, das 20h às 8h do dia seguinte. Esta prevenção é assegurada por um FH.

Durante a semana os colaboradores são distribuídos pelos diferentes horários, havendo rotatividade, de modo a garantir a disponibilidade diária em horário alargado e o cumprimento de todas as áreas de serviço e especificações contratuais.

2.2.2. Recursos humanos

Os SF são constituídos por uma equipa multidisciplinar adequada a todas as tarefas relacionadas com a atividade farmacêutica hospitalar, organizada de acordo com a sua área de atuação, estando os elementos articulados de acordo com a política de funcionamento dos SF e do HDESPD, E.P.E. A equipa é constituída por, aproximadamente, 50 colaboradores, entre os quais se incluem Farmacêuticos, Técnicos Superiores de Diagnóstico e Terapêutica (TSDT), Técnicos Superiores de Economia e Gestão, Assistentes Técnicos (AT) e Assistentes Operacionais (AO).

Os colaboradores encontram-se distribuídos pelas diferentes áreas dos serviços, seguindo um sistema de rotatividade de acordo com o horário que lhes é atribuído em cada mês.

2.2.3. Organização do espaço físico

Os SF estão organizados em diversas áreas de trabalho, encontrando-se estas relatadas através de um organograma, no **Anexo II**.

2.2.4. Sistema informático

Os SF do HDESPD, E.P.E. utilizam como sistema informático (SI) o programa informático *Glintt Health Care System*, que permite realizar a gestão farmacêutica do medicamento.

Este SI permite realizar diversas operações, entre as quais as operações de gestão, validação de prescrições, dispensa de medicamentos, verificar o histórico de prescrição e cedência de medicamentos e tantas outras. O uso deste SI permite uma maior uniformização e eficiência dos serviços prestados relativamente aos medicamentos.

Para além do SI, os FH têm acesso ao processo clínico eletrónico (EPR) dos doentes. Esta extensão permite-lhes consultar a história clínica do doente em caso de dúvida numa prescrição.

3. Gestão dos medicamentos, produtos farmacêuticos e dispositivos médicos

A gestão de medicamentos, produtos farmacêuticos e dispositivos médicos é o conjunto de procedimentos realizados pelos SF Hospitalares, com a finalidade de garantir o bom uso e dispensa destes produtos em perfeitas condições aos doentes do Hospital^[6]. Uma correta gestão dos *stocks* é imprescindível para um melhor funcionamento e administração dos SF de um Hospital. A gestão deve ter em conta as necessidades do Hospital, respeitando os *stocks* máximos e mínimos, de modo a não existirem medicamentos/produtos farmacêuticos/dispositivos médicos sem rotatividade, nem falta destes. A gestão de medicamentos, produtos farmacêuticos e dispositivos médicos envolve várias fases: seleção de medicamentos, receção, armazenamento, distribuição e administração do medicamento ao doente^[6].

3.1. Seleção e aquisição

A seleção e aquisição é da competência do FH e deve garantir a máxima qualidade dos produtos e, quando possível, ao mais baixo custo. A seleção de produtos tem por base o FHNM, as necessidades terapêuticas dos doentes do Hospital e os critérios fármaco-económicos^[6]. O FHNM lista todos os medicamentos e produtos que podem ser adquiridos e utilizados em ambiente hospitalar e encontra-se disponível *online*, no site da Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I. P. (INFARMED). O FHNM é da responsabilidade da Comissão Nacional de Farmácia e Terapêutica (CNFT)^[7]. Contudo, existem medicamentos que não se encontram no FHNM e, para que o Hospital os possa adquirir, é necessária autorização pela CFT do HDESPD, E.P.E.

Antes da aquisição, são definidas as especificidades do medicamento/produto a adquirir, sendo a seleção realizada de acordo com os montantes económicos e as particularidades do produto pretendidas (se é adaptável à dose unitária, via de administração, condições de estabilidade e conservação).

A aquisição é realizada informaticamente, através do SI da *Glinnt*. Esta pode ser efetuada através de quatro procedimentos distintos:

- *Catálogo de Aprovisionamento Público da Saúde (Catálogo online SPMS)*: consiste num catálogo *online*, através do qual é possível adquirir medicamentos e/ou produtos farmacêuticos. As condições apresentadas são dinâmicas e têm por base os concursos públicos efetuados pela SPMS (Serviços Partilhados do Ministério da Saúde);
- *Concurso Público*: concurso lançado para a aquisição de medicamentos e/ou produtos que tem em consideração o valor anual global a adquirir. Os laboratórios farmacêuticos apresentam a sua proposta de acordo com a legislação em vigor;
- *Contratos Públicos de Aprovisionamento celebrados pela Sudaçor, S.A.*: é criada uma comissão conjunta da Sudaçor, S.A. com os Hospitais da Região Autónoma dos Açores, com o intuito de uniformizar e normalizar os bens e serviços utilizados pelos Hospitais da Região Autónoma dos Açores e permitir aquisição conjunta;
- *Ajuste Direto*: consiste numa aquisição a um laboratório/fornecedor, sem que tenha havido um concurso prévio. Acontecem, por norma, quando são realizadas negociações com o laboratório, quando as quantidades a adquirir são pequenas ou em casos de urgência.

A aquisição de novos medicamentos e produtos farmacêuticos inicia-se após a aprovação pela CFT e autorização do Conselho de Administração (CA).

Quando se pretendem adquirir produtos que não possuem Autorização de Introdução no Mercado (AIM) em Portugal, é possível a sua importação, através de um pedido de Autorização de Utilização Especial (AUE) ao INFARMED. Este pedido deve ser aprovado previamente pela CFT e a sua aquisição ocorre por Ajuste Direto.

Caso ocorra rutura de *stock* ou em situações de urgência, em que os fornecedores/laboratórios não conseguem dar resposta, é possível solicitar empréstimos a outros hospitais da Região Autónoma dos Açores e, caso não seja possível, a hospitais de Portugal Continental.

A cada produto é atribuído um código interno e o controlo das quantidades é feito através da ficha de produto no SI e na ficha de prateleira do produto (em papel). Nas fichas de produto no SI é possível encontrar diversas informações sobre o mesmo, que auxiliam na sua aquisição, entre as quais: designação, código interno, níveis de *stock* (segurança, mínimo e máximo), código do catálogo SPMS, fornecedores, encomendas realizadas e tempo médio de chegada, os serviços em que este tem maior consumo, entre outras.

O pedido de compra de cada produto é despoletado quando se atinge o ponto de encomenda. O ponto de encomenda é definido, para cada produto, pela quantidade necessária de *stock* para 40 dias. A quantidade de produto a encomendar tem por base o consumo médio mensal durante os últimos seis meses e o grupo da análise ABC que este se incluiu. A Análise ABC é uma ferramenta de gestão simples e com grande eficácia na classificação correta de consumo de produtos farmacêuticos. Estes encontram-se divididos em três níveis de prioridade de gestão. Os produtos farmacêuticos pertencentes ao grupo A são aqueles que, embora se apresentem em menor número, representam cerca de 70 a 80% do valor do consumo anual; aqueles que pertencem ao grupo C são os que possuem maior percentagem de número total de produtos e possuem menor valor de consumo anual; os produtos pertencentes ao grupo B encontram-se no intermédio de valor anual e de número total.

Uma questão importante a ter em atenção aquando da aquisição de produtos é o facto de HDESPD, E.P.E. se localizar numa ilha e, por isso, ter em conta o tempo de entrega das encomendas.

Quando o FH realiza os pedidos de compra, estes são posteriormente enviados para a Gestão dos SF, onde os AT os transformam em notas de encomenda. Conforme o valor das notas de encomendas, estas são autorizadas pela Diretora dos SF ou pela CA. Uma vez autorizadas, as notas de encomendas são enviadas aos respetivos fornecedores.

Durante o meu estágio, tive a oportunidade de assistir aos diversos procedimentos da aquisição de medicamentos e produtos de saúde.

3.2. Receção, conferência e armazenamento dos produtos adquiridos

A receção e conferência de produtos adquiridos são funções do AT, que assina e data a fatura ou guia de remessa que acompanha os respetivos produtos. Aquando da receção, o AT deve confirmar qualitativa e quantitativamente os medicamentos e produtos farmacêuticos rececionados, averiguar se a guia de remessa

está de acordo com a nota de encomenda, avaliar a integridade das embalagens, verificar os prazos de validade (PV), confirmar as condições de armazenamento, verificar e registar na fatura ou guia de remessa a quantidade, validade e o lote dos medicamentos e produtos farmacêuticos rececionados^[6].

A conferência e armazenamento dos medicamentos e produtos farmacêuticos devem respeitar a seguinte ordem de prioridade: medicamentos do frio (conservados abaixo dos 8°C); estupefacientes, psicotrópicos e benzodiazepinas; citotóxicos; restantes medicamentos e/ou produtos farmacêuticos.

Na receção de medicamentos hemoderivados é necessário verificar se Certificado de Autorização de Utilização de Lotes (CAUL), emitido pelo INFARMED, foi enviado e se o lote que nele está mencionado corresponde ao que está impresso na embalagem do medicamento.

O AO é o responsável pelo armazenamento dos medicamentos e produtos farmacêuticos. O armazenamento é feito pelos diferentes armazéns existentes nos SF (**Anexo II**), por forma farmacêutica, ordem alfabética da substância ativa e dosagem, e de acordo com os princípios FIFO (*First In First Out*) e FEFO (*First Expired First Out*). A luminosidade, humidade e temperatura são controladas em todos os armazéns, sendo que os dois últimos parâmetros devem se manter inferiores a 60% e 25°C, respetivamente. A temperatura dos produtos do frio é também controlada por sensores existentes nas câmaras frigoríficas, devendo estes ser conservados entre 2°C e 8°C.

3.3. Controlo dos prazos de validade

Os PV são verificados mensalmente, através de uma listagem emitida pelo SI que contempla todos os produtos cujo PV termina nos três meses seguintes. Os produtos presentes na listagem são conferidos e posteriormente separados para a zona de quarentena, juntamente com respetivas fichas de prateleira. É criado um impresso próprio que contém as quantidades de cada produto com validade curta que, de seguida, é enviado ao laboratório/fornecedor, sob a forma de pedido de devolução. Esta, se for aceite, o laboratório/fornecedor pode proceder à troca do produto por um de validade superior ou enviar uma nota de crédito. Caso o laboratório/fornecedor não aceite a devolução e o PV expire, os produtos são enviados para os resíduos hospitalares, onde são devidamente destruídos. Quando um produto é destruído, é reavaliada a sua necessidade de o reaprovisionar e, caso esta não exista, as fichas do produto são arquivadas e inativadas do SI.

Para os produtos cujo PV ainda não expirou, é avaliado o seu *stock*, de modo a detetar a necessidade de reaprovisionamento e, caso assim se verifique, gerar um pedido de compra do mesmo.

Por vezes, são efetuadas devoluções dos serviços clínicos aos SF de produtos que já não são necessários nos mesmos ou que já se encontram com o PV perto a expirar. De modo a gerar rotatividade dos mesmos e evitar a sua perda, os responsáveis por cada área procuram serviços clínicos em que o respetivo produto apresente elevada rotatividade, de modo a evitar o seu desperdício. O controlo dos PV é, assim, essencial para garantir a qualidade, segurança e eficácia dos medicamentos e produtos farmacêuticos.

4. Sistemas de distribuição de medicamento

A distribuição de medicamentos é a atividade dos SF com mais visibilidade e onde mais vezes se estabelece o contacto com os serviços clínicos do hospital. Esta deve ser realizada de modo adequado, eficiente e seguro. Os sistemas de distribuição existentes no HDESPD, E.P.E. encontram-se esquematizados na **Figura 1**. Estes, em conjunto, permitem um aumento da rentabilidade do tempo da equipa dos SF e dos profissionais de saúde que recebem e administram os medicamentos e produtos farmacêuticos nos serviços clínicos. De acordo com o Manual de Farmácia Hospitalar e com os Procedimentos dos SF do HDESPD E.P.E., a distribuição de medicamentos e produtos farmacêuticos tem como propósito: garantir o cumprimento da prescrição, racionalizar a distribuição e custos da terapêutica, garantir a administração correta dos medicamentos, diminuir os erros relacionados com a medicação, monitorizar a terapêutica, reduzir o tempo de enfermaria dedicado às tarefas administrativas e manipulação dos medicamentos^[6].

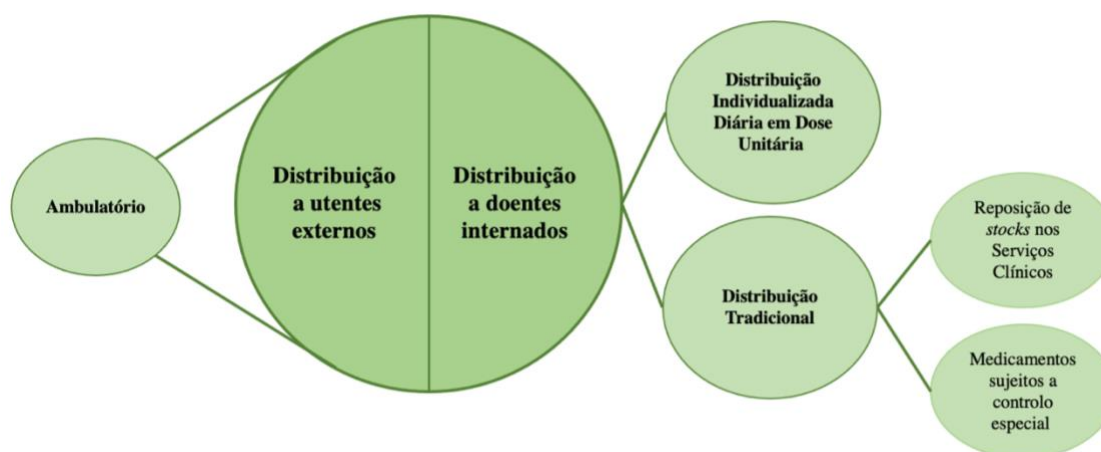


Figura 1: Sistemas de distribuição de medicamentos existentes no HDESPD, E.P.E.

4.1. Distribuição de medicamentos em regime de Ambulatório

A dispensa de medicamentos aos utentes em regime de ambulatório surgiu da necessidade de vigilância e controlo de determinadas patologias crónicas e de terapêuticas prescritas em estabelecimentos de cuidados de saúde diferenciados. A vigilância e controlo são exigidos pelas características próprias das patologias, pela toxicidade dos fármacos utilizados no seu tratamento, pela necessidade de adesão à terapêutica e, também, pelo seu elevado valor económico. A dispensa de medicamentos é da responsabilidade do FH e é feita mensalmente, de modo a haver um maior acompanhamento ao doente. Em situações excecionais, em que o doente vai viajar ou em que este apresenta dificuldades de deslocação ao Hospital, é possível a cedência de medicação para um maior período de tempo, após aprovação pelo CA.

De acordo com o Despacho n.º 13382/2012, de 4 de outubro, a dispensa em ambulatório é obrigatoriamente realizada através de sistemas de prescrição eletrónica, embora esta também possa ser realizada através de um “modelo materializado da prescrição com aposição de vinheta médica, na página onde conste a assinatura do médico prescriptor, nos casos de prescrição externa à unidade hospitalar responsável pela dispensa”^[8]. A prescrição eletrónica confere uma maior uniformidade dos procedimentos de monitorização dos medicamentos dispensados e evita erros de transcrição. Para efetuar a dispensa em

regime de ambulatório, basta introduzir no SI o número de processo único (PU) do utente ou o nome completo do mesmo, para poder aceder à prescrição.

Em regime de ambulatório, a cedência de medicamentos é efetuada, gratuitamente, nas seguintes situações:

- aos utentes com patologias crónicas abrangidas por legislação própria (**Anexo III**), sendo os medicamentos comparticipados a 100% pelo Serviço Regional de Saúde. Estes medicamentos apenas podem ser prescritos por médicos especialistas no diagnóstico e tratamento destas patologias;
- na dispensa de medicamentos da Adenda Hospitalar ou autorizados pela CFT, para determinados doentes, para patologias não abrangidas por legislação própria e que não podem ser adquiridos em farmácias comunitárias;
- na dispensa de medicamentos para o tratamento de doentes no período pós-operatório de situações de cirurgia de ambulatório, dispensados em unidose. Neste caso, a medicação é cedida para um período máximo de 7 dias e apenas inclui alguns grupos farmacológicos legislados para este fim^[9];
- na dispensa de medicamentos a dadores de sangue (apenas com prescrições do Serviço Regional de Saúde);
- na dispensa de vacinas para imunoterapia específica. Estas vacinas são personalizadas para cada doente e encomendadas diretamente ao laboratório;
- na dispensa de métodos contraceptivos (dispositivos intra-uterinos e implantes hormonais) no âmbito da consulta de Planeamento Familiar.

Para utentes que têm dificuldades de deslocação ao Hospital e doentes de outras ilhas do arquipélago, procede-se à preparação e envio da medicação para os respetivos Centros de Saúde ou para o domicílio do próprio doente.

A validação da prescrição é feita através de uma análise crítica, com o objetivo de verificar o histórico de prescrições do utente, o histórico de cedências e a data da última cedência, de modo a averiguar a adesão à terapêutica e efetuar a sua monitorização.

Em regime de ambulatório também é efetuada a venda de medicamentos esgotados na farmácia comunitária, desde que a receita apresente três carimbos de três farmácias distintas, de acordo com o Regulamento Geral da Farmácia Hospitalar^[5].

Todos os dias é efetuada a conferência de receituário referente ao dia anterior, de modo a detetar em tempo útil algum erro e proceder à sua correção.

Nos SF dos HDESPD, E.P.E., o ambulatório situa-se numa área mais reservada, com acesso ao exterior. Este é constituído por dois gabinetes (que conferem privacidade ao utente), uma sala de espera, uma sala de armazenamento de excesso de medicamentos e de arquivo de documentos, um *Kardex* para armazenar os medicamentos e facilitar a sua dispensa e uma sala com frigoríficos para armazenar os medicamentos do frio. O ambulatório encontra-se aberto todos os dias úteis, das 8h30 às 19h, ininterruptamente.

Durante o estágio, acompanhei todos os processos acima referidos e participei na cedência de medicamentos. Foi uma área que despoletou muito o meu interesse por apresentar tantas patologias e fármacos diferentes e com as quais tinha tido pouco contacto, e onde fui capaz, depois, de começar a associar os medicamentos às respetivas patologias. Nesta área o papel do farmacêutico é com certeza destacado, dado que é este que contacta mensalmente com o utente e consegue realizar a monitorização terapêutica. Tive, também, a oportunidade de estar presente num ensino de administração de hormona de crescimento, a Genotropin Pen, da Pfizer, o que me permitiu aprender sobre o funcionamento destas canetas.

Devido à pandemia provocada pela COVID-19, os envios aos domicílios e Centros de Saúde aumentaram, de modo a evitar a deslocação do utente. Tive a oportunidade de auxiliar na a preparação da medicação sem o utente estar à frente, sempre com supervisão e verificando o histórico o doente.

4.2. Distribuição Individualizada Diária em Dose Unitária

O sistema de Distribuição Individualizada Diária em Dose Unitária consiste na preparação de medicação individualizada, para cada doente internado nos diferentes serviços clínicos, para 24 horas. À sexta-feira e nas vésperas de feriado, a medicação é preparada tendo em conta os dias em que os SF irão funcionar apenas em regime de prevenção.

A validação farmacêutica é o primeiro passo deste processo. O FH valida a prescrição informática do médico após analisar a mesma, verificando a conformidade entre o medicamento prescrito e a via de administração, a dosagem, a posologia, o horário das tomas, número de unidades a ceder, interações medicamentosas, possíveis reações adversas, justificações terapêuticas (no caso de antibióticos, por exemplo), duplicações medicamentosas, programação de tomas no caso de medicamentos multidoses, período desde o início da terapêutica e o sistema de distribuição selecionado. Quando o FH tem alguma dúvida ou deteta alguma irregularidade na prescrição, entra em contacto com o médico prescritor.

Após a validação, a medicação é preparada em módulos, referentes a determinado serviço clínico. Os módulos são constituídos por gavetas individuais referentes a cada doente, devidamente identificadas com o nome do mesmo, PU, número da cama e data de nascimento. A medicação de maior volume é colocada na gaveta inferior do módulo, devidamente identificada com o nome e número de cama do doente, PU e o serviço clínico onde se encontra internado. A medicação do frio, permanece no frigorífico, devidamente identificada com o nome, número da cama e PU do doente e serviço onde se encontra internado, com etiqueta referenciando a necessidade de frio, até à hora de saída para o serviço.

A tarefa de preparar a medicação que segue em cada gaveta é da responsabilidade do TSĐT, em conjunto com AT/AO. Para tal, utilizam o *Kardex*, um sistema semi-automático que torna possível reduzir os erros e o tempo destinado a esta tarefa, melhorar a qualidade do trabalho executado e racionalizar os diversos *stocks* nas unidades de distribuição^[6].

Por questões de logística, os serviços clínicos estão identificados em serviços da manhã e serviços da tarde, consoante o horário de saída dos módulos da medicação dos SF, às 14h e às 16h, respetivamente. Qualquer alteração das prescrições médicas próximas da hora de saída dos módulos, resulta na emissão de

um “Mapa de Alteradas”, que permite aos TSĐT atualizar a medicação dos doentes na qual as prescrições sofreram alterações.

Outra situação que poderá ocorrer, designa-se de “Consumo ao Doente” e este pode ser efetuado em diversas situações: quando o “Mapa de Alteradas” já foi emitido; sempre que os serviços necessitem de um ou mais medicamentos para satisfazer as necessidades terapêuticas (antes da saída dos módulos); em situações de falha de envio da referida medicação ou por deterioração do medicamento no momento da preparação ou administração da terapêutica, em caso de dificuldade de localização da medicação previamente enviada; para colmatar situações de urgência referentes a prescrições efetuadas durante o regime de prevenção e presença física, aos fins-de-semana e feriados. Os responsáveis por transportar a medicação de cada serviço clínico nos SF é o AO do respetivo serviço.

A medicação devolvida pelos serviços clínicos, retorna aos SF no interior das gavetas de medicação. Os SF efetuam a sua recolha e esta é separada por forma farmacêutica, substância ativa e dosagem, é submetida a triagem unidade a unidade e, caso seja considerada em condições, do ponto de vista qualitativo, é contabilizada a sua entrada e integrada no *stock*.

Durante o meu estágio pude observar e acompanhar todo o processo, desde a interpretação da validação, onde o FH tem um papel importantíssimo pois é ele quem valida e deteta possíveis interações e erros de dosagem, e observei a preparação dos módulos. Nesta área, o FH necessita de consultar frequentemente fontes bibliográficas fidedignas e o processo clínico do doente de modo a esclarecer dúvidas. Para além disso, também está disponível para esclarecer dúvidas a médicos e a enfermeiros que ligam para os SF.

4.3. Distribuição Tradicional

A Distribuição Tradicional (DT) é o serviço que prepara a medicação para os restantes serviços clínicos, essencialmente para a reposição de *stocks*. São vários os serviços clínicos existentes no HDESPD, E.P.E. e todos eles apresentam necessidades distintas de medicação e de *stock*. Os *stocks* de cada serviço clínico são previamente definidos pelo FH responsável por esta área, em conjunto com o enfermeiro chefe do respetivo serviço clínico. Esta predefinição de *stocks* tem por base o registo de consumos, a análise ABC e as especialidades existentes em cada serviço. Deste modo, é possível garantir que os serviços clínicos têm medicação suficiente para suprimir as suas necessidades e ainda estar preparados para novas admissões ou alterações terapêuticas em regime de prevenção. Os *stocks* de cada serviço podem sofrer alterações, consoante as circunstâncias. Os dias de reposição de *stock* de cada serviço encontra-se tabelado, o que garante uma melhor organização dos SF e dos próprios serviços clínicos.

A cedência de medicamentos e produtos de saúde ocorre perante a apresentação de um pedido de reposição feito pela enfermagem, no SI, por parte do serviço clínico. Em casos excecionais, como os medicamentos hemoderivados por exemplo, a requisição manual é aceite. Os pedidos podem aparecer de 4 tipos: reposição de *stock*, *standard*, urgente ou específico para o utente. Devido ao grupo farmacológico e ao tipo de embalagens em que alguns produtos se encontram acondicionados, os pedidos são feitos por

categorias distintas: álcoois, soros, benzodiazepinas, estupefacientes e psicotrópicos e por forma farmacêutica.

Por estarem integrados num circuito especial de distribuição, os estupefacientes e psicotrópicos e hemoderivados possuem uma folha de requisição própria, os modelos da Imprensa Nacional da Casa do Moeda, com os números 1409 e 1804, respetivamente, dado que obedecem a uma legislação específica. Estas requisições especiais necessitam de validação pelo FH, de acordo com a justificação do quadro clínico do doente.

É a partir deste sistema que são distribuídos as bolsas de nutrição parentérica para os serviços que não têm Distribuição em Dose Unitária, como Unidade de Cuidados Intensivos, alimentação entérica bem como o material de penso.

As requisições são validadas pelo FH que faz uma análise qualitativa e quantitativa das mesmas. Os pedidos são preparados pelos AO, conferidos pelos TSDT ou pelo FH, e são dispensados ao AO do serviço clínico requisitante.

No HDESPD, E.P.E., a DT está organizada em três áreas: a sala de trabalho, é preparada a medicação; a sala de arquivo e validação; a zona de cedência dos pedidos já preparados.

Durante o tempo que estive na DT, tive a oportunidade de observar a validação por parte do FH dos pedidos de reposição de stock e de observar todo o processo de preparação dos mesmos.

A FH responsável pelo sistema de DT fez-me uma visita guiada aos diferentes armazéns, onde me explicou os diferentes tipos de soros existentes, a nutrição parentérica e alimentação entérica e os diferentes tipos de pensos, mostrando que a DT é uma área realmente muito abrangente. A explicação da FH responsável suscitou muito o meu interesse por esses três tópicos, com a qual pouco contacto tive durante o curso.

4.3.1. Reposição de stocks nivelados

A reposição de stocks nivelados ocorre em serviços onde há uma elevada rotatividade de doentes e cujas especialidades são restritas, como é o caso do Bloco de Partos. Neste serviço, os medicamentos encontram-se organizados em módulos de gavetas e a sua conferência é da responsabilidade do TSDT.

4.3.2. Medicamentos sujeitos a legislação especial

Através da DT são cedidos para os serviços clínicos, para doentes específicos, medicamentos sujeitos a controlo legislativo, como é o caso dos estupefacientes e psicotrópicos, análogos da epoetina humana, hemoderivados, antibióticos de justificação obrigatória, material de penso e medicamentos não incluídos no FHNM nem na Adenda Hospitalar.

Os **estupefacientes e psicotrópicos** são fármacos derivados de opióides e atuam no sistema nervoso central, sendo conhecidos pela sua capacidade de causar tolerância e dependência física e/ou psíquica. Por serem medicamentos sujeitos a tráfico e/ou abuso de consumo, o seu processo é estritamente controlado, desde a receção, armazenamento, prescrição, dispensa, administração e possível devolução^[10]. Este processo é da responsabilidade exclusiva do FH, sendo que só este pode validar e ceder estes medicamentos^[10]. Os estupefacientes e psicotrópicos são armazenados numa sala com trancada com código, em que apenas os FH têm acesso. Aquando da sua receção, estes medicamentos são registados no

livro “Copiador de estupefacientes e psicotrópicos”. Neste livro também são registadas as saídas e as quebras destes medicamentos. Para que a sua dispensa possa ser efetuada com segurança e qualidade, a requisição *online* tem de vir acompanhada do preenchimento, pelo médico, do Anexo X, modelo número 1409, do Instituto Nacional da Casa da Moeda. O FH confere e valida a prescrição, assina o Anexo X, regista a saída e atribui um número sequencial no livro “Copiador de estupefacientes e psicotrópicos”. De seguida, regista no livro “Registo de saída de estupefacientes e psicotrópicos” a saída dos respetivos medicamentos. O transporte destes medicamentos é realizado pelo AO dos SF, que traz consigo o Anexo X original assinado pelo enfermeiro, como prova de que este recebeu a medicação no respetivo serviço clínico.

Os medicamentos hemoderivados são produzidos a partir de componentes do sangue de origem humana. Entre estes, encontram-se a albumina, fatores de coagulação e imunoglobulinas. De acordo com o Despacho n.º 1051/2000, devem-se registar todos os “atos de requisição clínica, distribuição aos serviços e administração aos doentes de todos os medicamentos derivados do plasma humano utilizados nos estabelecimentos de saúde públicos e privados”^[11]. A dispensa também é da responsabilidade exclusiva do FH. A requisição deve chegar aos SF informaticamente e através do modelo número 1804, do Instituto Nacional da Casa da Moeda (este modelo é constituído por duas vias – Via Farmácia e Via Serviço). O médico preenche os Quadros A e B, enquanto que o FH preenche o quadro C, após validar a prescrição e o modelo. A cedência é registada no “Copiador de registo da saída de hemoderivados”, onde é atribuído um número que sequencia que se inclui no Quadro C. De seguida, o transporte é efetuado pelo AO que, em conjunto com a medicação, transporta a folha do modelo número 1804 já quase totalmente preenchida e a folha com o Certificado de Autorização de Utilização de Lote (CAUL), emitido pelo INFARMED. No serviço clínico, o enfermeiro assina e data o Quadro D da Via Farmácia e, quando da administração no doente, preenche a Via Serviço e arquiva. Os medicamentos hemoderivados que não chegam a ser administrados são devolvidos aos SF, acompanhados do “Impresso de Devolução de Hemoderivados”, devidamente preenchido.

As eritropoetinas são hormonas produzidas a nível renal, essenciais para a eritropoiese. Os doentes com insuficiência renal crónica, transplantados, oncológicos, entre outros, necessitam desta hormona para prevenir complicações, como o caso da anemia. As eritropoetinas humanas também obedecem a um circuito e legislação específica, podendo ser requisitada por serviços clínicos como, por exemplo, a Hemodiálise e a Oncologia. De acordo com o Despacho n.º 9825/98, todos os doentes com insuficiência renal crónica, beneficiários do Serviço Nacional de Saúde, têm acesso gratuito à epoetina alfa, epoetina beta, metoxi polietilenoglicol-epoetina beta, darbepoetina alfa^[13].

5. Farmacotecnia

A preparação de medicamentos manipulados tem como intuito produzir medicamentos que não existem no mercado, de forma a ajustar a terapêutica ao perfil do doente. Por exemplo, crianças que necessitam de medicação cuja dosagem não se encontra comercializada ou doentes oncológicos, em que as preparações devem ser adequadas à sua superfície corporal. A sua preparação é da responsabilidade do FH e do TSDT.

A farmacotecnia no HDESPD, E.P.E. inclui duas áreas de preparação de manipulados: os estéreis (medicamentos citotóxicos e medicamentos não citotóxicos) e os não estéreis (fórmulas magistrais e oficinais).

5.1. Preparações estéreis

O fabrico de preparações estéreis deve ser feito em áreas limpas, com ar devidamente filtrado por filtros Hepa, em que a entrada do pessoal e dos materiais é feito pela antecâmara. É importante que todos os cuidados aquando do fabrico seja tidos em conta, de modo de minimizar ao máximo o risco de contaminação dos operadores e do meio ambiente^[6]. Todo o material que entra na sala limpa é estéril, de forma a diminuir ao máximo a contaminação das preparações e garantir a qualidade e segurança das mesmas.

A preparação de medicamentos estéreis dos SF do HDESPD, E.P.E. é realizada na Unidade de Preparação de Citostáticos (UPC), que abriu em junho de 2008 e fica localizada no Hospital Dia de Oncologia, com acesso direto à sala de tratamentos. Esse acesso permite um maior contacto com os médicos, enfermeiros e com os doentes oncológicos.

A UPC é constituída por quatro salas diferenciadas, devidamente pressurizadas:

- Sala de trabalho: local onde são validadas as prescrições, preparadas as folhas farmacotécnicas e os respetivos tabuleiros;
- Antecâmara: zona de colocação do equipamento de proteção individual (EPI);
- Adufa: sala limpa de passagem entre a antecâmara e a sala de preparação;
- Sala de preparação: sala limpa, onde se preparam os medicamentos estéreis. É a única sala com pressão negativa. Por ser uma sala ISO classe 5, o fluxo de ar é unidirecional. Esta está equipada com duas câmaras de fluxo laminar vertical (Classe B, tipo II), que protegem tanto as preparações estéreis como os respetivos operadores de substâncias nocivas^[13]. O facto de ser do tipo II, permite que haja uma dupla filtração do ar antes deste ser enviado para o ambiente. Uma das câmaras de fluxo laminar é utilizada exclusivamente para a preparação de medicamentos citotóxicos, enquanto que a outra é unicamente utilizada para a preparação de medicamentos estéril não citotóxica.

Nesta área, encontram-se sempre dois FH e um ou dois TSDT, conforme a carga de preparações. Todas as instalações, recursos humanos e procedimentos de trabalho encontram-se regidos pelo Manual de Farmácia Hospitalar e pelo Manual de Preparação de Citotóxicos, da Ordem dos Farmacêuticos^[6,13].

No HDESPD, E.P.E, não é efetuada a preparação de nutrição parentérica. Esta é adquirida já preparada em bolsas, sendo apenas necessário misturar ou aditivar os componentes necessários antes de proceder à administração.

5.1.1. Preparação de medicamentos citotóxicos

Na UPC é realizada a preparação de medicamentos citotóxicos que podem ser administrados no Hospital Dia de Oncologia ou em internamentos da especialidade de Oncologia, no Hospital Dia de Hematologia Oncológica ou em internamento desta especialidade, na Consulta Externa de Urologia, no

Hospital Dia de Pediatria e nos internamentos de Urologia e Pneumologia. Para além destes, também podem ser administrados noutros serviços do HDESPD que receba doentes a fazer quimioterapia.

As prescrições podem ser informáticas ou manuais, no caso do Hospital Dia de Hematologia Oncológica. Estas últimas, são programadas com três dias de antecedência de modo a haver uma maior organização.

Após a avaliação do doente em consulta ou hospital dia, o médico ativa a prescrição no SI, o que significa que o doente está apto a realizar o ciclo quimioterápico. O FH que fica na sala de trabalho é responsável por validar as prescrições verificando a superfície corporal, se a dose, as soluções de diluição, tempos de perfusão e ordem de administração estão adequados ao protocolo em questão.

Este FH também é responsável por elaborar (caso sejam prescrições manuais) ou imprimir as “Folhas Farmacotécnicas” com o protocolo de preparação e os respetivos rótulos; preparar os tabuleiros com os fármacos citotóxicos, soluções de reconstituição e/ou de diluição, a “Folha Farmacotécnica” e os respetivos rótulos. Os tabuleiros são preparados individualmente para cada doente e, quando prontos, são colocados no *transfer* (estrutura que permite ligação entre a sala de trabalho e a sala limpa), pulverizados com álcool a 70°. Para além disso, o FH que permanece na sala de trabalho também é responsável pelo pedido de reposição de *stock* semanal, por armazenar os fármacos citotóxicos na UPC, ceder fármacos citotóxicos e hormonoterapia em regime de ambulatório e dar o apoio necessário aos médicos, enfermeiros e doentes, quando solicitado.

Na sala limpa, encontram-se o segundo FH e o TSDT, devidamente equipados com o equipamento de proteção individual. É o TSDT o responsável pela manipulação dos medicamentos citotóxicos, pela reposição das soluções de diluição/reconstituição e por todo o material utilizado na sala limpa. O FH responsável pela dupla validação da manipulação, dos rótulos e dos protocolos de manipulação.

Uma vez pronta a preparação, o FH é responsável por colocar os rótulos nas mesmas e enviar, através do *transfer*, a medicação para a sala de trabalho. Certos fármacos carecem de proteção da luz, tendo estes de ser protegidos com papel de prata, de modo a não perderem a sua estabilidade. É o FH que se encontra na sala de trabalho o responsável por este passo.

Os medicamentos citotóxicos que não são administrados no Hospital Dia de Oncologia são acondicionados em malas de transporte, devidamente nomeadas com a palavra “Citotóxicos, e transportadas pelos AO até ao serviço clínico onde serão administrados. O AO deve ter conhecimentos dos procedimentos de atuação em caso de derrame de citotóxicos.

É de extrema importância que, ao longo de todo o processo, ocorra dupla validação pelos FH em três pontos: na prescrição, na preparação e na libertação do produto acabado. Deste modo, é possível garantir a preparação e cedência da medicação correta, ao doente certo, com qualidade e segurança.

Durante o meu estágio tive a oportunidade de observar e participar na validação das prescrições, auxiliar na preparação dos tabuleiros e na dispensa do produto acabado, participar no armazenamento e organização dos citotóxicos e assisti à cedência de quimioterapia oral. Para além disso, entrei, em conjunto com o FH e o TSDT, na sala limpa e tive a oportunidade de observar a preparação quimioterapia e imunoterapia. A minha passagem na UPC permitiu-me conhecer o circuito dos citotóxicos e reconhecer

a importância de todos os cuidados a ter, de modo a garantir a segurança e qualidade das preparações e dos seus operadores. Para além disso, tornou maior a minha curiosidade em explorar esta área, tentando entender melhor os diferentes protocolos de imuno e quimioterapia.

5.1.2. Preparação de medicamentos não citotóxicos

Na UPC também se realizam preparações de medicamentos não citotóxicos, como colírios fortificados com antibióticos, injeções intravítreas biológicas ou com antibiótico, formulações de alglucosidase alfa, entre outros. Estas são manipuladas pelo TSDT e validadas pelo FH.

De modo a diminuir a contaminação dos medicamentos estéreis não citotóxicos, estes são preparados primeiro que os medicamentos citotóxicos e numa câmara de fluxo laminar diferente.

Na minha passagem pela UPC, tive a oportunidade de observar a preparação de colírios fortificados, formulações de alglucosidase alfa e injeções intravítreas com bevacizumab e ranibizumab.

5.2. Preparações não estéreis

As Fórmulas Magistrais, Preparados Oficiais e Papéis Medicamentosos são preparados no laboratório de Farmacotecnia dos SF. Este tipo de medicação beneficia, maioritariamente, populações especiais como a pediatria e a geriatria, dado as características fisiopatológicas destes grupos.

5.2.1. Fórmulas Magistrais, Preparados Oficiais e Papéis Medicamentosos

As Fórmulas Magistrais são medicamentos preparados nas farmácias comunitárias ou nos SF hospitalares, mediante uma prescrição médica, enquanto que os Preparados Oficiais são preparados de acordo com as indicações descritas na farmacopeia ou num formulário^[14]. A preparação destes é da responsabilidade do FH, que valida tanto a prescrição como a preparação final.

O processo tem início na validação da prescrição médica, que deve estar de acordo com o perfil fisiopatológico do doente em questão. Posteriormente, o FH preenche a folha com “Pedido de Requisição de Manipulados” e entrega ao TSDT responsável pela execução do mesmo. Este, caso de aplique, efetua os cálculos necessários e submete à validação do FH.

De seguida, o TSDT atribui um número de lote interno à preparação, num livro próprio criado pelos SF, e verifica se o manipulado em questão já tem ficha de preparação pré-definida. A execução propriamente dita do manipulado, é feita pelo TSDT.

Uma vez pronto, o TSDT procede ao preenchimento da ficha de preparação do produto, em que consta informação como o lote, o lote interno, a validade, a quantidade utilizada de cada matéria-prima, identificação do utente e respetivo serviço. O FH valida se o produto acabado está de acordo com as especificações requeridas. Uma vez conforme, o manipulado é devidamente rotulado, com o nome do utente, lote e validade e fica pronto para ser cedido aos serviços clínicos ou através do ambulatório.

O processo termina quando são dadas as saídas das matérias-primas utilizadas na preparação do manipulado e registada a saída do mesmo.

O Laboratório de Farmacotecnia prepara manipulados para cedência em ambulatório, para internamentos e para o Hospital Dia de Oncologia (maioritariamente colutórios de nistatina).

Durante a minha passagem pelo laboratório de Farmacotecnia, tive a oportunidade de observar a preparação de xarope comum, de xarope de amlodipina para a Pediatria e ainda participei na preparação de papéis medicamentosos de isoleucina, para cedência em ambulatório.

5.2.2. Reembalagem de comprimidos e cápsulas

A reembalagem de comprimidos e cápsulas é feita quando há necessidade de fracionar comprimidos ou necessidade de adaptar os medicamentos à Distribuição Individualizada em Dose Unitária.

Antes do fracionamento de comprimidos, é necessário consultar o Resumo das Características do Medicamento, para ficar a conhecer as condições de estabilidade e se este pode ser fracionado, dado que nem todos os comprimidos o permitem. Sempre que os comprimidos são fracionados, é-lhes atribuído um lote interno e um PV de 3 meses posteriormente à data de fracionamento.

Os comprimidos e cápsulas reembalados passam a ter um PV de 6 meses após a reembalagem. Tanto na reembalagem como na etiquetagem de *blisters*, estes devem contar uma etiqueta com nome do medicamento deve apresentar-se pela sua Denominação Comum Internacional, a dosagem, o lote, o PV. As etiquetas são registadas num livro próprio.

Estes processos são realizados pelo AO/AT e validados pelo FH responsável pela área ou por um TSDT.

6. Farmacovigilância

A Farmacovigilância consta na avaliação da segurança dos medicamentos na sua fase de comercialização. Os Sistemas de Farmacovigilância têm um papel fundamental na recolha e avaliação de informações relativas às reações adversas causadas por medicamentos. Para além disso, estabelecem a responsabilidades dos titulares de autorizações de introdução no mercado dos medicamentos, dos profissionais de saúde e das autoridades de saúde^[15].

O Sistema Nacional de Farmacovigilância foi criado em Portugal no ano de 1992 e atualmente é regulado pelo Decreto-Lei n.º 242/2022, de 5 de novembro^[6,15]. O INFARMED é responsável pela sua aplicação, coordenação e seguimento^[6]. Faz parte do papel do FH, bem como dos restantes profissionais de saúde, reportarem informações acerca das reações adversas dos medicamentos.

Em 2018, foi reativada a Unidade de Farmacovigilância nos Açores, com vista a servir toda a população açoriana. Esta unidade encontra-se localizada no HDESPD, E.P.E. e integra o Sistema Nacional de Farmacovigilância.

7. Farmácia Clínica

A Farmácia Clínica consiste na intervenção farmacêutica baseada no doente e na maneira mais eficaz de lhe prestar cuidados farmacêuticos. O FH é um profissional de saúde com competências para integrar uma equipa clínica e acompanhar os doentes internados nos respetivos serviços^[6]. Tal como os doentes têm o seu médico, aquele que o acompanha, também têm direito a ter o seu farmacêutico.

No HDESPD, E.P.E., existem apenas três serviços clínicos onde o FH realiza visitas clínicas semanalmente - Unidade de Cuidados Paliativos, Ortopedia e Medicina Intensiva. As visitas clínicas

requerem preparação prévia, por parte dos farmacêuticos, onde estes consultam a terapêutica referente a cada doente e os respetivos Resumo das Características dos Medicamentos, verificam se existem interações medicamentosas entre os fármacos, se o tempo de terapêutica é excedido ao recomendado (no caso de anti-inflamatórios não esteroides e antibióticos, por exemplo), ou seja, faz uma revisão farmacoterapêutica.

As visitas clínicas consistem em reuniões com equipas multidisciplinares, em que o foco é o quadro clínico dos doentes que se encontram internados ou a ser seguidos pelo serviço (no caso dos Cuidados Paliativos). Nas reuniões, são avaliadas as necessidades de ajustes ou modificações na terapêutica, apesar de o FH ser consultado desde a decisão terapêutica.

Na Unidade de Cuidados Paliativos, os doentes têm contacto com o FH responsável pela área, onde se estabelece uma boa relação doente-farmacêutico. Esta proximidade ao doente permite a ambos criar uma relação de confiança, onde o doente pode questionar as suas dúvidas sobre medicação com o FH.

Para além as visitas clínicas, no espaço físico dos SF do HDESPD, E.P.E. existe um espaço destinado à Farmácia Clínica, onde são acompanhadas as situações dos doentes internados na Medicina Intensiva. O acompanhamento é feito diariamente, em formato Excel, onde o FH regista a (s) causa (s) do internamento, a medicação anterior a este, a medicação prescrita no internamento e alterações, parâmetros bioquímicos e possíveis interações entre medicamentos. Se o FH detetar alguma interação medicamentosa ou algum efeito secundário que esteja a ser reportado, mas que ainda não esteja associado à medicação, este contacta a equipa médica sugerindo alterações.

Durante o meu estágio tive a oportunidade de acompanhar o FH responsável pela Unidade de Cuidados Paliativos e posso dizer que o trabalho que este faz é incrível. Estive presente numa das reuniões semanais, com a equipa multidisciplinar, onde o foco não é só o doente mas também a sua família. Foram discutidos os casos clínicos de todos os doentes ao cuidado da Unidade de Cuidados Paliativos, algumas possíveis alterações do perfil farmacoterapêutico que rapidamente foram respondidas pelo FH, pois este já estava a par do processo do doente e já tinha detetado a necessidade de realizar a alteração.

A Farmácia Clínica é, sem dúvida, uma área dos SF que necessita de crescer e abranger mais serviços com visitas clínicas, de modo a criar uma maior proximidade do FH com os doentes.

7.1. Reconciliação Terapêutica

A Reconciliação Terapêutica é definida como “processo de avaliação do regime terapêutico de um doente, sempre que há alteração do mesmo, com o objetivo de evitar erros de medicação, tais como omissões, duplicações, doses inadequadas, interações, assim como problemas de adesão”. Este processo inclui sempre a comparação entre a medicação feita no domicílio e a medicação feita no regime de internamento e deve ser sempre aplicado quando existem transições entre cuidados de saúde^[16].

No HDESPD, E.P.E., a Reconciliação Terapêutica é apenas realizada aos doentes que se encontram internados na Medicina Intensiva, quando estes apresentam cinco ou mais medicamentos na terapêutica atual, antes da alta médica.

8. Ensaios Clínicos

A Unidade de Ensaios Clínicos do HDESPD,E.P.E. é restrita aos farmacêuticos que nela participam. Esta unidade integra: uma área para atendimento de investigadores, monitores, coordenadores de ensaios clínicos ou elementos das autoridades reguladoras; uma área de trabalho para o FH responsável pela área (com computador e secretária); um armário destinado ao armazenamento da medicação de cada ensaio, respetivo dossier do estudo e um *datlogger* (sistema de monitorização contínua da temperatura); um armário para medicação devolvida contabilizada ou fora do prazo de validade; um frigorífico para armazenamento da medicação que deve ser conservada entre 2 a 8°C e um *datlogger*.

Os ensaios clínicos são regulados pela Lei n.º 21/2014, de 16 de abril, que tem como objetivo regular “a investigação clínica, considerada como todo o estudo sistemático destinado a descobrir ou a verificar a distribuição ou o efeito de fatores de saúde, de estados ou resultados em saúde, de processos de saúde ou de doença, do desempenho e, ou, segurança de intervenções ou da prestação de cuidados de saúde”. Esta Lei abrange não só a realização de ensaios clínicos em medicamentos de uso humanos, como também inclui a realização dos mesmos em dispositivos médicos^[17].

O FH responsável pela área é responsável pela gestão circuito dos medicamentos experimentais (receção, verificação, armazenamento, arquivo da documentação, dispensa, recolha e devolução), de modo a garantir toda a segurança e rastreabilidade dos mesmos.

Aquando da minha passagem pela Unidade de Ensaios Clínicos, foi-me explicado todo o procedimento e circuito do medicamento experimental. Infelizmente, durante o meu estágio não estava a ocorrer nenhum ensaio clínico. No entanto, tive a oportunidade de observar um dossier de ensaio.

9. Comissões Técnicas Hospitalares

A CFT é a principal Comissão Técnica Hospitalar. É um órgão multidisciplinar hospitalar, munido de competências para regulamentar a seleção e utilização dos medicamentos e/ou outros produtos farmacêuticos no Hospital^[6]. No HDESPD, E.P.E. esta comissão é constituída por quatro médicos e quatro farmacêuticos, nomeados pelo CA, na qual o Diretor Clínico do Hospital (ou alguém por ele delegado) é o presidente. De acordo com o Despacho n.º 2325/2017, de 17 de março, a missão das CFT locais consiste em “propor, no âmbito das respetivas unidades de saúde, as orientações terapêuticas e a utilização mais eficiente dos medicamentos, no âmbito da política do medicamento, apoiadas em bases sólidas de farmacologia clínica e evidência da economia da saúde sobre custo-efetividade, monitorizando a prescrição dos medicamentos, a sua utilização e garantindo a todos os utentes a equidade no acesso à terapêutica”^[18].

A CFT do HDESPD,E.P.E. reúne-se semanalmente e apresenta várias competências, como “atuar como órgão de ligação entre os serviços de ação médica e os SF; pronunciar-se sobre a adequação da terapêutica prescrita aos doentes(...); selecionar, designadamente entre as alternativas terapêuticas previstas no Formulário Nacional de Medicamentos a lista de medicamentos que serão disponibilizados pela instituição, e implementar e monitorizar o cumprimento (...) dos critérios e condições de utilização dos medicamentos aí previstos; monitorizar os dados resultantes da utilização de medicamentos e outras tecnologias de saúde (...); representar a instituição na articulação com a Comissão Nacional de Farmácia e

Terapêutica e colaborar com a mesma disponibilizando a informação (...); analisar com cada serviço hospitalar os custos da terapêutica que lhe são imputados, auditando periodicamente e identificando desvios na utilização dos medicamentos; (...); diligenciar a promoção de estratégias efetivas na utilização racional do medicamento na instituição; colaborar em estudos de monitorização da segurança e efetividade de medicamentos promovidos no contexto do Sistema Nacional de Farmacovigilância; articular com as diferentes Comissões com responsabilidades no âmbito do medicamento (...) estabelecendo mecanismos de monitorização e utilização racional de antimicrobianos dentro dos objetivos e competências da mesma; propor o que tiver por conveniente dentro das matérias da sua competência”^[18].

Durante o meu estágio, tive a oportunidade de observar à realização de um pedido online, no portal do INFARMED, por um dos FH representantes da CFT.

A **Comissão de Antimicrobianos** do HDESPD, E.P.E. foi incluída no Programa de Prevenção e Controle da Infecção e Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA). O PPCIRA tem como principais objetivos a “redução da taxa de infecção associada aos cuidados de saúde, a promoção do uso correto de antimicrobianos e a diminuição da taxa de microrganismos com resistência a antimicrobianos, constituindo-se como liderança nacional nestes temas”^[19]. Assim, a Comissão de Antimicrobianos do HDESPD, E.P.E. constituiu um Grupo de Coordenação Local, na qual se inserem médicos, enfermeiros e um FH.

É da competência da Comissão de Antimicrobianos, essencialmente, supervisionar, prevenir e controlar as práticas locais do uso de antimicrobianos; promover e corrigir as práticas de uso de antibióticos através de programas de apoio à prescrição, na profilaxia e na terapêutica; certificar-se do cumprimento dos programas de vigilância epidemiológica de infecção associada a cuidados de saúde e de resistências aos antimicrobianos e práticas locais de isolamentos para contenção de agentes; elaborar a revisão e validação de prescrições contendo carbapenemos e fluoroquinolonas, nas primeiras 96 horas de terapêutica^[19].

Nos SF do HDESPD, E.P.E., o FH integrante nesta comissão, realiza, duas vezes por semana, a verificação das prescrições de carbapenemos e fluoroquinolonas. Nestas revisões, são verificadas a duração da prescrição bem como se justificação se encontra adequada de acordo com os antibiogramas. Caso exista necessidade de alterar a prescrição, o FH intervém juntos dos restantes profissionais de saúde de modo a promover o correto uso dos antibióticos.

Durante o estágio tive a oportunidade de observar o FH integrante da Comissão de Antimicrobianos a realizar a revisão semanal. De facto, o farmacêutico tem um papel muito importante na diminuição da resistência antimicrobiana, pois é ele quem é capaz de detetar erros de prescrição.

A **Comissão de Ética**, de acordo com o Decreto-Lei n.º 97/95, de 10 de maio, zela “pela observância de padrões de ética no exercício das ciências médicas, por forma a proteger e garantir a dignidade e integridade humanas, procedendo à análise e reflexão sobre temas da prática médica que envolvam questões de ética”^[20]. Esta comissão é constituída por uma equipa multidisciplinar na qual se inclui um FH, médicos, enfermeiros, juristas, teólogos e psicólogos.

Nos SF do HDESPD, E.P.E. esta comissão reúne-se uma vez por mês, com o intuito de discutir questões éticas relacionadas com a prática clínica, avaliar pedidos de estudos de investigação científica,

autorização de ensaios clínicos, pedidos de inquéritos, tomar decisões em prol de doentes que não têm capacidade de decisão, entre outros assuntos.

Durante o meu estágio pude observar a preparação de uma reunião em conjunto com o FH integrante da Comissão de Ética.

10. Qualidade e Gestão do Erro do Medicamento

A qualidade é definida por um “conjunto de propriedades e qualidades de um serviço de saúde, que confere a aptidão para satisfazer adequadamente as necessidades implícitas e explícitas dos doentes”. O Sistema de Gestão da Qualidade visa uma melhoria contínua do serviço prestado pelos SF, um planeamento e monitorização dos processos/atividades e uma avaliação e qualificação de fornecedores internos e externo. O conceito de melhoria contínua resume-se em planear, executar, verificar e atuar^[21].

Nos SF do HDESPD, E.P.E. encontram-se disponíveis vários procedimentos referentes às diferentes áreas. Estes procedimentos têm como objetivo uniformizar ao máximo a maneira como cada área atua, de modo a diminuir o erro associado a cada procedimento.

11. Atividades complementares

Ao longo do estágio, apesar de ter sido perturbado pela pandemia da COVID-19, tive ainda algumas oportunidades de assistir a sessões clínicas e formação, tanto pessoalmente como em formato *webinar*.

No dia 4 de março, assisti a uma sessão clínica intitulada de “Antibioterapia em fim de vida”, apresentada pela Dra. Nélia Coutinho (FH que integra a equipa multidisciplinar da Unidade de Cuidados Paliativos) e Dra. Carolina Vidal (médica interna que dá apoio à Unidade de Cuidados Paliativos). Nesta sessão, foi demonstrada a diminuição do número de prescrições de antibióticos aos doentes da Unidade de Cuidados Paliativos. Foi, realmente, muito interessante perceber que as necessidades terapêuticas destes doentes são muito diferentes das dos restantes doentes, sendo que estas vão de encontro às necessidades do momento do doente (como a dor),

Na segunda semana de março, tive a oportunidade de assistir a uma pequena formação presencial do laboratório *AstraZeneca*, sobre o fármaco Olaparib, utilizado no cancro da mama em mulheres com a mutação BRCA. Foi muito enriquecedora, pois fiquei a conhecer um fármaco que não tinha conhecimento e as suas aplicabilidades farmacológicas. Além disso, nunca tinha assistido a uma formação sobre um fármaco antineoplásico.

Aquando do meu regresso ao estágio e já em formato *online*, tive a oportunidade de assistir a uma reunião com a delegada da *Astellas Pharma*, relativamente ao fármaco Enzalutamida, utilizado no cancro da próstata.

Também em formato *webinar*, assisti à sessão *online* intitulada de “The Global Antimicrobial Resistance Crisis”, onde os oradores falaram sobre a resistência antimicrobiana e como combatê-la e possíveis novas classes de antimicrobianos que estão em fase de estudo

12. Considerações Finais

O Mestrado em Ciências Farmacêuticas confere inúmeras valências aos farmacêuticos, tanto que se torna difícil a escolha do caminho a seguir.

O estágio final em Farmácia Hospitalar foi, verdadeiramente, uma surpresa muito positiva. Confesso que não tinha ideia das funções de um FH nem do que se tratava uma Farmácia Hospitalar.

A minha passagem pelos SF do HDESPD, E.P.E. permitiu-me conhecer todo o circuito do medicamento bem como o enquadramento legislativo aplicado. Permitiu-me rever conhecimentos e adquirir tantos outros, como o conhecimento sobre diversas patologias e fármacos biológicos.

O que mais me marcou, sem dúvida, foi o reconhecimento pelo trabalho do FH, comparativamente ao farmacêutico comunitário. O facto de o FH ser tido em consideração aquando da escolha da terapêutica de certos doentes ou até mesmo quando são necessárias alterações terapêuticas ou informações sobre a terapêutica é realmente gratificante.

O balanço do estágio foi, claramente, positivo e fez-me querer adquirir mais experiência nesta área tão ampla que é a Farmácia Hospitalar.

13. Referências Bibliográficas

- [1] Decreto-Lei n.º558/99, de 17 de dezembro, *Estabelece o regime jurídico do sector empresarial do Estado e das empresas públicas*, Diário da República, Série I-A, n.º 292, 1999, 9012 – 9019. Disponível em: <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/655312/details/normal?q=Decreto--Lei+n.%C2%BA%20558%2F99%2C%20de+17+de+dezembro> [acedido a 8 de março de 2020]
- [2] Decreto Legislativo Regional n.º 7/2008/A, 24 de março, *Regime do sector público empresarial da Região Autónoma dos Açores*, Diário da República, 1.ª série, n.º 58, 2008, 1649 – 1656. Disponível em: <https://dre.pt/application/dir/pdf1sdip/2008/03/05800/0164901656.pdf> [acedido a 8 de março de 2020]
- [3] Assembleia Legislativa da Região Autónoma dos Açores - Comissão Permanente de Assuntos Sociais: *Relatório da audição de gestor público indigitado para a presidência do concelho de administração do Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada, E.P.E.* Disponível em: http://base.alra.pt:82/Doc_Noticias/NI8434.pdf [acedido a 8 de março de 2020].
- [4] 35º Colóquio de Qualidade: Experiência de Acreditação do Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada, E.P.E. Disponível em: [http://spqsaude.com/wp-content/uploads/2011/02/Experiencia-da-Acreditacao-do-HDESPD, E.P.E._-EPE.pdf](http://spqsaude.com/wp-content/uploads/2011/02/Experiencia-da-Acreditacao-do-HDESPD,_E.P.E._-EPE.pdf) [acedido a 8 de março de 2020].
- [5] Decreto-Lei n.º44 204, de 2 de fevereiro de 1962, *Regulamento geral da Farmácia hospitalar, INFARMED - Gabinete Jurídico e Contencioso*, 1962. Disponível em: https://www.infarmed.pt/documents/15786/1068150/decreto_lei_44204-1962.pdf [acedido a 10 de março de 2020].
- [6] Conselho Executivo da Farmácia Hospitalar. *Manual da Farmácia Hospitalar*. Ministério da Saúde, 2005, p. 9-64. Disponível em: <https://www.infarmed.pt/documents/15786/17838/manual.pdf/a8395577-fb6a-4a48-b295-6905ac60ec6c> [acedido a 10 de março de 2020].
- [7] Despacho n.º 1728/2017, e 23 de fevereiro de 2017, Diário da República, 2.ª série, n.º39, 2017, 3445 – 3446. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/106509261> [acedido a 10 de março de 2020].
- [8] Despacho n.º 13382/2012, de 4 de outubro, *Determina que a prescrição de medicamentos, para dispensa em regime de ambulatório pelas farmácias hospitalares, é obrigatoriamente realizada através de sistemas de prescrição eletrónica, INFARMED - Gabinete Jurídico e Contencioso*, 2012. Disponível em: https://www.infarmed.pt/documents/15786/1068150/033-D_Desp_13382_2012.pdf [acedido a 10 de setembro de 2020].
- [9] Decreto-Lei n.º 13/2009, de 12 de janeiro, *Estabelece as condições e os requisitos para que os estabelecimentos e serviços prestadores de cuidados de saúde, públicos e privados, independentemente da sua natureza jurídica, dispensem medicamentos para tratamento no período pós-operatório de situações de cirurgia de ambulatório, INFARMED - Gabinete Jurídico e Contencioso*, 2009. Disponível em: <https://www.infarmed.pt/documents/15786/1068150/033->

- A_DL_13_2009_1ALT.pdf/f53d1d70-5806-465e-be54-70cbc7ae0158?version=1.0 [acedido a 10 de setembro de 2020].
- [10] Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de janeiro, *Regime jurídico do tráfico e consumo de estupefacientes e psicotrópicos*, INFARMED - Gabinete Jurídico e Contencioso, 1993. Disponível em: https://www.infarmed.pt/documents/15786/17838/068-DL_15_93_VF.pdf/b0a06f75-17d6-448c-99fb-3f146bccae01 [acedido a 11 de setembro de 2020].
- [11] Despacho conjunto n.º 1051/2000, de 14 de setembro, *Registo de medicamentos derivados de plasma*, INFARMED - Gabinete Jurídico e Contencioso, 2000. Disponível em: https://www.infarmed.pt/documents/15786/1068535/despacho_1051-2000.pdf [acedido a 11 de setembro de 2020].
- [12] Despacho n.º 9825/98, de 13 de maio, *Acesso ao medicamento Eritropoietina Humana Recombinante*, INFARMED - Gabinete Jurídico e Contencioso, 1998. Disponível em: https://www.infarmed.pt/documents/15786/1072289/110-L_Desp_9825_98.pdf [acedido a 11 de setembro de 2020].
- [13] Gouveia, A.; Silva, A.; Bernardo, D.; Fernandes, J.; Martins, M.; Cunha, M.; Borges, S. & Sernache, S. *Manual de Preparação de Citotóxicos*. Ordem dos Farmacêuticos – Conselho do Colégio de Especialidade de Farmácia Hospitalar, 2013, p. 13-73. Disponível em: <https://www.ordemfarmaceuticos.pt/pt/publicacoes/manuais/manual-de-preparacao-decitototoxicos/> [acedido a 13 de setembro de 2020].
- [14] INFARMED. *Medicamentos Manipulados*, 2011. Disponível em: https://www.infarmed.pt/documents/15786/1228470/31_Medicamentos_Manipulados.pdf/ [acedido a 13 de setembro de 2020].
- [15] Decreto-Lei n.º 242/2002, de 5 de novembro, *Estabelece as regras respeitantes ao Sistema Nacional de Farmacovigilância de Medicamentos de Uso Humano*, Diário da República, Série I-A, n.º255, 2002, 7086 - 7091. Disponível em: <https://dre.pt/pesquisa/-/search/424726/details/maximized> [acedido a 13 de setembro de 2020].
- [16] Ferreira, P. *Reconciliação da Medicação: um conceito aplicado ao hospital*. Revista da Ordem dos Farmacêuticos, 2013, n.º106: p. 1-4. Disponível em: <https://www.ordemfarmaceuticos.pt/pt/publicacoes/boletim-do-cim/boletim-do-cim-jan-mar-2013/> [acedido a 13 de setembro de 2020].
- [17] Lei n.º 21/2014, de 16 de abril, *Aprova a lei da investigação clínica*, Diário da República, Série I, n.º75, 2014, 2450 - 2465. Disponível em: <https://dre.pt/pesquisa/-/search/25344024/details/maximized> [acedido a 13 de setembro de 2020].
- [18] Despacho n.º 2325/2017, de 17 de março, Diário da República, 2.ª Série, n.º 55, 2017. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/106619399> [acedido a 17 de setembro de 2020].
- [19] Despacho n.º 15423/2013, de 26 de novembro, Diário da República, 2.ª Série, n.º229, 2013, 34563 - 34565. Disponível em: <https://dre.pt/pesquisa/-/search/2965166/details/normal?q=Despacho+n.º2015423%2F2013> [acedido a 20 de setembro de 2020].

- [20] Decreto-Lei n.º 97/95, de 10 de maio, *Regulamenta as comissões de ética para a saúde, INFARMED - Gabinete Jurídico e Contencioso*, 1995. Disponível em: <https://www.ceic.pt/documents/20727/38721/Decreto-Lei+n.º+97-95%2C+de+10+de+Maio/286f30dd-6c43-4217-946e-c1cd8f61ee61> [acedido a 21 de setembro de 2020].
- [21] Ordem dos Farmacêuticos – Conselho do Colégio de Especialidade de Farmácia Hospitalar, *Manual de Boas Práticas de Farmácia Hospitalar, Capítulo I: Processos de Suporte*, 2018, p. 3-75. Disponível em: https://www.ordemfarmaceuticos.pt/fotos/publicacoes/mbpfh_capitulo_i_vfinal_17815111995a8eee5ad0c17.pdf [acedido a 22 de setembro de 2020].

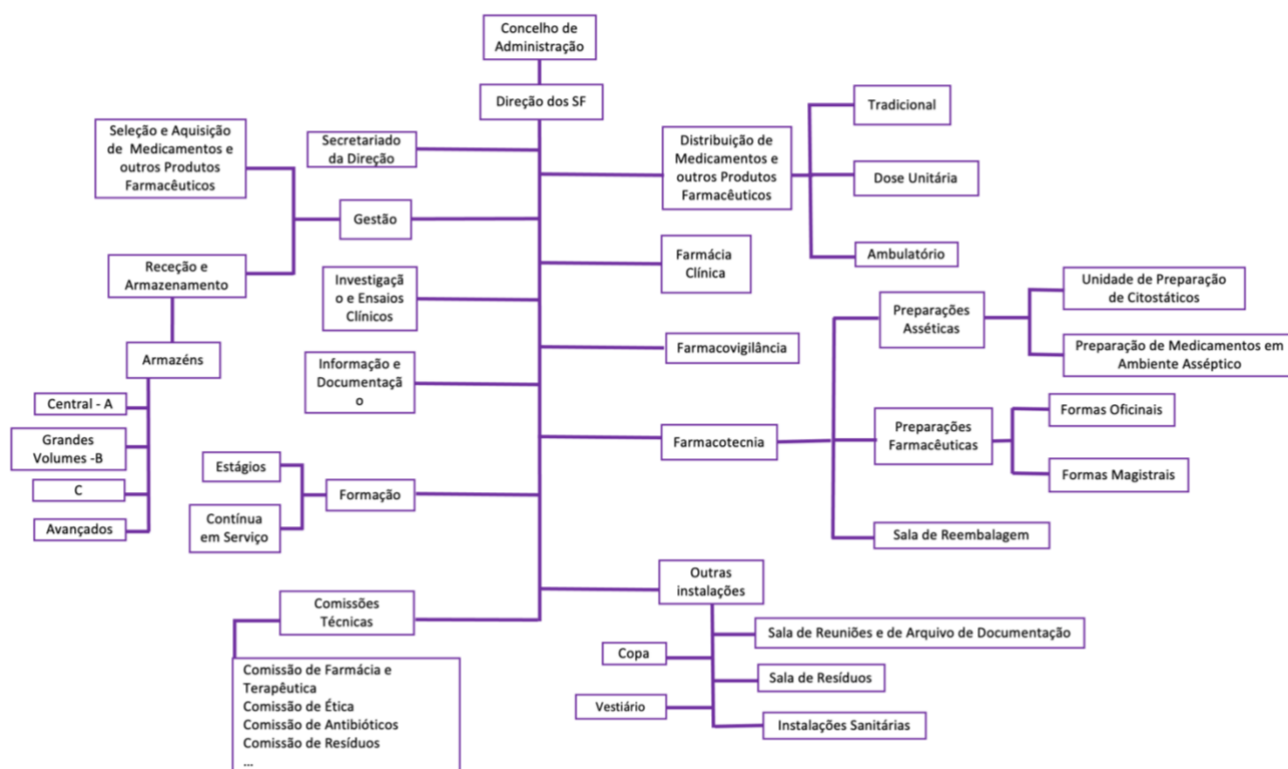
Anexos

Anexo I: Plano de Integração nos SF do HDESPD, E.P.E.

	Responsáveis	Descrição das atividades
1º dia – 2 de março de 2020	Dra. Ana Cristina Castanha	Caracterização dos SF: - Definição e competências - Localização, estrutura e organização - Missão, políticas e objetivos - Organigrama das áreas Organização e Gestão: - Recursos humanos - Metodologias de trabalho - Planos de integração - Formação contínua - Horários e planos de férias - Avaliação de desempenho
3 a 6 de março de 2020	Dra. Ana Cristina Pimentel Dra. Ana Catarina Rodrigues	Dose Unitária: Validação do perfil farmacoterapêutico no sistema informático Comissão de Ética PPCIRA
9 a 13 de março de 2020	Dra. Filipa Leite Dra. Joana Menezes Dr. Bruno Mendes	Ambulatório Interno: - Familiarização com a legislação específica da área - Acompanhamento na dispensa de medicamentos Unidade Oncologia Dia: - Interpretação, validação das prescrições e elaboração de folhas farmacotécnicas

1 a 3 de setembro de 2020	Dra. Isabel Soares Dra. Andrea Borges	Gestão: - Integração na área de gestão de stocks e aquisição de medicamentos e produtos farmacêuticos Farmacotecnia: - Leitura de procedimentos específicos da área - Observação da manipulação de fármacos, pesagens e embalagens
4 a 11 de setembro de 2020	Dra. Ana Catarina Rodrigues Dr. Bruno Mendes	Unidade Oncologia Dia: - Interpretação, validação das prescrições e elaboração de folhas farmacotécnicas - Observação da manipulação dentro da sala limpa Visita Clínica aos Cuidados Paliativos
14 a 18 de setembro de 2020	Dra. Sandy Garcia Dra. Isabel França	Sistema de Distribuição Tradicional: - Stocks nivelados - Requisições individualizadas - Circuitos especiais de distribuição Circuito de Aquisição, Prescrição e Distribuição de Medicamentos Estupefacientes Farmacovigilância Farmácia Clínica Reconciliação Terapêutica
21 a 25 de setembro de 2020	Dra. Joana Menezes Dra. Joana Canto e Castro	Ambulatório Interno: - Familiarização com a legislação específica da área - Acompanhamento na dispensa de medicamentos
28 a 30 de setembro de 2020	Dra. Ana Catarina Rodrigues	Consolidação de conhecimentos Ensaio Clínicos Comissões

Anexo II: Organização do espaço físico dos Serviços Farmacêuticos do HDESPD, E.P.E.



Legenda:

- Armazém Central – A: formas orais, sólidas e líquidas; ampolas e frascos de injetáveis de pequeno volume; colírios, pomadas e outros tópicos.
- Grandes volumes - B: injetáveis de grande volume, nutrição entérica e parentérica, material de penso, desinfetantes e outros
- C: inclui AF02 – Armazém da Unidade de Preparação de Citostáticos; AF04 – Armazém do Ambulatório
- Avançados:
 - Armazém C: citotóxicos
 - Armazém E: estupefacientes
 - Armazém F: frigoríficos
 - Armazém I: inflamáveis
 - Armazém S: soros

Anexo III: Tabela com as patologias crónicas e respetiva legislação, em que a medicação é dispensada gratuitamente em regime de ambulatório.

Patologias Crónicas	Legislação em vigor
Espondilite Anquilosante Artrite Psoriática Artrite Reumatoide Artrite Idiopática Juvenil Poliarticular Psoríase em Placas	Despacho n.º 1845/2011 Declaração de Rectificação n.º 286/2011 Despacho n.º 17503-A/2011 Despacho n.º 14242/2012 Despacho n.º 9082/2017 Portaria n.º 48/2016, Portaria n.º 198/2016 Portaria n.º 282/2017 Deliberação n.º 28ª/2019 Deliberação n.º 070/CD/2020
Hidradenite Supurativa	Portaria nº38/2017
Ictiose	Portaria nº 36/2018
Fibrose Quística	Despacho n.º 24/89 Portaria nº 924-A/2010
Doentes Insuficientes Crónicos E Transplantados Renais	Despacho n.º 11619/2003 Despacho n.º 14916/2004 Rectificação n.º 1858/2004 Despacho nº 25909/2006 Despacho n.º 10053/2007 Despacho n.º 8680/2011
Doentes Insuficientes Renais Crónicos	Despacho n.º 10/96 Despacho n.º 6370/2002 Despacho n.º 22569/2008 Despacho n.º 29793/2008 Despacho n.º 5821/2011
Indivíduos Infetados com VIH	Despacho n.º 14/91 Despacho n.º 8/93 Despacho n.º 6/94 Despacho n.º 1/96 Despacho n.º 6 778/97 Despacho nº 5772/2005 Despacho nº 2175/2013 Despacho nº13447-B/2015
Deficiência da Hormona de Crescimento na Criança Síndrome de Turner Perturbações do Crescimento Síndrome de Prader-Willi Terapêutica de Substituição em Adultos	Despacho n.º 12455/2010
Esclerose Lateral Amiotrófica	Despacho n.º 14094/2012

Síndrome de Lennox-Gastaut	Despacho n.º 13 622/99
Profilaxia da Rejeição Aguda de Transplante Renal Alogénico Profilaxia da Rejeição Aguda do Transplante Cardíaco Alogénico Profilaxia da Rejeição Aguda de Transplante Hepático Alogénico	Despacho n.º 3069/2005 Despacho n.º 15827/2006 Despacho n.º 19964/2008 Despacho n.º 8598/2009 Despacho n.º 14122/2009 Despacho n.º 19697/2009 Despacho n.º 5727/2010 Despacho n.º 5823/2011 Despacho n.º 772/2012 Declaração de retificação n.º 347/2012 Despacho n.º 8345/2012
Doentes com Hepatite C	Portaria n.º 158/2014 Portaria n.º 114-A/2015 Portaria n.º 216-A/2015 Portaria n.º 181-A/2016 Portaria n.º 35/2018
Esclerose Múltipla	Despacho n.º 5775/2005 Rectificação n.º 653/2005 Despacho n.º 10303/2009 Despacho n.º 12456/2010 Despacho n.º 13654/2012 Despacho n.º 7468/2015 Portaria n.º 330/2016
Doentes Acromegálicos	Deliberação nº 29/CD/2018
Doença de Crohn Ativa Grave ou Com Formação de Fístulas	Despacho n.º 30994/2008 Despacho n.º 706-B/2014 Despacho n.º 9767/2014 Portaria n.º 351/2017
Hiperfenilalaninemia	Despacho n.º 1261/2014
Hemofilia	Portaria nº 924-A



RELATÓRIO DE ESTÁGIO

2019 - 2020

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