



RELATÓRIO DE ESTÁGIO

REALIZADO NO ÂMBITO DO MESTRADO INTEGRADO
EM CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS

Farmácia Queija Ferreira

Nuno Henrique Vieira Guedes

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

Relatório de Estágio Profissionalizante

Farmácia Queija Ferreira



janeiro a novembro de 2020

Nuno Henrique Vieira Guedes

Orientador: Dr. Carlos Queija Ferreira

Tutor FFUP: Prof. Doutor Paulo Lobão

Novembro 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, 27 de novembro de 2020

Nuno Henrique Vieira Guedes

AGRADECIMENTOS

É inevitável chegar ao culminar de 5 anos de estudos, aprendizagens, experiências e superações sem deixar um sincero agradecimento.

À Faculdade de Farmácia da Universidade do Porto por me proporcionar uma formação multidisciplinar tornando-me capaz de adaptar a diversos ambientes e enfrentar novos desafios. Nesta última etapa do MICF, agradeço à Comissão de Estágios e em especial ao meu tutor, Professor Doutor Paulo Lobão, pela compreensão e crítica ao meu trabalho.

Agradeço ao Dr. Carlos Queija Ferreira, Diretor Técnico da Farmácia Queija Ferreira, por me ter proporcionado um estágio numa farmácia de relevo, junto de uma equipa de trabalho peculiar. Obrigado por toda a compressão e confiança demonstrada, pelo incentivo a enfrentar os meus receios e por acreditar nas minhas capacidades.

À equipa da Farmácia Queija Ferreira, a Dra. Catarina Pinto, o Dr. Diogo Diniz, a Dra. Eduarda Vilares, a Dra. Inês Oliveira, a Dra. Margarida Silva, o Dr. Pedro Oliveira, a Dra. Rita Rodrigues, Dra. Sara Silva, o Filipe Dias, a Odete Ferreira e o Tiago Ferreira. Cada um com os seus métodos e influências, muito enriqueceram o meu estágio curricular quer a nível profissional, quer a nível pessoal. Obrigado por me confiarem as vossas experiências profissionais e pessoais, pela constante atenção e disponibilidade incondicional.

À Dra. Margarida Silva pela atenção e disponibilidade demonstrada no desenvolvimento e implementação dos meus projetos na Farmácia Queija Ferreira.

À Alexandra e ao Gonçalo, que me fizeram ver que mesmo no fim há anjos ocultos que se revelam.

Ao Grupo de Fados da FFUP, meu refúgio.

Aos meus amigos, que melhor conhecem as manifestações do meu ser.

Ao meu ano, “meu Porto de abrigo”, sem vocês não valia a pena.

À minha família, que me garante sempre um lugar para onde possa regressar.

RESUMO

No âmbito do Estágio Curricular do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas, iniciei, em janeiro de 2020, um período de estágio de 6 meses na Farmácia Queija Ferreira. Ao longo deste percurso tive a oportunidade de ser integrado na equipa de trabalho do Dr. Carlos Queija Ferreira e envolver-me no quotidiano de uma farmácia comunitária.

Na primeira parte deste relatório estão descritas atividades relacionadas com a organização da farmácia, dispensa de medicamentos e produtos de saúde e prestação de serviços. São realçadas tarefas por mim realizadas enquanto estagiário na Farmácia Queija Ferreira, assim como casos que contribuíram diretamente para o meu crescimento dentro da farmácia.

Na segunda parte deste relatório encontram-se abordados os três projetos que implementei no âmbito do estágio. O primeiro projeto surgiu da necessidade de combater a infodemia despoletada pela pandemia da COVID-19 e enaltecer o papel do farmacêutico na educação da população para a saúde. Este projeto abrangeu duas intervenções executadas em diferentes contextos epidemiológicos. A primeira intervenção deste projeto permitiu consciencializar e antecipar os utentes da Farmácia QF para uma epidemia que já se mostrava eminente em Portugal. A segunda intervenção, adaptada à fase de mitigação da pandemia, teve um maior alcance, ainda que virtual. O segundo projeto intitulado “Indicação farmacêutica: por uma automedicação responsável” consistiu na realização de uma ação de formação com objetivo de promover junto dos colaboradores da Farmácia Queija Ferreira uma prática de indicação farmacêutica adequada e completa, sustentada em critérios estabelecidos na “Norma específica sobre indicação farmacêutica” da Ordem dos Farmacêuticos. O material elaborado no âmbito deste projeto foi bastante valorizado pelos colaboradores, permitindo consolidar os seus conhecimentos e contribuir para um ato farmacêutico mais robusto. Com o terceiro, e último, projeto pretendi sensibilizar o utente para existência de interações de alimentos com fármacos. Apesar das limitações da metodologia aplicada (transmissão passiva de informação através do televisor), o projeto serviu de mote para intervenções importantes nos atendimentos realizados.

ÍNDICE

Declaração de Integridade	II
Agradecimentos.....	III
Resumo	IV
Índice	V
Índice de anexos	IX
Índice de Figuras	VII
Índice de Tabelas	VIII
Lista de abreviaturas, acrónimos e siglas	IX
PARTE I ATIVIDADES REALIZADAS DURANTE O ESTÁGIO.....	1
1. Introdução	1
2. Farmácia Queija Ferreira.....	2
2.1. Localização geográfica e horário de funcionamento	2
2.2. Enquadramento socioeconómico	2
2.3. Instalações e equipamentos	2
2.4. Recursos Humanos	4
3. Gestão da Farmácia Queija Ferreira	4
3.1. Sistema informático	4
3.2. Gestão de stocks	5
3.2. Gestão de encomendas	5
3.3. Devoluções	6
3.4. Receção de encomendas	7
3.5. Armazenamento	7
3.6. Controlo de prazos de validade.....	8
4. Dispensa de Medicamentos	9
4.1. Medicamentos Sujeitos a Receita Médica.....	9
4.2. Medicamentos não sujeitos a receita médica.....	12
4.3. Medicamentos estupefacientes e psicotrópicos	13
4.4. Medicamentos manipulados	14
5. Dispensa de outros produtos de saúde	16
5.1. Dispositivos médicos	16
5.2. Medicamentos e produtos de uso veterinário.....	16
5.3. Produtos de dermocosmética e higiene pessoal	16
6. Serviços e cuidados de saúde prestados	17
6.1. Determinação e parâmetros bioquímicos e fisiológicos.....	17
6.2. Administração de medicamentos injetáveis.....	18

6.3. Preparação individualizada de medicamentos	18
6.4. VALORMED®	18
7. Formações	19
PARTE II PROJETOS DESENVOLVIDOS NA FARMÁCIA QUEIJA FERREIRA	20
1. COVID-19: a profissão farmacêutica no combate à desinformação	20
1.1. Contextualização e objetivos	20
1.2. Introdução teórica	21
1.3. Metodologia	25
1.4. Resultados e Discussão.....	26
1.5. Conclusão.....	28
2. Indicação farmacêutica: por uma automedicação responsável.....	28
2.1. Contextualização e objetivos	28
2.2. Introdução teórica	30
2.3. Metodologia	34
2.4. Resultados e Discussão.....	35
2.5. Conclusão.....	36
3. Interações alimento-fármaco: um problema subestimado.....	37
3.1. Contextualização e objetivos	37
3.2. Introdução teórica	37
3.3. Metodologia	37
3.4. Resultados, discussão e conclusão	39
Considerações finais.....	40
Referências bibliográficas	41
Anexos.....	47

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 Evolução do número de máscaras vendidas na Farmácia Queija Ferreira por mês, no período de janeiro a setembro de 2020. O ano de 2019 não tem representatividade gráfica uma vez que o número de máscaras vendidas foi nulo no período homólogo. Os dados (Anexo 1) foram recolhidos pelo histórico de vendas através do Sifarma 2000®.	21
Figura 2 Prevalência dos sintomas reportados por Docherty et al. (2020) e o relatório final da WHO-China Joint Mission on Coronavirus Disease 2019.	23
Figura 3 Número de novos casos diários, em Portugal, por data de divulgação da DGS. O eixo das abcissas (datas desde 9 de fevereiro até 31 de maio de 2020) também é usado como um cronograma das intervenções que constituíram o projeto (caixas de texto de cor cinza), de forma a enquadrá-las no contexto epidémico em que Portugal encontrava-se. FQF, Farmácia Queija Ferreira. ...	25
Figura 4 Número de pessoas alcançadas em cada uma das publicações realizadas no âmbito do projeto. O número de pessoas alcançadas na publicação acerca do distanciamento social (n=422) superou em 64% o valor da mediana (n=257) do número de pessoas alcançadas por publicação no ano de 2019. Em relação à publicação “Lave as mãos frequentemente”, o número de pessoas alcançadas (n=242) foi ligeiramente inferior ao valor da mediana. Esta diferença de resultados pode ser explicada possivelmente pela forma como as imagens elaboradas para as publicações foram apresentadas: ao contrário da publicação acerca da lavagem das mãos, na primeira publicação as imagens foram apresentadas em formato de vídeo, o que poderá ter invocado mais as pessoas.	27
Figura 5 Evolução do mercado de MNSRM entre 2007 e 2019 nas farmácias em Portugal. Os dados demonstram que em 2019 a população desembolsou cerca de 283,4 milhões de euros em MNSRM nas farmácias, um incremento de 51% em relação há uma década. O gráfico resultou da compilação dos dados (Anexo 6) apresentados nos relatórios de “Monitorização mensal do consumo de medicamentos no ambulatório do SNS” elaborados pela Direção de Informação e Planeamento Estratégico do INFARMED, disponíveis no site da autoridade. PVP, Preço de venda ao público.	29

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 Cronograma das atividades realizadas durante o estágio.....	1
Tabela 2 Cronograma das formações realizadas durante o período de estágio.	19
Tabela 3 Suplementos elaborados para cada fluxograma.	35
Tabela 4 Exemplos de mecanismos subjacentes ao efeito da dieta na exposição e resposta aos fármacos.	38

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1.....	47
Anexo 2.....	48
Anexo 3.....	49
Anexo 4.....	50
Anexo 5.....	52
Anexo 6.....	53
Anexo 7.....	54
Anexo 8.....	57
Anexo 9.....	58
Anexo 10.....	59
Anexo 11.....	60
Anexo 12.....	61
Anexo 13.....	62
Anexo 14.....	63
Anexo 15.....	64
Anexo 16.....	64
Anexo 17.....	65
Anexo 18.....	66
Anexo 19.....	67
Anexo 20.....	67
Anexo 21.....	68
Anexo 22.....	72

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

CCF	Centro de Conferência de Faturas
DCI	Denominação Comum Internacional
DT	Diretor Técnico
FQF	Farmácia Queija Ferreira
IVA	Imposto sobre o Valor Acrescentado
MNSRM	Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica
MNSRM-EF	Medicamento Não Sujeito a Receita Médica de Dispensa Exclusiva em Farmácia
MSRM	Medicamentos Sujeitos a Receita Médica
PIM	Preparação Individualizada de Medicação
SI	Sistema Informático
SNS	Serviço Nacional de Saúde
DGS	Direção-Geral da Saúde
COVID-19	Doença do coronavírus 2019
SARS-CoV-2	Coronavírus da Síndrome Respiratória Aguda Grave 2
OMS	Organização Mundial de Saúde
CoV	Coronavírus
ECA2	Enzima conversora da angiotensina 2
DLR	Domínio de ligação ao recetor
PMAD	Padrões moleculares associados ao dano
TLC	Taxa de letalidade dos casos
AINES	Anti-inflamatórios não esteroides
RA	Rinite Alérgica
CVV	Candidíase vulvovaginal
IAFs	Interações entre alimentos e fármacos

PARTE I ATIVIDADES REALIZADAS DURANTE O ESTÁGIO

1. Introdução

A rede de farmácias comunitárias, em Portugal, conta com aproximadamente 3000 farmácias espalhadas pelo território nacional. Esta rede capilar e abrangente coloca o farmacêutico como o profissional de saúde de mais fácil acesso à população, assim como torna a farmácia o espaço de saúde a que qualquer utente pode aceder, sem qualquer custo acrescentado. Mais do que locais de dispensa de medicamentos, as farmácias atuais disponibilizam uma grande variedade de serviços em saúde que evitam a sobrecarga das entidades prestadoras de cuidados de saúde primários e secundários. O ramo de farmácia comunitária, dentro da área das ciências farmacêuticas, é claramente aquele que oferece uma maior empregabilidade. Dada esta realidade, é fundamental que o Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas contemple um estágio curricular dedicado a este setor, permitindo a aplicação de todo o conhecimento teórico adquirido ao longo dos cinco anos, num contexto de aprendizagem ao lado de farmacêuticos e equipas de trabalho experientes.

Entre 13 de janeiro e 9 de novembro de 2020 tive oportunidade de realizar o estágio curricular na Farmácia Queija Ferreira, com a duração total de 6 meses, sob a orientação do Dr. Carlos Queija Ferreira. Na **Tabela 1** encontra-se o cronograma das atividades realizadas no meu estágio.

Tabela 1 Cronograma das atividades realizadas durante o estágio.

Atividade	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov
Receção e verificação de encomendas											
Armazenamento de produtos											
Medição de parâmetros bioquímicos e pressão arterial											
Observação de atendimentos											
Atendimento supervisionado											
Atendimento autónomo											
Organização de receituário											
Projeto - COVID-19: a profissão farmacêutica no combate à desinformação											
Projeto - Indicação farmacêutica: por uma automedicação responsável											
Projeto - Interações alimento-fármaco: um problema subestimado											

2. Farmácia Queija Ferreira

2.1. Localização geográfica e horário de funcionamento

A Farmácia Queija Ferreira (FQF) situa-se na Avenida Fernão de Magalhães nº1588, na freguesia das Antas no concelho do Porto. Esta conta já com alguns anos de existência, tendo sido fundada em 1980 numas instalações mais reduzidas que as atuais, no Largo de São Pedro, em Campanhã. Passados 3 anos da sua fundação, houve necessidade de mudar de localização para a Rua Vasques de Mesquita, nas Antas, onde se manteve durante 27 anos. No ano de 2010, passou então para a sua localização atual.

Relativamente ao horário de funcionamento, a FQF está aberta todos os dias do ano. Em dias úteis funciona das 8h30 às 00h00 e aos feriados e fins de semana das 9h00h às 22h00.

Antes da interrupção do meu estágio devido à pandemia da COVID-19, o meu horário de estágio consistia na entrada às 9h00 e saída às 17h00. Quando retomei ao estágio, em junho, o horário viu-se reduzido, estagiando das 8h30 às 14h00 alternado semanalmente com um horário das 14h00 às 19h30. De modo a perceber diferentes experiências e ambientes na FQF, foi-me feita a proposta de estagiar num sábado e domingo, à qual aceitei.

2.2. Enquadramento socioeconómico

Por se situar numa avenida da cidade do Porto bastante movimentada, dada a sua proximidade a inúmeros serviços, meios de transporte, estabelecimentos comerciais, escolas, clínicas diversas e residências, a FQF tem uma população de utentes bastante heterogénea. O que também contribui para isso é possivelmente o seu horário de funcionamento alargado.

Este enquadramento socioeconómico permitiu contactar com uma grande diversidade de utentes, aperfeiçoando e adaptando as minhas técnicas de comunicação nos atendimentos ao público, enquanto colocava em prática os conhecimentos adquiridos na minha formação académica. Dada a variedade de horários que realizei ao longo do estágio, constatei que nos dias úteis é mais frequente a presença de pessoas mais idosas e clientes habituais e aos fins-de-semana o aparecimento de utentes pontuais e de faixas etárias mais baixas.

2.3. Instalações e equipamentos

2.3.1. Exterior

A FQF está identificada exteriormente pela “cruz verde” e pelo letreiro com o nome da farmácia. Para além disso tem inscrito num local visível o seu horário de atendimento, a direção técnica da mesma, os serviços disponíveis e as farmácias de serviço permanente

no conselho. Nos dias em que a farmácia se encontra em regime de turno permanente, tem ao seu dispor o postigo para ser utilizado durante a noite. Para a divulgação de produtos e campanhas, a farmácia possui 5 montras, que normalmente são elaboradas pelos delegados das marcas em questão.

2.3.2. Interior

O interior da FQF está dividido na área de atendimento, 2 zonas de armazenamento, *backoffice*, sala de boas práticas, laboratório, sala para preparação individualizada de medicação (PIM), sala de convívio, gabinete do diretor técnico (DT), vestiário e 2 quartos de banho, gabinete de podologia e anexos para utilização por colaboradores externos.

Uma das características da área de atendimento é o seu espaço amplo que proporciona o ambiente adequado à realização de atendimentos e acompanhamento do utente. Nesta, estão presentes 6 postos de atendimento individualizados, permitindo um clima de privacidade com o utente e o atendimento de um número considerável de utentes ao mesmo tempo na farmácia. O atendimento é feito através de senhas, portanto existe um dispensador à entrada e um ecrã onde são exibidos os números das senhas e a que balcão o utente se deve dirigir. Este sistema tem em conta a prioridade para pessoas com deficiência ou incapacidade, idosos, grávidas e pessoas com crianças de colo, de acordo com a Lei nº28/2016, de 29 de agosto. Atrás dos balcões de atendimento, estão armazenados em gavetas medicamentos não sujeitos a receita médica (MNSRM) dispensados regularmente e como tal a sua proximidade ao balcão permite um atendimento mais rápido. Ao dispor dos utentes existem sofás e uma televisão para aguardarem a sua vez, e uma balança com capacidade de medir peso, altura e índice de massa corporal. Ao longo do espaço estão distribuídos lineares, expositores e gôndolas reservados à exibição de produtos de venda livre, geralmente na área da dermocosmética, higiene corporal e oral e puericultura.

Existem 2 zonas de armazenamento na FQF. Uma imediatamente subjacente à área de atendimento onde está presente um armário onde estão armazenados medicamentos organizados por forma farmacêutica e alfabeticamente, excluindo antibióticos, contraceptivos orais e medicação para terapia hormonal de substituição, que se encontram à parte. Nesta zona encontra-se também o frigorífico e algumas prateleiras destinadas às reservas, quer pagas quer não pagas, e a produtos com baixa rotatividade de *stock*. A outra zona de armazenamento tem como finalidade o armazenamento de excedente *stock* que não cabe nos lineares ou armários destinados para tal. Entre as 2 zonas de armazenamento localiza-se o *backoffice*, onde são processadas as encomendas, devoluções, etiquetagem de produtos, e onde se encontram as fontes bibliográficas de apoio à atividade da farmácia previsto no DL nº307/2007, de 31 de agosto.¹

Na sala de boas práticas realiza-se a medição de parâmetros fisiológicos e bioquímicos, a administração de injetáveis e ainda tem ao dispor uma balança para bebés. O laboratório da FQF é utilizado para fazer a reconstituição de formulações orais líquidas e a preparação de medicamentos manipulados.

2.4. Recursos Humanos

A FQF tem como DT e proprietário o Dr. Carlos Queija Ferreira, que coordena uma equipa de 12 profissionais. Integram o quadro farmacêutico, a Dra. Liliana Pontes como farmacêutica adjunta, a Dra. Catarina Pinto, o Dr. Diogo Diniz, a Dra. Eduarda Vilares, a Dra. Inês Oliveira, a Dra. Margarida Silva, o Dr. Pedro Oliveira, a Dra. Rita Rodrigues e a Dra. Sara Silva. No quadro não farmacêutico encontram-se os técnicos de farmácia Filipe Dias, Odete Ferreira e Tiago Ferreira.

3. Gestão da Farmácia Queija Ferreira

3.1. Sistema informático

Na FQF, o sistema informático (SI) utilizado é o Sifarma 2000[®], distribuído pela Glintt. Este é indispensável para as tarefas quotidianas de farmácia comunitária, desde a sua gestão ao próprio atendimento dos utentes. Apesar de esteticamente o SI parecer ultrapassado para os dias de hoje, é um sistema bastante prático com inúmeras funcionalidades pertinentes e que facilitam o trabalho dos profissionais. De forma a rastrear as ações de cada profissional, caso seja necessário, cada utilizador tem umas credenciais de acesso próprias. Neste sistema, para além de ser possível todo o processamento de encomendas, devoluções e receituário, é também possível aceder informação científica específica para cada produto, nomeadamente as suas indicações e contraindicações, efeitos adversos, posologia e interações. Para além disso, uma ferramenta de extrema utilidade é a possibilidade de, para utentes com ficha criada no sistema, visualizar o histórico de medicamentos e produtos adquiridos na farmácia. Isto possibilita um acompanhamento mais eficaz e um auxílio na tomada de decisões.

O contacto com o Sifarma 2000[®] começou desde o meu primeiro dia de estágio, sendo que se tornou um aliado indispensável na realização das tarefas quotidianas, mas mais importante no atendimento. A sua vertente científica foi uma grande ajuda durante todo o estágio, pois permitiu-me o acesso imediato a informação fundamental aquando o atendimento de utentes, para um atendimento completo e para dar resposta às inúmeras questões colocadas pelos utentes acerca dos medicamentos. Nos atendimentos que realizei era constante a preocupação em consultar sempre que possível o separador das precauções dos medicamentos, mesmo aqueles prescritos pelo médico, de forma a promover o uso adequado e responsável do medicamento.

3.2. Gestão de stocks

Atualmente, a farmácia comunitária é também um espaço comercial, sendo que esta condição nunca se pode sobrepôr à condição de ser um espaço de saúde e primar pelo bem-estar da população. Posto isto, a gestão de *stocks* tem uma relação direta com uma correta gestão económica da farmácia, uma vez que o *stock* deve estar preparado para garantir que os utentes têm acesso à medicação, ao mesmo tempo que não contém um número excessivo de produtos que se acumulam na farmácia e não são escoados, representando um prejuízo económico.

Para que esta função seja desempenhada da melhor maneira possível, o SI regista todas as compras e vendas de todos os produtos existentes na farmácia, de forma a manter o seu *stock* atualizado e permitir a rastreabilidade de cada produto. Além disso, é possível definir um limite inferior e superior para a quantidade de cada produto e, quando o limite inferior é ultrapassado, o sistema informático sugere que esse produto deva ser encomendado, na realização da encomenda diária. Mais ainda, é crucial ter atenção que alguns produtos são sazonais, ou seja, são muito requisitados durante uma altura específica do ano.

3.2. Gestão de encomendas

A gestão de encomendas tem uma relação direta com a gestão de stocks, uma vez que a única maneira da farmácia obter os seus produtos é através da realização de encomendas. As encomendas podem ser feitas ao distribuidor grossista ou diretamente ao laboratório que produz o produto pretendido. A escolha entre estas duas modalidades prende-se com as condições comerciais oferecidas à farmácia.

As encomendas diretas ao laboratório são sempre feitas através do delegado comercial que o representa e que mantém um contacto constante com a farmácia.

Relativamente às encomendas ao distribuidor grossista, podem ser realizadas de várias maneiras distintas: (1) Encomenda diária – proposta de encomenda gerada pelo sistema informático e que contém todos os produtos que atingiram o seu limite mínimo de stock. Esta lista é verificada e editada pelo farmacêutico, que pode eliminar, adicionar ou alterar a quantidade a encomendar de qualquer produto; (2) Encomenda manual – semelhante à encomenda diária, no entanto o farmacêutico deve gerar manualmente a proposta de encomenda, inserindo um produto de cada vez; (3) Encomenda instantânea – encomenda feita através do sistema informático, mas na ficha de cada produto. Muito utilizadas durante o atendimento, quando um utente procura um produto com baixa rotatividade ou um produto que nunca esteve na farmácia, por exemplo; (4) Encomenda Projeto Via Verde do Medicamento: encomenda instantânea por uma via excecional a medicamentos com disponibilidade reduzida (rateados) e que só pode ser concretizada se

o utente tiver uma receita médica, uma vez que o preenchimento dos dados da receita é obrigatório para o acesso ao stock reservado deste medicamento; (5) Encomenda telefónica: muito útil quando surgem dificuldades na encomenda de um produto através do sistema informático, para saber a disponibilidade dos medicamentos esgotados ou quando não há informação sobre o Código Nacional do Produto (CNP).

O principal distribuidor grossista da FQF é a Alliance Healthcare®, sendo a COOPROFAR® e a OCP Portugal® os distribuidores grossistas de reserva, quando existe uma rutura de stock no distribuidor principal.

Durante os atendimentos ao público, quando a farmácia não dispunha do produto pretendido pelo utente, realizava encomendas instantâneas quando o prazo de envio da encomenda ao fornecedor estava no limite. Caso contrário, “pendurava” o produto em questão numa encomenda criada manualmente, de forma a ser avaliada pelo gestor de stock da farmácia antes da mesma ser enviada para o fornecedor.

3.3 Devoluções

A devolução de medicamento ou outros produtos farmacêuticos por originar de várias razões, algumas delas já mencionadas: prazo de validade ultrapassado, embalagens danificadas, unidades enviadas ou pedidas por engano, ordem da Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I.P. (**Infarmed**), ordem do laboratório ou fabricante.

Independentemente da razão a que leva à devolução de um produto, esta deve ser feita através do sistema informático, que emite uma Nota de Devolução, documento que contem as seguintes informações: identificação da FQF, fornecedor, número e data da fatura correspondente à compra do produto, identificação do produto e o número de unidades a serem devolvidas, justificação da devolução. Este documento é, automaticamente, impresso em triplicado, sendo que o original e o duplicado são enviados, com o produto, ao fornecedor e o triplicado é armazenado na farmácia até que a devolução seja aceite e possa ser regularizada. Caso o fornecedor aceite o motivo da devolução, emite uma nota de crédito para a farmácia ou envia um novo produto. Nos casos em que a justificação não é aceite, os produtos são destruídos através do Sistema de Gestão de Resíduos de Embalagens e Medicamentos (**VALORMED**).

Durante o meu estágio realizei uma devolução de um conjunto de produtos de baixa rotatividade, mas com uma procura pontual, e por isso eram semanalmente devolvidos e novamente encomendados para que a farmácia tivesse resposta a um pedido destes produtos e ao mesmo tempo não ter prejuízo, caso os produtos não fossem eventualmente vendidos e a validade expirasse.

3.4. Receção de encomendas

Como referido anteriormente, o sistema informático faz o registo de todas as compras de todos os produtos existentes na farmácia. Porém, para que tal seja possível, estes movimentos devem ser registados no sistema informático, com o maior rigor possível, para evitar erros de *stock*. Na chegada à farmácia, todos os produtos encomendados vêm acondicionados em contentores apropriados com identificação quer da farmácia, quer do distribuidor grossista. No caso dos produtos que devem ser acondicionados entre 2°C e 8°C estes são enviados em contentores apropriados para manter o seu estado de conservação e devem ser colocados no frigorífico assim que chegam à farmácia. Todas as encomendas chegam acompanhadas de uma fatura que contém os dados da farmácia, do distribuidor grossista e detalhes da encomenda.

Através do ícone “Receção de Encomendas”, presente no sistema informático, é possível visualizar todas as encomendas realizadas por via do próprio sistema. O primeiro passo é seleccionar a encomenda que se pretende rececionar, de seguida inserir os dados da fatura e, finalmente, proceder à leitura ótica de cada produto. Durante este processo é fundamental prestar atenção ao *stock* de cada produto, visto que se deve atualizar o prazo de validade daqueles que têm *stock* nulo, confrontar os dados da fatura com os dados do sistema informático: quantidade faturada correspondente à enviada, preço de venda ao público (**PVP**), preço de venda à farmácia (**PVF**), preço impresso na cartonagem (**PIC**), imposto de valor acrescentado (**IVA**), descontos e bonificações. Mais ainda, deve verificar-se o estado de conservação de cada embalagem. No caso dos produtos sem PIC, deve aplicar-se as margens comerciais da farmácia, uma vez que estes produtos representam uma grande parcela de receitas para qualquer farmácia comunitária. O passo final consiste em verificar se o valor final da fatura corresponde ao valor apresentado no sistema informático. Qualquer irregularidade deve ser reportada ao distribuidor grossista, seja esta relativa ao estado de conservação de uma embalagem, à faturação de um produto que não foi enviado, ao envio de um produto não faturado ou outra inconformidade.

A receção de encomendas foi das primeiras funções que tive na FQF, sendo fulcral para me permitir associar substâncias ativas com os nomes comerciais correspondentes e ter uma noção geral dos preços praticados para a maioria dos MSRM comercializados em Portugal, o que posteriormente se revelou muito útil no atendimento ao público. Foi possível uma aprendizagem gradual, com receção inicial de encomendas mais simples para conseguir conferir, posteriormente, mais complexas e de grande volume.

3.5. Armazenamento

Na FQF, o armazenamento dos produtos garante a conservações das suas características, posto isto a humidade e temperatura são controladas, diariamente, através

de um sistema de higrómetros (humidade <60% e temperatura <25°C). Os produtos presentes nas gavetas dispensatórias, estão divididos em formulações sólidas (comprimidos/cápsulas), aerossóis/inaladores, gotas (produtos oftálmicos e gotas auriculares), pomadas, cremes e géis, soluções e pós cutâneos, supositórios e óvulos, injetáveis, saquetas/pós, ampolas bebíveis, produtos de uso externo, xaropes, produtos de uso veterinário e produtos para o controlo da diabetes *mellitus* (lancetas e tiras reativas). Dentro de cada grupo estão organizados segundo a forma farmacêutica, ordem alfabética do seu nome comercial, dosagem e número de unidades existentes na embalagem. Contudo, os anticoncecionais, terapêutica hormonal de substituição (**THS**) e antibióticos (xaropes e comprimidos) encontram-se dispostos de forma independente, por conveniência. De referir ainda, que o armazenamento espacial dos MPS pode sofrer variações, conforme o stock previsto, mas deve ter sempre presente o princípio FEFO – *first expired, first out*. Os produtos que necessitem de ser conservados a uma temperatura entre 2-8°C são armazenados no frigorífico que contém um dispositivo de controlo de temperatura, no seu interior.

A zona de atendimento da FQF é alvo de alterações frequentes por questões comerciais, campanhas promocionais existentes, ou devido à sazonalidade de procura de determinados produtos. Para além disso, os MNSRM de dispensa frequente estão dispostos em gavetas próximas dos postos de atendimento para agilizar o acesso aos mesmos por parte dos funcionários. É importante referir que todos os produtos dispostos para lá do balcão são etiquetados com o código de barras, CNP e PVP, respetivos.

O armazenamento foi uma das primeiras tarefas por mim desempenhadas na FQF, que me permitiu um grande conhecimento das diversas marcas comerciais e especialmente dos produtos de venda livre, sendo o uma mais valia quando iniciei o atendimento ao público. Para além disso, participei na preparação dos expositores e lineares da farmácia, nomeadamente produtos de dermocosmética, higiene corporal, saúde oral e MNSRM, o que me permitiu desenvolver competências neste âmbito.

3.6. Controlo de prazos de validade

Na FQF, o controlo dos prazos de validade é feito sempre que se procede à receção de uma encomenda, no sistema informático. Isto porque, se for enviado um produto ou vários produtos com um prazo de validade muito curto, há o risco deste não ser vendido e representar um prejuízo para a farmácia. Além disso, o sistema informático é capaz de gerar uma lista de controlo de prazos de validade para todos os produtos existentes na farmácia, cujos prazos de validade expirem em 6 meses. Após o controlo manual por parte dos colaboradores da FQF, os prazos de validade são atualizados no sistema informático, de acordo com os prazos anotados na lista. De forma a tentar escoá-los rapidamente, os

medicamentos desta lista são colocados à parte dos restantes ou assinalados com uma etiqueta. Nos casos em que o escoamento não é possível, os produtos são devolvidos ao fornecedor com uma nota de devolução, que pode originar na troca de um produto com maior prazo de validade, a emissão de uma nota de crédito ou não ser aceite.

4. Dispensa de Medicamentos

A dispensa de medicamentos é a atividade central de qualquer farmácia comunitária. Esta é uma etapa crucial no ciclo do medicamento, devendo ser sempre acompanhada do aconselhamento farmacêutico, de forma a promover o uso correto e responsável do medicamento. A partir do momento da dispensa, o utente partilha a responsabilidade de promover este uso correto e responsável, sendo missão do farmacêutico garantir que o utente possui todas as informações necessárias para o fazer. Assim, é também fundamental que o farmacêutico mantenha o seu conhecimento atualizado e baseado no rigor e evidência científica.

O Decreto-Lei n.º 176/2006, de 30 de agosto, classifica os medicamentos de uso humano em três classes distintas: Medicamento Sujeito a Receita Médica (MSRM), Medicamento Não Sujeito a Receita Médica (**MNSRM**) e Medicamento Não Sujeito a Receita Médica de Dispensa Exclusiva em Farmácia (**MNSRM-EF**).²

4.1. Medicamentos Sujeitos a Receita Médica

O Estatuto do Medicamento define que um medicamento é considerado sujeito a receita médica se corresponder a um dos quatro requisitos seguintes: (i) Possibilidade de 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; (ii) Possibilidade de constituir um risco, direto ou indireto, para a saúde, quando sejam frequentemente utilizados em quantidades consideráveis para fins diferentes daquele a que se destinam; (iii) Conttenham substâncias, ou preparações à base dessas substâncias, cuja atividade ou reações adversas sejam indispensável aprofundar; (iv) Destinem-se a ser administrados por via parentérica.

Posto isto, os MSRM, tal como o próprio nome indica, exigem a apresentação de uma receita médica para a sua dispensa. Além disso, os MSRM podem ainda ser divididos em três grupos diferentes, consoante a prescrição médica que permite a sua dispensa: (i) **Medicamentos de receita médica renovável**: medicamentos que se destinem a determinadas doenças ou a tratamentos prolongados e possam ser adquiridos sem necessidade de nova prescrição médica; (ii) **Medicamentos de receita médica especial**: medicamentos que conttenham uma substância classificada como estupefaciente ou psicotrópico; possam originar abuso medicamentoso ou toxicodependência, em caso de

utilização anormal; possam ser utilizados para fins ilegais; contenham uma substância que pela sua novidade ou propriedades deve ser abrangida nesta classificação, preventivamente; (iii) **Medicamentos de receita médica restrita**: medicamentos cuja utilização deva ser reservada a certos meios especializados, por exemplo, uso exclusivo hospitalar ou cuja utilização seja suscetível a reações adversas graves – exigem, adicionalmente, vigilância durante o tratamento.

4.1.1. A receita médica

No ano de 2016 foi publicado o Despacho n.º 2935-B/2016 que tornou a prescrição de medicamentos exclusivamente através da receita eletrónica desmaterializada (Receita Sem Papel). Para aceder a este tipo de receita é necessário um sistema informático adaptado para o efeito como os que existem nas farmácias comunitárias. Esta receita apresenta inúmeras vantagens quando comparada à receita em papel / receita manual, sendo a principal o facto de se poder aceder várias vezes à mesma receita, antes da sua completa dispensa. Consequentemente, estas receitas podem ter validade de um, seis ou doze meses, dependendo da duração do tratamento.³

Para o seu correto funcionamento, a receita eletrónica deve conter os seguintes dados: (i) Código de matriz: código identificativo gerado pelo sistema para acesso à receita; (ii) Código de acesso e dispensa: código que permite o acesso, individual e restrito, à receita eletrónica ou materializada; (iii) Código de direito de opção: permite o exercício da opção por linha de prescrição no momento da cedência de medicamentos; (iv) Linhas de prescrição: itens prescritos com correspondência direta com o Código Nacional para a Prescrição Eletrónica de Medicamentos ou outro código próprio do produto que permita a sua identificação; (v) Denominação comum internacional (**DCI**) da substância ativa, a forma farmacêutica, a dosagem, a quantidade e a posologia. Identificação do local de prescrição, médico prescriptor; utente (nome e número ou identificação de beneficiário de subsistema), entidade financeira responsável e a referência ao regime especial de comparticipação de medicamentos (se aplicável); (vi) Sobre prescrição médica constam ainda outras condicionantes no regime jurídico correspondente.^{4,5}

Uma vez que a receita eletrónica é dependente de um sistema informático para a sua criação e apesar da obrigatoriedade de prescrição via este tipo de receita, existem determinadas exceções que possibilitam a prescrição médica via uma receita manual: falência informática, inadaptação do prescriptor, prescrição no domicílio ou outras situações. Cada prescriptor tem um limite de quarenta receitas deste tipo, por mês. Tal como a receita eletrónica, este género de receitas deve conter várias informações que a tornem válida e, na falta de preenchimento ou preenchimento errado de qualquer um destes campos, a receita não pode ser processada no sistema informático. Os campos são: dados do utente,

entidade que comparticipa, exceção para a prescrição, local de prescrição, assinatura e vinheta do médico, validade da prescrição (30 dias) e número de embalagens (máximo de 2 embalagens de cada medicamento, num máximo de 4 medicamentos por receita, exceto para medicamentos em embalagem unitária que podem ser prescritos até 4 embalagens).⁶

A partir de agosto de 2020, devido a uma alteração na legislação portuguesa, a dispensa de medicamentos por via de receita eletrónica sofreu uma alteração relativamente ao número máximo de embalagens que poderia ser dispensado por cada linha de prescrição, por mês, por utente: (i) Máximo de 2 embalagens do mesmo medicamento; (ii) Máximo 4 embalagens do mesmo medicamento, no caso de embalagem unitária.⁵ Tendo em conta a realidade de vários utentes da farmácia comunitária, esta imposição possibilita o uso de justificações para dispensar um número superior ao legalmente autorizado: (i) Quantidade de embalagens para cumprir a posologia é superior a duas embalagens por mês (ou quatro embalagens por mês, no caso das embalagens unitárias); (ii) Extravio, perda ou roubo de medicamentos; (iii) Dificuldade de deslocação à farmácia; (iv) Ausência prolongada do país.⁵

Durante o estágio contactei com todo o tipo de receitas, contudo as mais frequentes foram as receitas eletrónicas desmaterializadas e materializadas. Constatei que a população idosa que atendia tinha frequentemente dificuldade em gerir a sua medicação crónica através das receitas eletrónicas desmaterializadas, este problema era facilmente colmatado pela impressão de um talão contendo as linhas de prescrição dos medicamentos não dispensados.

4.1.2. Sistema de preços de referência e regimes de comparticipação

Com o objetivo de melhorar o acesso ao medicamento, especialmente aos utentes com menos recursos económicos, tornar o sistema de comparticipações do Estado mais eficiente e promover a utilização do medicamento genérico, o Decreto-Lei n.º 48-A/2010 foi aprovado no sentido de cumprir estes objetivos e garantir mais e melhor saúde para todos os cidadãos.⁷

Este sistema engloba todos os medicamentos comparticipados, que sejam prescritos e posteriormente dispensado no Serviço Nacional de Saúde (SNS), no entanto para o compreender é necessário conhecer a definição de grupo homogéneo: conjunto de medicamentos com a mesma composição qualitativa e quantitativa em substâncias ativas, forma farmacêutica dosagem e via de administração, no qual é incluído, pelo menos, um medicamento genérico existente no mercado. O preço de referência – valor equivalente à média dos cinco medicamentos mais baratos do grupo – corresponde ao valor sobre o qual incide a comparticipação do Estado Português no preço dos medicamentos incluídos em cada um dos grupos homogéneos, de acordo com o regime de comparticipação que

lhes é atribuído. Para garantir que a legislação é cumprida e o utente pode exercer o seu direito de opção, cada farmácia comunitária deve ter, pelo menos, três dos cinco medicamentos mais baratos, mencionados anteriormente.^{7,8}

Uma outra iniciativa por parte do Estado Português para cumprir os objetivos referido anteriormente é o regime de comparticipação de medicamentos. Esta comparticipação incide sobre o preço de venda ao público dos MSRM e está condicionada a vários fatores como a demonstração técnico-científica do valor terapêutico do medicamento ou a demonstração da sua vantagem económica. Atualmente, existem dois regimes de comparticipação distintos – regime geral e regime excecional.

No que toca ao regime geral, a comparticipação do PVP dos medicamentos é dividida em 4 escalões, mediante as indicações terapêuticas do medicamento, as entidades que o prescrevem e a maior utilização dessa farmacoterapia por parte de doentes com determinadas patologias: (i) Escalão A - 90% de comparticipação; (ii) Escalão B - 69% de comparticipação; (iii) Escalão C - 37% de comparticipação; (iv) Escalão D: 15% de comparticipação.⁹

Os escalões de comparticipação variam de acordo com as indicações terapêuticas do medicamento, a sua utilização, as entidades que o prescrevem e ainda com o consumo acrescido para doentes que sofram de determinadas patologias.¹⁰

O Regime Especial de comparticipação de medicamentos prevê dois tipos de comparticipação: em função dos beneficiários e em função das patologias ou de grupos especiais de utentes. Este regime tem uma comparticipação acrescida em 5% para o escalão A e em 15% para os restantes escalões. Para os medicamentos cujos preços de venda ao público sejam iguais ou inferiores ao quinto preço mais baixo do grupo homogéneo em que se inserem, a comparticipação passa a 95%, independentemente do escalão.¹⁰⁻¹²

Finalmente, a comparticipação de medicamentos pode derivar de subsistemas de saúde privados. Nestes casos, o utente possui um cartão com um número associado e este número deve ser introduzido no sistema informático para que seja aplicada a comparticipação respetiva, podendo chegar a 100%.

4.2. Medicamentos não sujeitos a receita médica

Os MNSRM, apesar de dispensarem uma prescrição médica para serem adquiridos pelo utente, devem ser dispensados com o mesmo cuidado e atenção que os MSRM, visto que não deixam de ser medicamentos compostos por uma ou mais substâncias ativas com um efeito terapêutico associado e que podem ou não provocar reações secundárias e/ou interações com outras substâncias ativas. Por estar numa posição privilegiada e único no que diz respeito à dispensa de medicamentos, o farmacêutico tem um papel muito

importante a garantir que o utente adquira o MNSRM que mais benefícios lhe trará, em função do seu problema de saúde.

Dentro da categoria dos MNSRM, existe uma subcategoria designada MNSRM-EF que são medicamentos “eletivos para dispensa sob supervisão de um farmacêutico por questões de segurança e eficácia na sua utilização”. A existência de MNSRM-EF permite o aumento do número de medicamentos e das áreas terapêuticas em que estão disponíveis medicamentos não sujeitos a receita médica. O Infarmed tem a responsabilidade de regular os MNSRM-EF, segundo os requisitos seguintes: (i) DCI e as indicações terapêuticas constam da lista publicada pelo Infarmed na sua página web; (ii) Resumo das características do medicamento e folheto informativo propostos, além de cumprirem os requisitos estabelecidos para MNSRM, estão de acordo com o correspondente protocolo de dispensa constante da lista de protocolos de dispensa disponibilizada pelo Infarmed na sua página web; (iii) Dimensão da embalagem proposta está de acordo com o protocolo mencionado ou não excede o número de unidades necessárias à administração do medicamento pelo período aconselhado nesse protocolo.¹³⁻¹⁵

Ao longo do meu estágio, tive a oportunidade de intervir em muitas situações de automedicação e de pedidos de aconselhamento farmacêutico, sendo que as mais comuns foram situações de tosse, afeções oculares, obstipação, diarreia, insónia e dor musculoesquelética. Por outro lado, deparei-me com muitas pessoas que se dirigiam à farmácia com ideias definidas, a saberem o que pretendiam. Nestes casos, o aconselhamento farmacêutico torna-se difícil, pois as pessoas não estão por vezes recetivas ao mesmo. Cabe aos farmacêuticos advertir os utentes para os riscos e benefícios da automedicação.

4.3. Medicamentos estupefacientes e psicotrópicos

Os medicamentos estupefacientes e psicotrópicos atuam, marcadamente, ao nível do sistema nervoso central, apresentando propriedades ansiolíticas, sedativas e hipnóticas. Além disso, visto que existe o risco de serem utilizados para fins ilegais ou serem consumidos de maneira abusiva, criando uma dependência, são rigorosamente controlados desde a entrada na farmácia até à dispensa ao utente.

Como referido anteriormente, a dispensa deste tipo de medicamentos exige uma receita médica especial. Esta receita pode ser apresentada na farmácia, quer pelo utente que faz a toma da medicação, quer por outro utente (utente adquirente). Não obstante, devido ao controlo apertado a este tipo de medicação, é obrigatório o preenchimento de um formulário no sistema informático com os dados do utente adquirente (nome completo, morada, idade tipo, número e validade do cartão de identificação) e do utente que toma a medicação (nome e morada). Após a dispensa, o sistema informático imprime

automaticamente e em duplicado um “Talão de Saída de Psicotrópicos” que é arquivado na farmácia, durante 3 anos.

Para fechar o ciclo de controlo destes medicamentos, a farmácia deve, obrigatoriamente e até ao dia 8 de cada mês, enviar o registo de saídas de psicotrópicos e a cópia das receitas manuais contendo estes medicamentos, do mês anterior, ao Infarmed. Anualmente, deve enviar um mapa de balanço da saída de psicotrópicos.

Tive a oportunidade de dispensar, embora de forma pouco regular, medicamentos psicotrópicos. Apesar das dificuldades sentidas no início, pela burocracia associada ao processo, com a ajuda da equipa de trabalho da FQF, foi possível perceber todos os pormenores inerentes à dispensa destes produtos, sendo que os próprios utentes, por já estarem habituados ao processo, são elementos facilitadores do atendimento, fornecendo sem problemas os dados relativos à sua identificação.

4.4. Medicamentos manipulados

Durante um longo período, a manipulação de medicamentos foi a atividade central do farmacêutico, tendo sido impactada negativamente devido à evolução da tecnologia e da indústria farmacêutica. Não obstante, ainda hoje apresenta várias vantagens face aos restantes medicamentos, principalmente quando existe a necessidade de adaptar a terapêutica a um determinado utente ou a terapêutica necessária não existe no mercado. Os medicamentos manipulados podem ser classificados como fórmulas magistrais (quando são preparados segundo uma receita médica), ou preparados oficinais (quando o medicamento é preparado segundo indicações de uma Farmacopeia ou Formulário).¹⁶

Como profissional responsável pela manipulação do medicamento, acresce ao farmacêutico, a responsabilidade de verificar a segurança do utente a quem o medicamento foi prescrito. De forma a garantir esta segurança e providenciar o nível de qualidade necessário, a Portaria nº594/2004, de 2 de junho aprovou as boas práticas a observar na preparação de medicamentos manipulados, que incidem sobre 8 vertentes fundamentais: (i) Pessoal; (ii) Instalações e equipamentos; (iii) Documentação; (iv) Matérias-primas; (v) Materiais de embalagem; (vi) Manipulação; (vii) Controlo de qualidade; (viii) Rotulagem.¹⁷

Devido a obrigações legais e de forma a permitir a rastreabilidade de qualquer medicamento manipulado, em simultâneo com a manipulação, deve ser preenchida a respetiva ficha de preparação. Nesta ficha devem figurar vários dados (sempre que aplicável): (i) Denominação do medicamento manipulado, número de lote, prazo de validade e modo de conservação; (ii) Dados do utente; (iii) Nome do prescritor; (iv) Composição do medicamento manipulado, indicando as matérias-primas, quantidades usadas, números de lote e validade; (v) Descrição do modo de preparação; (vi) Resultados

dos controlos de qualidade realizados; (vii) Preço de venda ao público; (viii) Data de preparação; (ix) Identificação do farmacêutico responsável pela manipulação.¹⁷

Por sua vez, a rotulagem funciona como um resumo da ficha de preparação, devendo conter as seguintes informações: nome do doente (se se tratar de uma fórmula magistral), fórmula prescrita do medicamento manipulado, número do lote associado, prazo de validade, condições de conservação, instruções eventualmente indispensáveis para a utilização do medicamento (“agitar antes de usar”, por exemplo), via de administração, posologia, identificação da farmácia e direção técnica.¹⁷

Relativamente ao cálculo do preço de venda ao público de um medicamento manipulado, este deve seguir o que está contemplado na Portaria n.º 769/2004, de 1 de Julho e assenta em três parcelas principais, nomeadamente, o valor dos honorários da preparação, o valor das matérias-primas e o valor dos materiais de embalagem.

- Valor dos honorários: tem por base um fator F que é atualizado anualmente, pelo Instituto Nacional de Estatística com base na proporção do crescimento do índice de preços ao consumidor. Para 2020, o fator F é de 5,05;

- Valor das matérias-primas: multiplicar o valor da aquisição da matéria-prima, após deduzido o imposto sobre o valor acrescentado (IVA) respetivo, por um fator correspondente à maior das unidades de peso (entre quilograma e centigrama) que forem utilizadas ou dispensadas;

- Valor dos materiais de embalagem: multiplicar o valor da aquisição dos materiais de embalagem, após dedução do IVA respetivo, pelo fator 1,2.

Concluindo, o preço de venda ao público de um medicamento manipulado é resultado da seguinte fórmula: (Valor dos honorários + Valor das matérias-primas + Valor dos materiais de embalagem) x 1,3, acrescido o valor do IVA à taxa em vigor.¹⁸

Alguns medicamentos manipulados também são abrangidos por uma comparticipação de 30%, por parte do SNS. Todavia, para que as farmácias sejam ressarcidas desta comparticipação, o Centro de Controlo e Monitorização do SNS apenas poderia proceder a este ressarcimento se os medicamentos manipulados comparticipados pelo SNS fossem dispensados através dos respetivos códigos oficiais. Estes 168 códigos foram atribuídos pelo Infarmed, tendo por base o Despacho n.º 18694/2010 e encontram-se disponíveis no sistema informático.¹⁹

Na FQF, as especialidades médicas em que são frequentes as prescrições de manipulados são: a pediatria, a geriatria e a dermatologia. Nessa medida, durante o meu estágio, tive a oportunidade de participar na preparação de alguns manipulados, como a solução de Minoxidil a 5%, destinada ao tratamento da alopecia androgenética, e cápsulas de L-arginina, indicadas nos casos em que haja carência deste aminoácido, bem como as respetivas fichas de preparação e rotulagem.

5. Dispensa de outros produtos de saúde

A venda acompanhada de aconselhamento deste tipo de produtos é a mais desafiante para o farmacêutico, uma vez que devido à panóplia existente, é crucial que este profissional de saúde tenha um conhecimento sedimentado e baseado na evidência científica para responder, da melhor maneira possível, às necessidades do utente.

5.1. Dispositivos médicos

Um dispositivo médico é qualquer instrumento, aparelho, equipamento, *software*, material ou artigo utilizado isoladamente ou em combinação, cujo principal efeito pretendido no ser humano não seja alcançado por meios farmacológicos, imunológicos ou metabólicos, embora a sua função possa ser apoiada por esses meios.²⁰ São produtos controlados pelo Infarmed e agrupados em classes de risco, segundo os riscos inerentes à sua utilização, para o corpo humano.²¹

Foi possível contactar com muitos dispositivos médicos ao longo do estágio na FQF, nomeadamente, aparelhos de medição da pressão arterial, nebulizadores, aparelhos de medição de glicemia, meias de descanso ou compressão e material de penso.

5.2. Medicamentos e produtos de uso veterinário

Um medicamento de uso veterinário é “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.”.²²

Constatei que estes produtos têm baixa rotatividade na FQF, sendo os antiparasitários para animais de companhia os mais requisitados, devido à sua periodicidade de administração.

5.3. Produtos de dermocosmética e higiene pessoal

Segundo a legislação, um produto cosmético é “qualquer substância ou preparação destinada a ser posta em contacto com as diversas partes superficiais do corpo humano, designadamente epiderme, sistemas piloso e capilar, unhas, lábios e órgãos genitais externos, ou com os dentes e as mucosas bucais, com a finalidade de exclusiva ou principalmente, os limpar, perfumar, modificar o seu aspeto, proteger, manter em bom estado ou corrigir odores corporais”.²³ Na FQF, este tipo de produtos apresenta uma elevada procura, por parte dos seus utentes. Por esta razão, a farmácia possui vários

lineares e expositores que os colocam em destaque e chamam a atenção dos utentes. Além disso, periodicamente, realizam-se campanhas promocionais direcionadas a determinada marca, o que tem um resultado muito positivo no seu *sell-out*.

Esta foi outra área que se apresentou como um desafio no decorrer do meu estágio profissionalizante. Por um lado, o facto dos utentes da FQF terem uma elevada afinidade para esta área exigiu que eu atualizasse os meus conhecimentos sobre a mesma, de forma a realizar o melhor aconselhamento possível, de acordo com as necessidades do utente. Por outro lado, a maioria dos utentes que adquire estes produtos prefere ser atendido por uma colaboradora do sexo feminino, o que tornou escassas as minhas oportunidades de colocar o meu conhecimento teórico em prática.

6. Serviços e cuidados de saúde prestados

A farmácia comunitária é vista como espaço de saúde de fácil acesso e disponibilidade imediata, sendo utilizada por muitos utentes para a determinação de parâmetros bioquímicos e fisiológicos.

6.1. Determinação e parâmetros bioquímicos e fisiológicos

Na FQF existe a possibilidade de medir a pressão arterial, peso altura, índice de massa corporal, glicémia, colesterol total, colesterol HDL, triglicerídeos e ácido úrico. Estas medições são realizadas na sala de Boas Práticas, visto que permite maior privacidade com o utente. Esta privacidade torna-se particularmente útil para explicar ao utente a interpretação dos valores obtidos e aconselhar medidas não farmacológicas, quando necessário.

Durante o meu estágio, a medição da pressão arterial foi o serviço mais requisitado na FQF, seja para controlo dos valores ou em casos pontuais em que os utentes estão numa situação de mal-estar, sendo medida através de um esfigmomanómetro digital de braço. Visto que a pressão arterial é altamente variável com os fatores externos, a preparação do utente antes e durante a medição é cumprida com elevado rigor (ambiente calmo, utente sentado com os pés apoiados no chão, a palma da mão virada para cima e o cotovelo apoiado numa superfície plana) ao ponto de ser uma farmácia referenciada por vários médicos, dada a veracidade dos resultados nesta medição. Em segundo lugar, realizei várias determinações de glicémia utilizando um aparelho OneTouch® e uma lanceta para a punção de um dos dedos do utente. No caso de utentes com Diabetes mellitus é muito importante reforçar a importância do cumprimento quer da terapia farmacológica, quer da terapia não farmacológica. Finalmente, realizei a determinação de colesterol utilizando um aparelho Callegari®CR3000. Após punção de um dos dedos do utente, o seu sangue é colocado em contacto com uma enzima (colesterol esterase, se a

medição for colesterol total) e o aparelho, através de uma leitura automática, transforma a interpretação de reação enzimática num valor numérico. Não realizei nenhuma medição de triglicerídeos ou ácido úrico.

6.2. Administração de medicamentos injetáveis

Em Portugal, a administração de vacinas não incluídas no Plano Nacional de Vacinação e medicamentos injetáveis, nas farmácias comunitárias, por farmacêuticos, está legalmente consagrada desde 2007, sendo um importante contributo para a Saúde Pública e um alívio da carga de utentes em locais como os Centros de Saúde.¹ Para que esta prática se processe com todas as condições necessárias à segurança dos utentes e dos farmacêuticos, é necessário que sejam cumpridos os requisitos da Deliberação n.º 139/CD/2010, de 21 de outubro e da Deliberação n.º 145/CD/2010, de 4 de novembro. Um exemplo destes requisitos é a obrigatoriedade de formação adequada e reconhecida pela Ordem dos Farmacêuticos, para o desempenho desta função.^{24,25}

6.3. Preparação individualizada de medicamentos

A Portaria N.º 97/2018, de 9 de abril, que define os serviços farmacêuticos que podem ser prestados pelas farmácias, permitiu que a PIM fosse realizada na farmácia comunitária. Visto que a FQF possui protocolos com várias residências sénior da cidade do Porto, a prestação deste serviço mostrou-se como uma mais valia, quer para FQF, quer para as residências sénior. Através de um equipamento adaptado para a PIM, a medicação oral sólida de cada utente é separada em dispositivos compartimentados e descartáveis, designados de *Q-Packs*. Em cada compartimento é visível o dia e hora da toma da medicação.²⁶ Este serviço permite aumentar a adesão à terapêutica, por parte dos utentes das residências sénior e simplifica o trabalho dos seus funcionários, visto que não são os profissionais de saúde com formação dirigida para o uso correto do medicamento.

Ao longo do meu estágio, pude aperceber-me do impacto que este serviço tem na farmácia, já que envolve um grande esforço laboral por parte dos farmacêuticos. A PIM encontra-se em expansão na FQF, deste modo, pude participar em várias etapas relacionadas com a PIM: realizei a separação das necessidades de medicamentos dos utentes e auxiliei os farmacêuticos responsáveis durante a elaboração dos Q-packs e na confirmação e atualização do stock dos medicamentos, para cada paciente, no SI utilizado neste serviço.

6.4. VALORMED®

A VALORMED® tem a responsabilidade de gerir os resíduos de embalagens vazias e medicamentos fora de uso de origem doméstica através do sistema integrado de gestão de resíduos de embalagens e medicamentos. Tutelada pela Agência Portuguesa do ambiente, a VALORMED® trabalha para impedir que este tipo de resíduos seja tratado como qualquer outro resíduo urbano e esteja “disponível” a qualquer cidadão. Nesta medida, a farmácia comunitária é o ponto ideal para pôr em prática a missão da VALORMED®.²⁷

Ao longo do estágio constatei que os utentes da FQF têm uma boa adesão a este projeto. Tive oportunidade de selar contentores da VALORMED® e emitir documentos com o respetivo número de série para posteriormente ser levado pelo distribuidor grossista.

7. Formações

Por estar envolvido numa área científica, o farmacêutico, tem a obrigação de se manter em atualização constante, quer em relação aos medicamentos e outros produtos de saúde existentes na farmácia, quer a outros que possam eventualmente aparecer. Adicionalmente, por ser um profissional de saúde em contacto direto com o utente, deve primar sempre por transmitir conhecimento consolidado na base científica.

Posto isto, no decorrer do meu estágio profissionalizante, pude realizar várias formações (**Tabela 2**) que contribuíram para o meu valor acrescentado, quer na farmácia, quer para com os utentes.

Tabela 2 Cronograma das formações realizadas durante o período de estágio.

Data	Organização	Formação
23 de janeiro de 2020	Perrigot®	VitaCê®, Niquitin®, Lactacyd® e Libenar®
13 de fevereiro de 2020	Grupo Italfarmaco	“Aconselhamento Farmacêutico de Mucolíticos. Novas evidências para a decisão.”
17 de fevereiro de 2020	Rene Furterer®	Produtos Rene Furterer®
19 de fevereiro de 2020	Bioderma®	Produtos Bioderma®
30 de setembro de 2020	Caudalie®	Produtos Caudalie®
1 de outubro de 2020	Gedeon Richter®	Postinor®
8 de outubro de 2020	Perrigo®	Lactacyd®, VitaCê®, Viterra® e Bronchodual®

PARTE II PROJETOS DESENVOLVIDOS NA FARMÁCIA QUEIJA FERREIRA

1. COVID-19: a profissão farmacêutica no combate à desinformação

1.1. Contextualização e objetivos

No final de dezembro de 2019, um surto de uma doença emergente (doença do coronavírus 2019, **COVID-19**) devido a um novo vírus denominado Coronavírus da Síndrome Respiratória Aguda Grave 2 (**SARS-CoV-2**), teve início na cidade chinesa de Wuhan e rapidamente disseminou-se pelo mundo.²⁸ A 11 de março de 2020, nove dias após o primeiro caso confirmado em Portugal²⁹, a Organização Mundial de Saúde (**OMS**) caracteriza a COVID-19 como pandemia, depois da confirmação de cerca de 180000 casos e 4291 mortes em mais de 100 países³⁰.

Ainda Portugal encontrava-se na Fase de Preparação (janeiro) e de Contenção (fevereiro), quando noutros países o rápido desenvolvimento da pandemia exigia aos seus cidadãos a aquisição de informações relativas à saúde pública, assim como a adaptação dos seus comportamentos, a um ritmo acelerado³¹ face às intervenções e recomendações instituídas pelas autoridades de saúde respetivas. No entanto um fenómeno designado por infodemia veio comprometer a eficácia de medidas básicas, amplamente recomendadas pela Direção-Geral da Saúde (**DGS**), como: etiqueta respiratória, higienização frequente das mãos e distanciamento social. Desde cedo a pandemia andou de mão dada com a infodemia – propagação massiva de informação sobre a COVID-19, frequentemente contraditória e sensacionalista, através dos *media*. Esta infomeia veio demonstrar que a baixa literacia em saúde da população é globalmente um problema de saúde pública subestimado.

Naturalmente, quando ainda nem havia casos confirmados em Portugal, a palavra “coronavírus” (**CoV**) já dominava os atendimentos aos utentes da farmácia. Se por um lado, existiam utentes que pouco conheciam acerca da família **CoV**, por outro certos utentes já se encontravam presos aos mecanismos psicológicos da infodemia, como o controlo do medo e incerteza usando bodes expiatórios – a suposição de que o novo **CoV** teria sido criado num laboratório chinês³², chegou a ser abordada em alguns atendimentos e disseminada pelas redes sociais, sendo mais tarde desacreditada pelo estudo de Andersen et al. (2020)³³. O que também anunciava futuros desafios relativamente à literacia em saúde dos utentes para a COVID-19 foi o facto da procura e número de máscaras descartáveis vendidas aumentar drasticamente na farmácia em janeiro e fevereiro (**Figura 1**), face ao período homólogo em 2019, numa fase em que a **DGS**, alinhada com a **OMS**, não recomendava o uso generalizado de máscaras na comunidade.

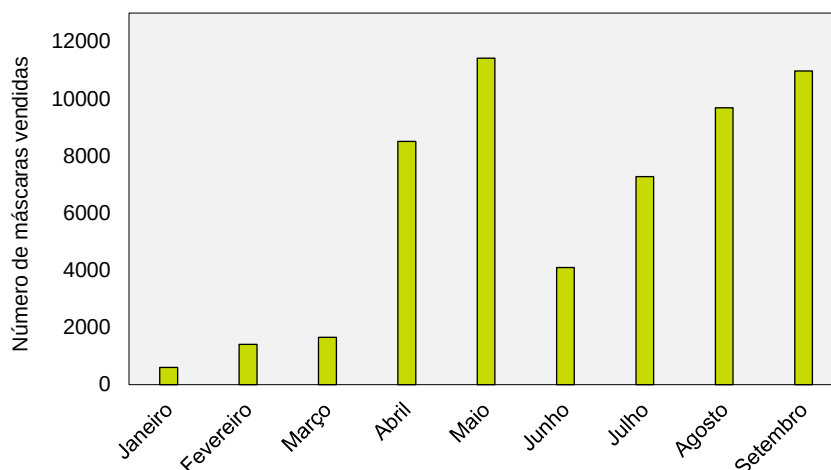


Figura 1 Evolução do número de máscaras vendidas na Farmácia Queija Ferreira por mês, no período de janeiro a setembro de 2020. O ano de 2019 não tem representatividade gráfica uma vez que o número de máscaras vendidas foi nulo no período homólogo. Os dados (**Anexo 1**) foram recolhidos pelo histórico de vendas através do Sifarma 2000®.

As farmácias comunitárias são frequentemente o primeiro ponto de contato com o sistema de saúde para utentes que procuram soluções para os seus problemas de saúde ou, simplesmente, aconselhamento baseado na evidência.³⁴ Por isso, num contexto de epidemia de rápida evolução, a profissão farmacêutica desempenha um papel fulcral na educação dos utentes para a doença emergente, com a promoção das medidas de controlo e prevenção instituídas pelas autoridades de saúde. Assumindo essa responsabilidade, desenvolvi um projeto em volta do contexto acima mencionado, com o objetivo, numa primeira fase, de esclarecer os utentes com informação atualizada e fidedigna a cerca do SARS-CoV-2 e, por isso, desenvolver a literacia em saúde, fundamental numa futura resposta à epidemia, que já mostrava transmissão internacional.

1.2. Introdução teórica

1.2.1. SARS-CoV-2: o novo coronavírus

O coronavírus (CoV) corresponde a uma grande família de vírus conhecida por provocar doença nos humanos e animais. Até à data existem sete coronavírus que infetam os humanos, incluindo o SARS-CoV-2 recentemente descoberto: quatro (coronavírus humano 229E, NL63, OC43 e HKU1) infetam particularmente o trato respiratório superior causando constipações comuns; três (SARS-CoV, MERS-CoV e SARS-CoV-2) podem replicar no trato respiratório inferior e provocar pneumonia.³⁵ Análises filogenéticas realizadas aos genomas do novo coronavírus revelaram que o SARS-CoV-2 pertence ao género betacoronavírus, que inclui também as espécies previamente identificadas SARS-CoV e MERS-CoV.³⁶ Sequências do genoma viral completo, isoladas de cinco pacientes numa fase primordial do surto em Wuhan, mostraram que, entre os CoV humanos

conhecidos, o SARS-CoV apresenta maior similaridade genética (79%) com o SARS-CoV-2.³⁷ Contudo, entre todas as sequências de CoV conhecidas, o SARS-CoV-2 apresenta uma similaridade de 96% com um CoV isolado de um morcego (RaTG13), previamente detetado na província de Yunnan (China), sugerindo o morcego como possível fonte zoonótica do surto.³⁷

Tal como outros vírus da família *Coronaviridae*, o SARS-CoV-2 caracteriza-se por um genoma de cadeia simples *senso*-positiva de RNA envolvido por uma cápside helicoidal.³⁷ O invólucro do vírus é constituído por diversas proteínas estruturais codificadas no genoma viral³⁸, entre as quais, a *spike protein* (proteína S) com um papel determinante na ligação e fusão com as células do hospedeiro, por intermédio da interação desta com a enzima conversora da angiotensina 2 (**ECA2**), expressa, por exemplo, nas células epiteliais do trato respiratório inferior dos humanos.^{37,39,40}

1.2.2. Fisiopatologia

Como referido anteriormente, o reconhecimento e fusão do SARS-CoV-2 com membrana da célula hospedeira é mediado pela proteína S. Esta proteína compreende duas subunidades funcionais: (1) a subunidade S₁ que contém um domínio de ligação ao recetor (**DLR**); (2) a subunidade S₂ que é responsável pela fusão do envelope viral com a membrana da célula hospedeira.³⁸ Apesar do mecanismo exato permanecer desconhecido, a evidência sugere que, depois do SARS-CoV-2 se fixar à célula hospedeira através da ligação do DLR à ECA2, a proteína S sofre uma série de clivagens pela ação proteolítica da convertase furina e da serino-protease transmembranar 2, expondo regiões peptídicas específicas da subunidade S₂ que promovem a fusão membranar.⁴¹⁻⁴³ A posterior replicação ativa do genoma viral e libertação de viriões induzem processos de piroptose na célula hospedeira com libertação de padrões moleculares associados ao dano (**PMAD**), tais como ATP, ácidos nucleicos e oligómeros de ASC (proteína adaptadora envolvida na ativação do inflamassoma).⁴⁴ Os PMAD despoletam uma reação inflamatória local, com a secreção de citosinas pró-inflamatórias e recrutamento pulmonar de macrófagos, monócitos e células T para as vias aéreas, o que pode explicar a linfopenia periférica observada em cerca de 67 a 90% dos pacientes com COVID-19.^{44,45} Na maioria dos casos, este processo é capaz de resolver a infeção, contudo, em alguns pacientes, ocorre uma resposta imunológica disfuncional que despoleta uma “tempestade de citocinas”. Isto resulta num dano alveolar difundido com descamação das células alveolares e edema pulmonar que causam dificuldades respiratórias, hipoxia e tosse.⁴⁴

Além do dano pulmonar local, os níveis elevados de citocinas, como o fator de necrose tumoral, podem causar choque séptico e disfunção de múltiplos órgãos, resultando em danos no miocárdio e choque circulatório.⁴⁶

1.2.3. Particularidades clínicas

Os sintomas da COVID-19 não específicos⁴⁷ e o espectro clínico do COVID-19 varia de formas assintomáticas a condições clínicas mais graves caracterizadas por insuficiência respiratória e manifestações extrapulmonares⁴⁸.

De acordo com um estudo de coorte de ⁴⁹, baseado em 20133 pacientes hospitalizados com COVID-19 em diversos hospitais do Reino Unido, febre, dispneia e tosse seca foram os sintomas mais frequentemente reportados (**Figura 2**), com um elevado grau de concomitância nos pacientes. Já o relatório final da *WHO-China Joint Mission on Coronavirus Disease 2019*⁴⁷, baseado em 55924 casos laboratorialmente confirmados na China, revela que as manifestações clínicas mais prevalentes foram a febre, tosse seca e fadiga (**Figura 2**). Os dados do estudo britânico dizem respeito a casos admitidos em hospitais, apresentando viés de seleção para doentes com sintomatologia mais grave. Isto pode explicar a diferença observada, por exemplo, na prevalência da dispneia, entre o estudo de coorte britânico e o relatório final da *WHO-China Joint Mission on Coronavirus Disease 2019*. No entanto, foram identificados diferentes conjuntos de sintomas distintos na COVID-19: o mais frequente envolve o sistema respiratório (tosse seca, dispneia, febre e expectoração). Outros conjuntos abrangem o sistema gastrointestinal (diarreia, náusea e vômitos) e o sistema musculoesquelético (fadiga, mialgia e artralgia).⁴⁹

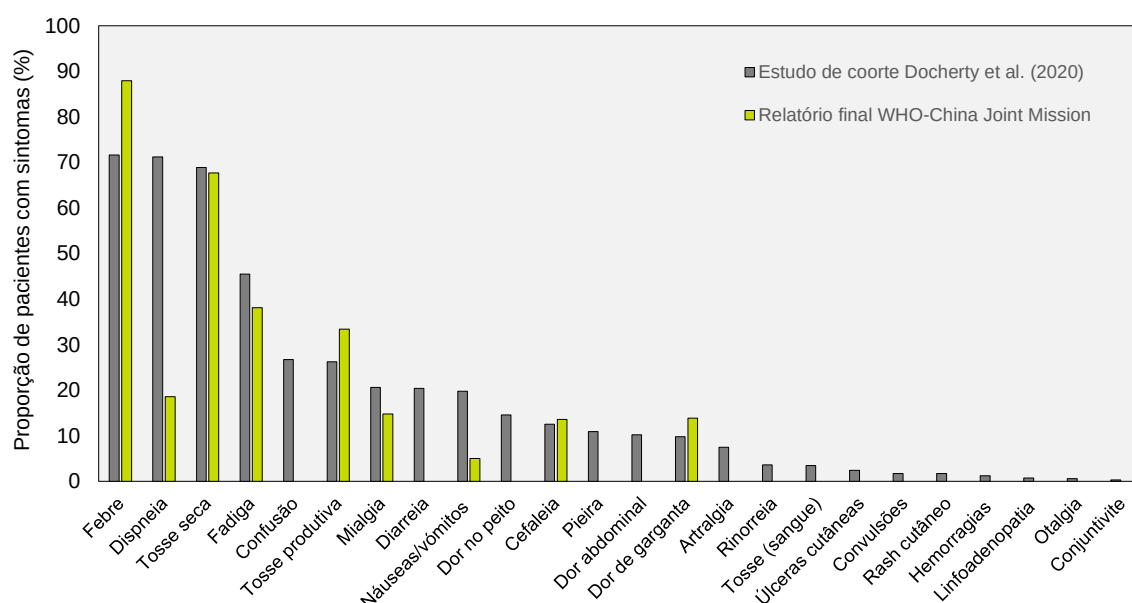


Figura 2 Prevalência dos sintomas reportados por Docherty *et al.* (2020) e o relatório final da *WHO-China Joint Mission on Coronavirus Disease 2019*.

Uma meta-análise⁵⁰, abrangendo 4095 casos, estimou a mediana do período de incubação para a COVID-19 em 5,8 dias, demonstrando que o SARS-CoV-2 tem um período de incubação mais longo do que a maior parte de outros vírus causadores de doenças respiratórias. Além disso, o SARS-CoV-2 revelou uma grande dispersão

associada ao período de incubação, o que aumenta a dificuldade no rastreamento e controlo dos contatos, contribuindo, provavelmente, para o aumento da disseminação a nível mundial.⁵⁰

Segundo um relatório da *Chinese Center for Disease Control and Prevention* abrangendo 72314 casos, 81% destes foram moderados, 14% foram casos graves e 5% foram críticos. Neste relatório, a taxa de letalidade dos casos (**TLC**) foi de 2,3% (1023 mortes entre 44672 casos confirmados) e aumentou com a idade, com a TLC mais elevada (14,8%) entre os doentes com idade igual ou superior a 80 anos.²⁸ Um grande estudo de coorte⁵¹, utilizando uma plataforma analítica (OpenSAFELY) que cobriu mais de 17 milhões de registos eletrónicos de pacientes do Serviço Nacional de Saúde do Reino Unido, concluiu que o aumento da idade está fortemente associado ao aumento do risco de morte por COVID-19 – pacientes com uma idade igual ou superior a 80 anos têm um risco 20 vezes superior comparativamente a pacientes com idade entre 50 a 59 anos. Além disso, o mesmo estudo observou que (i) o risco de morte aumenta com a subida do grau de obesidade e (ii) a presença de comorbilidades está associada a um maior risco de morte por COVID-19, incluindo diabetes, asma grave, função renal reduzida e doenças autoimunes.

1.2.4. Epidemiologia

Entre os primeiros casos com início dos sintomas em dezembro de 2019, a maioria (55%) foram epidemiologicamente ligados ao *Huanan Seafood Wholesale Market*⁵², que comercializa não apenas peixe e marisco mas também aves e animais selvagens⁵³, o que sugere este mercado como a possível fonte inicial do surto. Mais tarde, casos sem história de exposição ao mercado foram identificados, evidenciando a transmissão pessoa-a-pessoa⁵³, atualmente, a principal via de transmissão.

O SARS-CoV-2 apresenta uma elevada contagiosidade, com um número reprodutivo básico entre 2,5 e 3m.⁵⁴ A elevada transmissão pode residir no facto da infecciosidade começar poucos dias antes do início dos sintomas e, por isso, uma proporção substancial das transmissões ocorrer no período pré-sintomático dos casos primários.⁵⁵ Deste modo, a transmissão pré-sintomática pode reduzir a eficácia das medidas de controlo que são iniciadas no início dos sintomas como isolamento, rastreamento de contactos e uso da máscara por pessoas sintomáticas.⁵⁵ Segundo a OMS, a transmissão do SARS-CoV-2 ocorre principalmente pelo contato próximo com pessoas infetadas, através de gotículas respiratórias por estas exaladas, quando tosem, espirram ou falam.⁵⁶ Existe evidência de que as partículas virais podem permanecer viáveis em objetos e superfícies inanimadas por um período de algumas horas a dias, dependendo do tipo de superfície e condições ambientais.⁵⁷ Assim sendo, a transmissão pode ocorrer indiretamente através das mãos que transferem os vírus de superfícies contaminadas para as membranas mucosas da

boca, nariz ou olhos.⁵⁸ Apesar de não existir, até à data, estudos específicos que demonstrem diretamente a transmissão por fômites, é um via possível de transmissão do SARS-CoV-2, dado os achados de contaminação do meio envolvente nas proximidades de casos infetados e o facto de outros coronavírus e vírus respiratórios conhecidos poderem ser transmitidos por esta via.⁵⁶

1.3. Metodologia

O projeto **“COVID-19: a profissão farmacêutica no combate à desinformação”** abrangeu duas intervenções, as quais foram executadas em diferentes contextos epidemiológicos (**Figura 3**).

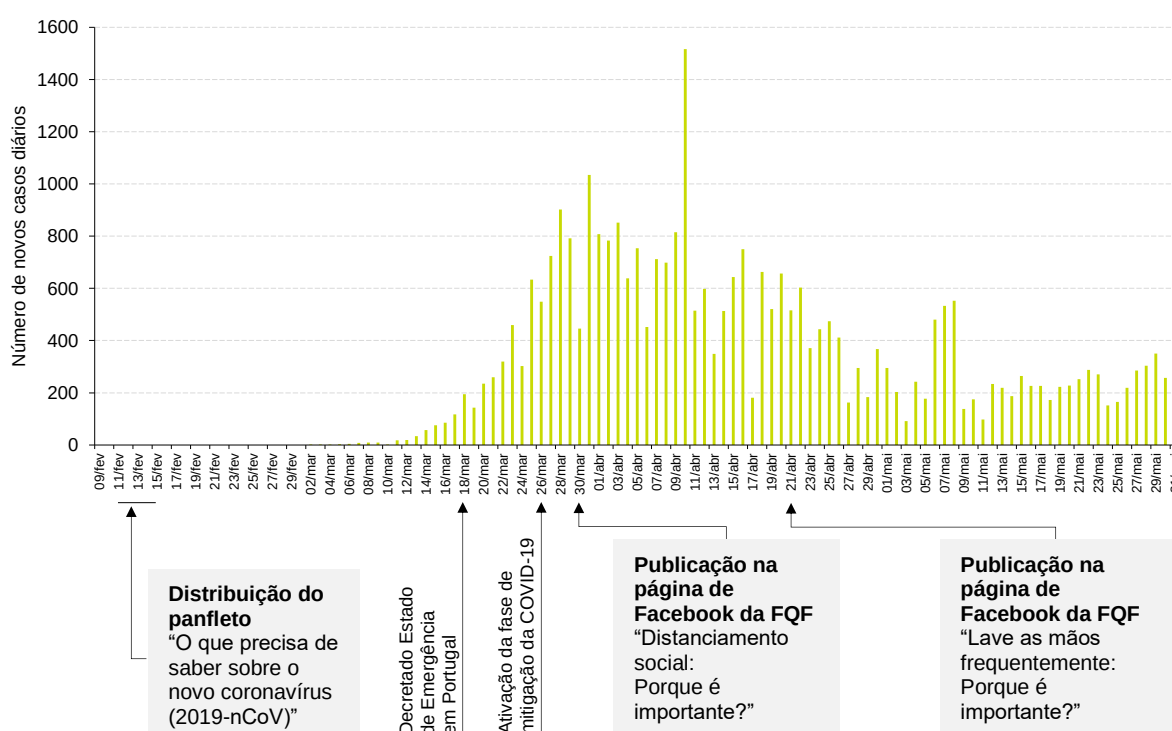


Figura 3 Número de novos casos diários, em Portugal, por data de divulgação da DGS. O eixo das abcissas (datas desde 9 de fevereiro até 31 de maio de 2020) também é usado como um cronograma das intervenções que constituíram o projeto (caixas de texto de cor cinza), de forma a enquadrá-las no contexto epidémico em que Portugal encontrava-se. FQF, Farmácia Queija Ferreira.

A primeira intervenção ocorreu entre 11 e 15 de fevereiro de 2020, altura em que Portugal ainda se encontrava na fase de contenção da pandemia. Esta intervenção consistiu na elaboração e distribuição de um panfleto informativo (n=100) intitulado de **“O que precisa de saber sobre o novo coronavírus (2019-nCoV)”** (**Anexo 2**). A informação científica que compõe o folheto foi retirada essencialmente dos *websites* oficiais da OMS e do *European Centre for Disease Prevention Control (ECDC)*. Parte da informação foi disposta no panfleto em formato de “Pergunta e Resposta”, não só para cativar a atenção do utente, como também facilitar a compreensão dos assuntos abordados.

Segundo o Plano de Intervenção da Literacia em Saúde para a COVID-19 em Portugal⁵⁹, divulgado pela DGS, “(...) a promoção da Literacia em Saúde terá que centrar também a sua intervenção nos processos de ativação para que a informação e o conhecimento já adquiridos sejam de facto postos em prática (...) promovendo desta forma comportamentos protetores da saúde.”. Posto isto, tendo como pano de fundo a fase de mitigação da pandemia (para a contextualização dos níveis de alerta e resposta, consultar **Anexo 3**, retirado de Correia *et al.* (2020)⁶⁰), decidi não só apelar ao cumprimento de certas medidas não farmacológicas, amplamente transmitidas pela DGS, como também explicar a sua importância, de modo a promover uma reflexão acerca dos resultados que poderiam advir do seu cumprimento. Para o efeito, elaborei duas séries de imagens que foram divulgadas na página de Facebook® da FQF: a primeira, intitulada de “**Distanciamento social. Porque é importante?**” (**Anexo 4**), publicada no dia 30 de março de 2020; a segunda, intitulada “**Lave frequentemente as mãos. Porque é importante?**” (**Anexo 5**), publicada no dia 21 de abril de 2020. Relativamente à primeira publicação, as imagens introdutórias abordaram certas recomendações que permitiam a prática do distanciamento social, sucedidas pela apresentação de alguns motivos que demonstravam a importância da medida. Com o objetivo de demonstrar quantitativamente o possível impacto que a medida apresentada poderia ter na evolução da epidemia, abordei um estudo⁶¹ realizado na China que utilizou modelos matemáticos e concluiu que se um leque de intervenções não-farmacológicas, incluindo distanciamento social, fossem implementadas no país uma, duas ou três semanas mais cedo, o número de casos de COVID-19 poderia ter sido reduzido em 66%, 86% e 95%, respetivamente. A série de imagens utilizada para a segunda publicação também foi elaborada segundo o mesmo raciocínio: a sequência começa por apresentar o procedimento correto a adotar para uma lavagem eficaz das mãos e termina com a enumeração de certas razões que fazem desta medida preventiva uma chave para o controlo da pandemia. Considerando o uso de palavras escritas um pouco limitado para explicar o procedimento correto a adotar na lavagem das mãos, decidi anexar à caixa de comentários da publicação, um vídeo exemplificativo disponibilizado pela DGS para efeitos de divulgação. Decidi ainda apresentar o resultado de um estudo⁶² que avaliou o número de vezes que as pessoas tocavam na cara, sendo este, em média, 23 vezes por hora. Com isto pretendi consciencializar para este comportamento de risco que muitas vezes passa despercebido.

1.4. Resultados e Discussão

Relativamente à primeira intervenção, o facto dos 100 panfletos impressos serem distribuídos em 4 dias, pode demonstrar a urgência que os utentes sentiam para serem esclarecidos acerca do novo CoV e da doença associada. De facto, segundo relatos dos

colaboradores da FQF, muitos utentes pegavam no folheto por iniciativa própria, no decorrer dos atendimentos. Frequentemente, o tema era abordado por iniciativa do utente, servindo o folheto como suplemento à informação transmitida pelos profissionais da FQF, o que refletiu não só a necessidade dos utentes em encontrar respostas claras e fidedignas, como também a adequabilidade desta intervenção. Na altura, este tema foi muitas vezes introduzido indiretamente nos atendimentos através de pedidos, cada vez mais crescentes, de máscaras descartáveis. Esta situação constituiu uma oportunidade para os profissionais da FQF prestarem informações adequadas sobre esta questão (na altura, a DGS apenas recomendava a utilização de máscaras cirúrgicas a pessoas com sintomatologia respiratória) e entregarem o panfleto como reforço à informação transmitida oralmente. Precisamente, no primeiro dia da execução desta intervenção, o *International Committee on Taxonomy of Viruses* anuncia o nome oficial do vírus como SARS-CoV-2, enquanto que a OMS designa a doença provocada pelo vírus como COVID-19.⁶³ Isto levou a que os folhetos ficassem desatualizados precocemente, visto que o período de elaboração do folheto foi anterior aos acontecimentos atrás referidos, altura em que o vírus era designado provisoriamente por “2019-nCoV”. Apesar disso, na entrega de cada folheto foi feito o reparo para garantir que os utentes não ficavam desatualizados.

Em relação à segunda intervenção, foi possível obter resultados quantitativos (**Figura 4**), nomeadamente o número de pessoas alcançadas em cada uma das publicações realizadas na página de Facebook® da FQF.

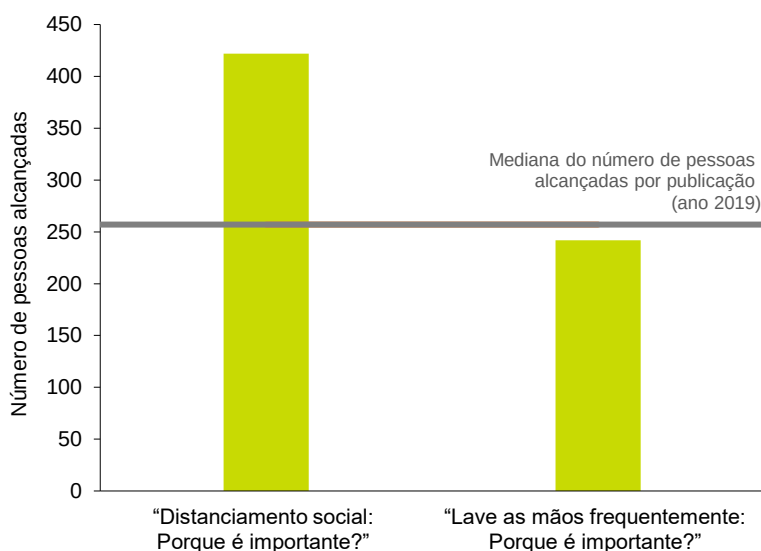


Figura 4 Número de pessoas alcançadas em cada uma das publicações realizadas no âmbito do projeto.

O número de pessoas alcançadas na publicação acerca do distanciamento social (n=422) superou em 64% o valor da mediana (n=257) do número de pessoas alcançadas por publicação no ano de 2019. Em relação à publicação “Lave as mãos frequentemente”, o número de pessoas alcançadas (n=242) foi ligeiramente inferior ao valor da mediana. Esta diferença de resultados pode ser explicada possivelmente pela forma como as imagens elaboradas para as publicações foram apresentadas: ao contrário da publicação acerca da lavagem das mãos, na primeira publicação as imagens foram apresentadas em formato de vídeo, o que poderá ter invocado mais as pessoas.

1.5. Conclusão

Nos dias de hoje, o desenvolvimento da literacia em saúde tornou-se ainda mais importante na preparação dos indivíduos e da sociedade para doenças emergentes como a COVID-19, que exigem ações urgentes e rápida contenção. Porém, numa época dominada pelas redes sociais, o fenómeno da disseminação de desinformação e falsas alegações viu-se amplificado, e por isso a literacia em saúde para a COVID-19 ficou mais fragilizada. Com a realização deste projeto, reforcei a ideia de que a profissão farmacêutica, como uma das mais próximas e acessíveis à população, desempenha um papel crucial tanto na contenção da infodemia, como também na preparação dos utentes para situações que requerem uma rápida ação.

A primeira intervenção deste projeto permitiu consciencializar e antecipar os utentes da FQF para uma epidemia que já se mostrava eminente em Portugal. A segunda intervenção, adaptada a uma fase diferente da pandemia, teve um maior alcance, ainda que virtual. Possivelmente, esta intervenção ajudou as pessoas, que visualizaram as publicações, a entender as razões que estão por detrás de algumas recomendações da DGS e a refletir nos resultados que poderiam advir do seu cumprimento.

2. Indicação farmacêutica: por uma automedicação responsável

2.1. Contextualização e objetivos

A automedicação é uma prática comum a nível mundial com uma prevalência reportada bastante elevada.⁶⁴ Segundo o Despacho n.º 17690/2007, de 23 de julho, publicado no Diário da República, a automedicação corresponde à “(...) utilização de medicamentos não sujeitos a receita médica de forma responsável, sempre que se destine ao alívio e tratamento de queixas de saúde passageiras e sem gravidade, com a assistência ou aconselhamento opcional de um profissional de saúde.”.⁶⁵

A evolução do mercado de MNSRM em Portugal, entre 2007 e 2019 (**Figura 5**), indica uma propensão para o crescimento tanto em número de embalagens vendidas nas farmácias como em despesa (traduzida em preço de venda ao público), a partir do ano 2015. Isto revela que os MNSRM estão a ganhar mais expressão no mercado total do medicamento, indicando, possivelmente, um investimento cada vez maior dos utentes na sua automedicação. Deste modo, a profissão farmacêutica, num contexto comunitário, tem a oportunidade acrescida de atuar como profissional de saúde perfeitamente capacitado para aconselhar, informar e promover o uso responsável de MNSRM, crucial para uma automedicação segura e efetiva. O uso casual ou inadequado de MNSRM pode levar a reações adversas, interações medicamentosas ou atraso na procura de atenção médica

apropriada.⁶⁶ Os farmacêuticos podem combater o uso indevido desta classe de medicamentos através do ato profissional designado de indicação farmacêutica.

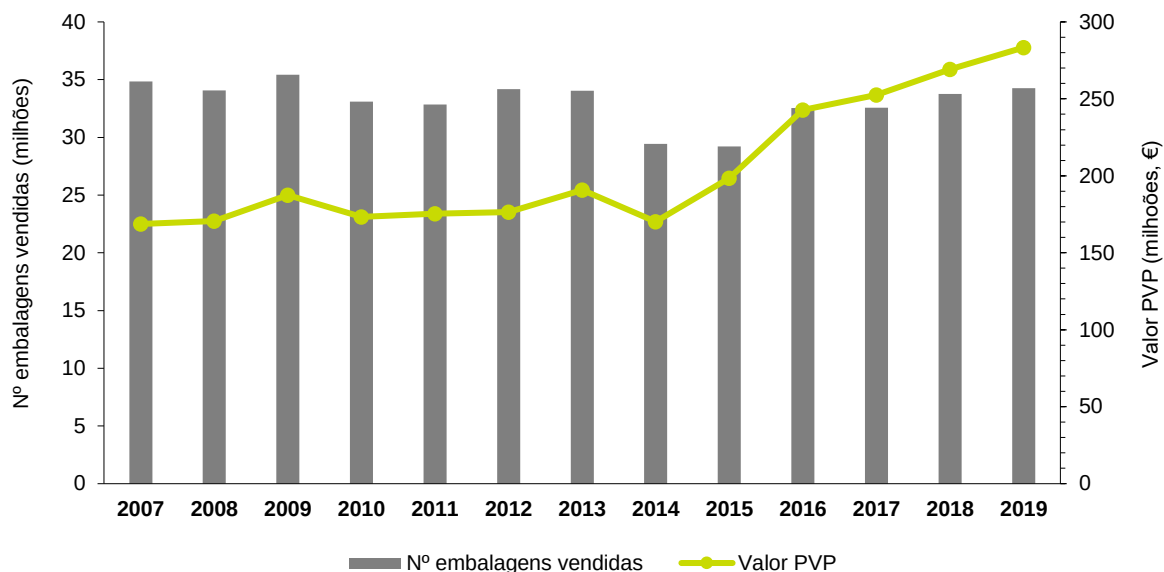


Figura 5 Evolução do mercado de MNSRM entre 2007 e 2019 nas farmácias em Portugal. Os dados demonstram que em 2019 a população desembolsou cerca de 283,4 milhões de euros em MNSRM nas farmácias, um incremento de 51% em relação há uma década. O gráfico resultou da compilação dos dados (**Anexo 6**) apresentados nos relatórios de “Monitorização mensal do consumo de medicamentos no ambulatório do SNS” elaborados pela Direção de Informação e Planeamento Estratégico do INFARMED, disponíveis no *site* da autoridade. PVP, Preço de venda ao público.

Segundo a “Norma específica sobre indicação farmacêutica” da Ordem dos Farmacêuticos, a indicação farmacêutica está definida como um “(...) ato profissional pelo qual o farmacêutico se responsabiliza pela seleção de um medicamento não sujeito a receita médica (MNSRM), ou de um produto de saúde, e/ou indicação de medidas não farmacológicas, com o objetivo de tratar um problema de saúde considerado como uma afeção menor, entendido como problema de saúde de carácter não grave, autolimitado, de curta duração, que não apresente relação com manifestações clínicas de outros problemas de saúde do utente, após avaliação clínica pelo farmacêutico.”.⁶⁷ Assim sendo, a indicação farmacêutica é uma prática integrante fulcral do serviço farmacêutico e com uma importância reforçada num mercado de MNSRM em crescimento, tal como referido anteriormente. No entanto, o sucesso deste ato profissional está dependente da consolidação do conhecimento científico dos farmacêuticos, obtido quer no percurso académico quer na formação atualizada e contínua ao longo da sua carreira.

Posto isto, o projeto “Indicação farmacêutica: por uma automedicação responsável” teve como objetivo promover junto dos colaboradores da FQF uma prática de indicação farmacêutica adequada e completa, sustentada em critérios estabelecidos na “Norma específica sobre indicação farmacêutica” da Ordem dos Farmacêuticos⁶⁷. Para o efeito, foram abordadas três situações passíveis de automedicação (incluídas numa lista anexada ao despacho⁶⁵ suprarreferido), nomeadamente: queimaduras solares, rinite alérgica e

candidíase vulvovaginal. A escolha destas afeções menores baseou-se no interesse em executar este projeto no período de verão e, segundo o evidenciado empiricamente por colaboradores da FQF, estas serem motivo recorrente de visita à farmácia neste período do ano.

2.2. Introdução teórica

2.2.1. Queimaduras Solares

A queimadura solar é uma reação inflamatória cutânea posterior a uma sobreexposição aguda da pele à radiação UVB solar, que excede a dose eritematosa mínima do indivíduo.⁶⁶ Apesar do exato mecanismo não estar completamente esclarecido, acredita-se que a radiação UVB induz eritema por causar danos diretos no DNA dos queratinócitos que integram a epiderme da pele.^{66,68} O dímero de timina do tipo ciclobutano corresponde à principal lesão induzida no DNA⁶⁹, e quando formado, uma resposta de reparação é gerada, incluindo a indução da apoptose celular e a libertação de mediadores inflamatórios como prostaglandinas, espécies reativas de oxigénio e bradicinina.⁷⁰ Estes processos desencadeiam vasodilatação periférica (que se traduz em eritema), edema, dor e, por vezes, prurido.^{66,70} Além disso a exposição à radiação UVB leva ao aumento de quimiocinas como a CXCL5, que conduz a uma ativação exacerbada dos recetores da dor da pele, o que explica a hiperalgesia térmica e mecânica sentida num caso de queimadura solar.⁷¹

O eritema induzido pela radiação atinge a intensidade máxima entre as 8 e 24h após a exposição e desvanece no decorrer de alguns dias.⁷² Contudo, as reações mais graves podem produzir queimaduras mais profundas associadas à formação de grandes bolhas edematosas e/ou a sintomas sistémicos, como febre, náusea e cefaleia.^{66,70} Normalmente, a maioria das queimaduras solares são superficiais e resolvem-se por meio de autocuidados, num período entre 3 e 6 dias. Relativamente aos casos mais graves, com a sintomatologia suprarreferida, a referência médica é impreterível.⁶⁶ Quando a causa da queimadura não parece evidente, a ocorrência de fenómenos de fotossensibilidade induzida por fármacos deve ser considerada.⁶⁶ Nestes casos, o profissional de saúde deve prestar atenção ao histórico de medicação do utente, com consideração particular à relação temporal entre a reação cutânea e o início de uma nova terapêutica medicamentosa.⁷³

O tratamento da queimadura solar varia consoante os sintomas apresentados pelo utente. Normalmente, os objetivos do tratamento passam pelo alívio da dor e a promoção de um ambiente favorável a uma cicatrização adequada, de forma a reduzir o risco de infeções e formação de cicatrizes.⁶⁶ Para o alívio da dor deve ser administrado, a curto prazo, um analgésico preferencialmente com atividade anti-inflamatória, como por exemplo anti-inflamatórios não esteroides (AINEs).⁶⁶ Como inibidores das prostaglandinas, os

AINES podem reduzir o eritema e edema visível nas áreas afetadas. Contudo, neste contexto, o efeito dos AINES tende a diminuir depois de 24 a 36 horas após a sobreexposição solar e por isso, o uso destes fármacos mostra-se particularmente benéfico apenas nas primeiras 24 horas. Isto indica possivelmente que a inflamação inicial da queimadura solar é mediada por prostaglandinas, enquanto que a inflamação mais tardia é mediada por outros fatores, como leucócitos.^{66,74} Aos utentes, para os quais os AINES são contraindicados, deve ser aconselhado paracetamol para alívio da dor.⁶⁶ Além disso, a reidratação do estrato córneo é importante pois promove o alívio dos sintomas de irritação e previne a formação de cicatrizes. Para este efeito deve-se recomendar um emoliente como adjuvante da cicatrização.⁶⁶

Normalmente, a queimadura solar é uma condição aguda que se resolve sem a necessidade de intervenção médica, contudo a exposição cumulativa à radiação UV e história de queimaduras solares são fatores que predispõe ao desenvolvimento de melanoma.^{66,75} Por isso, além da seleção da terapêutica, compete à profissão farmacêutica promover estilos de vida saudável, neste caso, educar o utente para uma proteção solar adequada de modo a diminuir o risco de desenvolver melanomas^{67,76} – utilizar protetor solar adequado ao fototipo da pele com reaplicação periódica; evitar a exposição solar entre as 11h e 16h, visto que a radiação é mais intensa devido à maior elevação do sol.

2.2.2. Rinite Alérgica

A rinite alérgica (**RA**) é uma doença inflamatória crónica que envolve a mucosa nasal.^{77,78} A RA é o tipo mais comum de rinite crónica⁷⁷ e estima-se uma prevalência na população portuguesa entre os 22% e 26%⁷⁹, o que está de acordo com uma prevalência reportada na Europa de 23%⁸⁰. A evidência sugere que a RA representa um componente de uma doença sistémica das vias aéreas envolvendo completamente o trato respiratório: uma reação alérgica não só desencadeia inflamação local, mas também pode conduzir a uma resposta inflamatória das vias aéreas inferiores.⁷⁷ De facto, a presença de RA aumenta significativamente a probabilidade de desenvolver asma: cerca de 40% das pessoas com RA desenvolveram ou desenvolverão asma.⁸¹ Além disso, no caso dos pacientes com asma e RA, o controlo da RA reduz significativamente a morbilidade da asma.⁸²

Na RA, ocorre uma reação inflamatória mediada por imunoglobulinas E (IgE) despoletada por um ou mais alérgenos inalados (pólen, ácaros do pó).⁷⁸ Numa fase inicial da resposta à exposição, o *crosslinking*, mediado pela IgE, entre o alérgeno e os mastócitos despoleta a libertação de mediadores inflamatórios, como histamina e leucotrienos, que são responsáveis pelos sintomas característicos da RA: prurido e espirros (pela estimulação das terminações nervosas sensoriais); obstrução nasal e rinorreia (pela

estimulação da dilatação vascular e secreção glandular).⁸¹ Os mediadores e as citocinas, libertadas durante a fase inicial, recrutam e ativam células inflamatórias (eosinófilos e linfócitos T), iniciando uma resposta tardia caracterizada pela congestão nasal persistente.^{77,83} Dada a sua sintomatologia, esta patologia tem um impacto negativo na qualidade de vida por afetar a qualidade do sono, o desempenho cognitivo e a produtividade laboral e escolar.^{77,84} A RA acarreta um impacto económico significativo⁸⁴ devido aos custos do tratamento e custos indiretos relacionados com diminuição da produtividade laboral⁸⁵.

Os objetivos da terapêutica passam pelo alívio sintomático, prevenção de exacerbações futuras e a melhoria do estado funcional e sensação de bem-estar do doente.^{66,78} Existem três abordagens para o tratamento da RA: **(1)** irrigação salina nasal e evicção alérgica – uma opção prática quando os alérgenos precipitantes são identificados (pode reduzir ou eliminar os sintomas e diminuir a necessidade de farmacoterapia para controlo dos sintomas); **(2)** farmacoterapia – existem vários MNSRM passíveis se serem usados na abordagem da rinite, nomeadamente, antihistamínicos intranasais e orais, corticosteroides intranasais e ácido cromoglicólico intranasal⁷⁸ (o tratamento proposto por diversas *guidelines*^{84,86-88} baseia-se na classificação dos sintomas, em termos de frequência e gravidade, e o uso prévio de medicação); **(3)** imunoterapia alérgica – reservada a casos em que a farmacoterapia não é tolerada ou insuficiente no controlo dos sintomas (esta abordagem apenas está disponível junto a um médico especialista)⁷⁷.

Muitos pacientes com RA não procuram atenção médica a nível dos cuidados primários e recorrem aos autocuidados para aliviar os sintomas, frequentemente subvalorizados.⁷⁸ Por isso, e uma vez que parte do arsenal terapêutico destinado à RA se apresenta como MNSRM, o farmacêutico comunitário desempenha um papel, com responsabilidades acrescidas, no reconhecimento qualitativo dos sintomas e na monitorização do tratamento, que pode ser feito através do *Rhinitis Control Assessment Test (RCAT)*⁸⁹ ou *Allergic Rhinitis and Asthma Test (CARAT)*⁹⁰, em caso de RA e asma concomitante. Manter uma adesão adequada à farmacoterapia é essencial no controlo da RA.⁸⁴ Uma barreira comum à adesão é o uso incorreto das formulações intranasais, por isso o farmacêutico deve abordar proactivamente esta questão educando o utente para uma administração apropriada – direccionar a ponta do dispositivo para longe do septo nasal para evitar a irritação e diminuir o risco de epistaxes e deformação septal; garantir que o utente está acionar corretamente o dispensador.^{78,84} Além disso, o farmacêutico comunitário deve enfatizar que o controlo da RA não inclui apenas os sintomas, mas também componentes da qualidade de vida, como o sono e o estado funcional.⁷⁸

2.2.3. *Candidíase Vulvovaginal*

A infecção fúngica da zona vulvovaginal corresponde à segunda causa mais comum de vaginite depois da vaginose bacteriana. Cerca de 75% das mulheres têm pelo menos um episódio de candidíase vulvovaginal (**CVV**), durante a sua idade fértil, e cerca de 50% tem dois ou mais episódios.⁹¹ A *Candida albicans* é o agente etiológico mais comum, isolado em 85 a 90% dos casos.⁹² Outras espécies de *Candida spp.* também já foram identificadas como agentes patogénicos da CVV, sendo que a *Candida glabrata* a segunda causa mais comum desta patologia.⁹³ A inflamação ocorre em casos de desequilíbrio entre o hospedeiro e os microrganismos colonizadores. O microrganismos *Lactobacillus spp.* são um elemento importante na microflora vaginal pois produzem ácido láctico que mantém o pH vaginal baixo, prevenindo o crescimento de microrganismos patogénicos.⁹¹ A interação entre *Lactobacillus spp.* e *Candida spp.* inclui a competição nutricional, impedimento estérico na adesão da *Candida spp.* ao epitélio e a síntese de substâncias inibidoras da proliferação e germinação fúngica.⁹²

Os sintomas mais frequentemente associados a esta patologia são prurido, sensação de ardor, eritema vulvar, dispareunia e corrimento esbranquiçado com aspeto semelhante a requeijão sem odor (fortemente preditivo de CVV).⁶⁶

O tratamento da CVV é determinado pela gravidade dos sintomas e frequência dos sintomas. A CVV pode ser classificada como não complicada (episódios esporádicos de infecção causada por *C. albicans*) ou complicada (infecção causada por outras espécies de *Candida spp.*; CVV associada à gravidez ou diabetes *mellitus*; CVV recorrente, definida por quatro ou mais episódios por ano).⁹¹ Para os casos de CVV não complicada, o tratamento passa pela aplicação tópica e/ou intravaginal de antifúngicos pertencentes à classe dos azóis (por exemplo, clotrimazol e econazol).⁶⁶ Para prevenir a má adesão ao tratamento, o farmacêutico comunitário deve acautelar o paciente para um ardor local e desconforto geralmente sentido no início da aplicação do agente tópico.⁹² O farmacêutico comunitário deve referenciar à consulta médica qualquer paciente cujos os sintomas persistam após terapêutica com azóis tópicos não sujeitos a receita médica ou que tenha uma recorrência dos sintomas num intervalo de 2 meses após terapêutica.

Dada a disponibilidade no mercado de MNSRM direcionados para a CVV e os custos e inconvenientes de uma consulta para avaliação médica, muitos pacientes optam pelo autocuidado empírico.⁶⁶ De facto, as vendas de antifúngicos não sujeitos a receita médica são maiores do que o número previsto de casos de CVV, ilustrando a dificuldade de realizar um autodiagnóstico preciso.⁶⁶ O uso inapropriado ou desnecessário de MNSRM pode levar ao atraso no tratamento de outras etiologias, resultando no agravamento da situação. Portanto, o farmacêutico comunitário deve reunir esforços para obter uma descrição completa dos sintomas do paciente, identificar fatores de risco que predispõe à infecção

(uso de antibióticos de largo espectro, gravidez, diabetes mellitus não controlada, estado imunocomprometido) e perceber a frequência dos episódios.⁹³

2.3. Metodologia

Este projeto consistiu na elaboração de três fluxogramas (**Anexo 7**) de indicação farmacêutica em contexto das três afeções menores abordadas em **2.2. Introdução teórica**. Posteriormente, os fluxogramas foram impressos em tamanho A3 e apresentados e discutidos junto aos colaboradores da FQF.

O desenvolvimento dos fluxogramas baseou-se numa revisão científica de informações, essencialmente contidas na bibliografia citada em **2.2. Introdução teórica**. Para cada afeção menor, o fluxograma executado e a apresentação ministrada reuniram informações importantes para uma intervenção farmacêutica eficiente e segura, nomeadamente:

- Definição do conceito e descrição do mecanismo fisiopatológico;
- Descrição da sintomatologia;
- Critérios de exclusão ao autocuidado, adotando-os na referenciação à consulta médica;
- Recomendações terapêuticas, incluindo medidas não farmacológicas e farmacológicas. Os MNSRM indicados nos fluxogramas foram selecionados de acordo com as evidências disponíveis e, com o auxílio da Dra. Margarida, colaboradora da FQF, foram selecionadas as marcas comerciais prediletas da farmácia. Além da terapêutica medicamentosa, as medidas não farmacológicas também foram alvo de destaque nos fluxogramas, pois não só permitem um atendimento mais personalizado como também são importantes na resolução do problema;
- Monitorização da resposta ao MNSRM. O seguimento do utente e o conhecimento dos resultados permite a melhoria do método de indicação farmacêutica.

Além dos fluxogramas, também foram elaborados suplementos com informações que complementassem o exercício profissional na abordagem a cada uma das afeções menores supracitadas. Na **Tabela 3** encontra-se descrito os suplementos desenvolvidos para cada uma das afeções. Estes anexos foram impressos em tamanho A6, de modo a serem facilmente manuseados, e posicionados num compartimento afixado ao canto inferior direito do fluxograma, tal como evidenciado no **Anexo 19**.

O conjunto “Fluxogramas + Suplementos” foram colocados numa parede do *backoffice* contígua à área de atendimento aos utentes, permitindo uma consulta facilitada durante os atendimentos (**Anexo 20**). Além disso, de modo a facilitar a acessibilidade

transferei o conjunto suprarreferido, em Formato de Documento Portátil (PDF), para o ambiente de trabalho de todos os computadores utilizados nos atendimentos.

No fim da apresentação foram entregues casos clínicos sobre cada uma das afeções menores abordadas e a respetiva resolução (**Anexo 21**), para os colaboradores analisarem num momento livre posterior à apresentação.

Tabela 3 Suplementos elaborados para cada fluxograma.

Fluxograma	Suplementos elaborados	Anexo
Queimadura solar	Fisiopatologia da queimadura solar;	8
	Escala de Fitzpatrick – Classificação da pele em fotótipos;	9
	Fotossensibilidade induzida por fármacos;	10
	“Regra dos Nove” – Método para estabelecer rapidamente a percentagem da área corporal queimada;	11
	Tabela com diferentes ingredientes ativos de protetores solares e respetivo espectro de proteção.	11
Rinite Alérgica	Efeitos da farmacoterapia sobre os sintomas individuais da rinite;	12
	Administração de formulações intranasais;	13
	Algoritmo baseado nos sintomas para diferenciar rinite alérgica de outra causa;	14
	Causas infecciosas de rinite;	15
	Algoritmo “passo-a-passo” simplificado para o controlo da rinite alérgica;	15
	Rinite na criança	16
	Rinite na gravidez e amamentação	16
	Teste CARAT;	17
	Teste RCAT.	18
Candidíase vulvovaginal	Sem suplementos	-

2.4. Resultados e Discussão

A apresentação dos fluxogramas ocorreu entre os dias 22 e 24 de junho de 2020 e foi ministrada a 8 dos 10 colaboradores passíveis em realizar atendimento ao público. O retorno que recebi desta ação de formação foi no geral positivo. Segundo alguns colaboradores, o trabalho que desenvolvi estava bastante completo, permitindo não só consolidar os seus conhecimentos, como também transpô-los de forma mais prática para resolução dos problemas de saúde, em cooperação com os utentes. A afluência pontual de utentes na Farmácia QF e por isso a necessidade de alocação de colaboradores para a área de atendimento, levou a breves interrupções da sessão de formação a alguns colaboradores, o que poderá ter comprometido os objetivos propostos para esta intervenção.

A abordagem à escolha da terapêutica para os diferentes problemas de saúde consistiu na apresentação dos MNSRM passíveis de serem utilizados na respetiva afeção

menor, com particular destaque nos **MNSRM-EF**, nomeadamente, ibuprofeno (400 mg), loratadina (10 mg), fluticasona (50 µg/dose), budesonida (32 µg/dose, 64 µg/dose) e Triamcinolona (55 µg/dose). Esta subcategoria de MNSRM, erguida em Portugal em 2013 pelo Decreto-Lei n.º 128/2013, de 5 de setembro⁹⁴, corresponde a medicamentos que não requerem prescrição médica para serem acessíveis, contudo a sua dispensa está circunscrita a intervenção de um farmacêutico, sujeita a protocolos de dispensa estabelecidos pelo INFARMED¹³. Posto isto, durante a ação de formação, incentivei os colaboradores a consultarem posteriormente os protocolos suprarreferidos, disponibilizados no *site* do INFARMED¹⁵, e a praticá-los numa situação de disponibilização de um MNSRM-EF. Fruto do incentivo foi a criação de uma pasta de arquivo física com todos os protocolos de dispensa impressos para futuras consultas, na Farmácia QF.

Tal como referido em **2.2.3. Candidíase Vulvovaginal** e na ação de formação, a falta de especificidade de alguns sintomas da CVV, pode dificultar por vezes a distinção entre CVV e outras vaginites frequentemente associadas a corrimento vaginal, nomeadamente a vaginose bacteriana e a tricomoníase. Um pH vaginal normal (4,0 a 4,5) é encontrado na CVV, enquanto que um pH maior do que 4,5 sugere a possibilidade de uma vaginose bacteriana e/ou tricomoníase.⁹² Portanto, quando a causa da infeção não se revela aparente pelos sintomas manifestados, a utilização de um dispositivo médico de autoteste que avalie o pH vaginal pode ser benéfico na redução da automedicação inapropriada com antifúngicos.⁶⁶ Apesar da importância deste autoteste em determinadas situações de aconselhamento, não existia na Farmácia QF nenhum autoteste com *stock* basal, na altura da ação de formação. Posto isto, e respondendo ao meu apelo, a Farmácia QF passou a incluir no seu *stock* o dispositivo médico Gyno-Canestest®.

2.5. Conclusão

O desenvolvimento deste projeto proporcionou aos colaboradores da Farmácia QF um conjunto de ferramentas auxiliaadoras da prática farmacêutica, fomentando o desempenho profissional na cedência e uso racional de MNSRM, sob indicação farmacêutica, e na deteção de condições que justifiquem a referenciação à consulta médica. A educação para a automedicação responsável deve incluir uma descrição simples e concisa da administração do tratamento, precauções e resultados esperados. Se adequado, a inclusão de medidas não farmacológicas no plano terapêutico deve ser considerada.

Um aumento na expressão do mercado de MNSRM eleva ainda mais o papel do farmacêutico comunitário como profissional de saúde fundamental no apoio ao autocuidado. Por isso, apostar numa formação contínua é importante, quer para a atualização quer para consolidação de conhecimentos na área do medicamento e

patologias passíveis de automedicação, afirmando a intervenção farmacêutica como uma mais-valia para a saúde do utente e o SNS.

3. Interações alimento-fármaco: um problema subestimado

3.1. Contextualização e objetivos

Os pacientes são capazes de reconhecer frequentemente a diminuição ou aumento do efeito de um medicamento, mas dificilmente atribuem este efeito a uma possível interação causada pelos alimentos ou suplementos alimentares que normalmente consomem.⁹⁵ Constatei empiricamente que os utentes da FQF têm uma tendência para acreditar que tudo o que é “natural” é seguro e a preocupação mais frequente, no que toca a este tipo de interações, é se devem tomar antes ou após a refeição, desprezando o espaço temporal em que a toma deve ser realizada relativamente à refeição. Portanto é crucial que os utentes sejam educados para as interações entre alimentos e fármacos (IAFs), promovendo uma terapia farmacológica efetiva e segura.

A realização deste projeto visou sensibilizar os utentes da Farmácia QF para potenciais interações e educá-los sobre como ajustar a sua dieta para preveni-las.

3.2. Introdução teórica

Tal como os medicamentos, os alimentos são um sistema químico complexo de componentes de baixo e alto peso molecular passíveis de causar interações específicas com os fármacos.⁹⁶ As IAFs são definidas como alterações nas propriedades farmacocinéticas e farmacodinâmicas dos medicamentos resultantes da ingestão de alimentos específicos, ou alterações no estado nutricional do paciente causada por um medicamento.⁹⁷ Deste modo, estas interações podem aumentar ou inibir a absorção, distribuição, metabolismo e excreção dos fármacos ou alterar o seu efeito clínico no organismo.⁹⁸ Na **Tabela 4** encontram-se sintetizadas algumas IAFs.

3.3. Metodologia

Em contexto de pandemia COVID-19, o contacto próximo com utente estava condicionado pelo plano de contingência acionado na FQF desde março de 2020. Uma vez que os contatos e troca de objetos devia ser minimizada, tal como recomendava o plano suprarreferido, a execução do projeto passou pela elaboração de uma apresentação no PowerPoint® (**Anexo 22**) e a sua reprodução num dos televisores presentes na área de atendimento (**Anexo 23**), que decorreu entre 19 e 23 de outubro de 2020. De forma a captar a atenção do utente, que aguardava a sua vez para ser atendido, foi adicionada à apresentação uma música instrumental isenta de direitos de autor. Por outro lado, com o

intuito de prender a atenção do utente, foram adicionados efeitos de animação a caixas de texto e a figuras que integravam a apresentação.

Tabela 4 Exemplos de mecanismos subjacentes ao efeito da dieta na exposição e resposta aos fármacos.

Fármaco	Alimento	Mecanismo da interação	Ref.
MECANISMOS FARMACOCINÉTICOS			
Azitromicina	Refeição regular	A absorção da azitromicina é diminuída quando administrada com comida resultando numa redução de 43% na biodisponibilidade. Administrar uma hora antes ou duas horas depois da refeição.	98,99
Tetraciclina Doxiciclina Minociclina Ciprofloxacina	Lactícínios Cereais fortificados com ferro	Dadas as suas características estruturais, estes fármacos quelatam iões multivalentes como o cálcio, ferro e magnésio formando complexos insolúveis não absorvíveis. Isto reduz significativamente a biodisponibilidade destes fármacos e consequentemente a diminuição da eficácia clínica, promovendo a resistência aos antibióticos.	96,100,101
Levodopa	Alimentos de elevado teor proteico	Certos aminoácidos (fenilalanina, isoleucina, tirosina, triptofano, valina e leucina) competem com este antiparkinsonico pelo transporte a nível gastrointestinal. Esta interação pode conduzir à variação da taxa de absorção da levodopa a nível sistémico e possivelmente a nível cerebral. Segundo estudos clínicos, pode ser benéfico para o paciente uma redistribuição do aporte proteico na dieta, com restrição proteica durante o dia (quando habitualmente ocorre a toma das doses) e aporte proteico sem restrições à noite	102,103
MECANISMOS FARMACODINÂMICOS			
Seleginina Rasagilina Moclobemida (IMAOs)	Alimentos ricos em tiramina (Queijo curado, bebidas fermentadas, carnes fumadas)	A tiramina atua indiretamente como um agente simpaticomimético. Normalmente a tiramina obtida da dieta é degradada pela MAO intestinal e hepática, contudo na presença de IMAOs a tiramina escapa à degradação e podendo atingir concentrações plasmáticas suficientes para provocar uma crise hipertensiva, mais conhecida como “reação do queijo”.	98,103
Varfarina	Vegetais crucíferos (Alimentos ricos em vitamina K)	Ingerir grandes quantidades ou fazer mudanças brusca na quantidade ingerida destes alimentos, interfere com a efetividade e segurança da terapia deste fármaco. A varfarina tem ação anticoagulante pela inibição da síntese de fatores de coagulação dependentes de vitamina K. Uma dieta rica em vitamina K pode resultar em efeitos antagónicos à varfarina. Manter uma ingestão constante e razoável deste tipo de alimentos é fundamental para manter o tempo de protrombina dentro da janela terapêutica.	98,100,103
Paroxetina Sertralina Fluoxetina	Infusões de <i>Hypericum perforatum</i> (Erva de São João)	O uso concomitante destas infusões com fármacos inibidores da recaptção da serotonina pode causar sintomas consistentes com excesso de serotonina (síndrome serotoninérgica). Pensa-se que esta reação ocorre devido à hiperforina, um composto da Erva de São João que inibe a recaptção da serotonina. Portanto o consumo destas infusões pode ter efeito aditivo sobre a terapia antidepressiva em questão.	104

Na apresentação foram expostos exemplos da influência de certos alimentos/nutrientes na farmacocinética e farmacodinâmica de determinados medicamentos, incluindo alguns frequentemente envolvidos nas prescrições apresentadas

pelos utentes da FQF. Tanto o nome da substância ativa como o nome da marca comercial foram incluídos na apresentação, para que fosse reconhecido quer pelos utentes que utilizavam medicamentos genéricos quer pelos utentes que utilizavam medicamentos de marca registada.

3.4. Resultados, discussão e conclusão

Para colmatar algumas limitações da metodologia aplicada (transmissão passiva de informação através do televisor), fiz questão de abordar o assunto das IAFs nos atendimentos que realizei, no decorrer da semana do projeto, sempre que algum utente apresentasse uma prescrição médica com um ou mais dos fármacos referidos na apresentação. Num dos atendimentos em que tive oportunidade de sensibilizar o utente para a temática do projeto, a prescrição médica apresentava uma embalagem de Pylera® e uma embalagem de omeprazol 20 mg. Neste caso, consciencializar o utente para uma potencial IAF de modo a assegurar uma terapêutica efetiva foi bastante importante, isto porque a constituição do Pylera® inclui tetraciclina e a posologia consiste na toma oral de 3 cápsulas 4 vezes por dia (depois do pequeno almoço, almoço e jantar, e ao deitar), o que aumenta o risco de interação da tetraciclina com algum alimento ingerido numas das refeições prévias à toma deste medicamento. Foi aconselhado ao utente não beber leite ao pequeno almoço, pelo motivo exposto na **Tabela 4**.

As IAFs podem afetar as propriedades farmacocinéticas e dinâmicas dos fármacos por isso o seu conhecimento é importante e pode ter um grande impacto na adesão e sucesso da terapêutica. Os farmacêuticos comunitários devem estar vigilantes na monitorização de potenciais IAFs e aconselhar os utentes sobre medidas a adotar na sua dieta quando tomam determinados medicamentos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo de seis meses, o estágio curricular na FQF proporcionou-me oportunidades para consolidar os vastos conhecimentos adquiridos no MICF, mas também para obter novos ensinamentos. O confronto com diversas personalidades e casos clínicos alargou, com base na experiência, os meus conhecimentos e melhorou as minhas competências em adequar a comunicação de ciência aos utentes.

O farmacêutico comunitário é muitas vezes considerado o profissional de saúde mais acessível à população visto que estão disponíveis constantemente para oferecer aconselhamento personalizado sobre a saúde sem a necessidade de marcação prévia. Contudo esta acessibilidade facilitada acarreta responsabilidades acrescidas para a profissão, como por exemplo assegurar a formação contínua de modo a que os serviços farmacêuticos, quer no aconselhamento e monitorização de uma determinada terapêutica quer na prestação de informações fiáveis relacionadas com a saúde pública, sejam baseados na melhor evidência científica. De um modo geral, os projetos desenvolvidos permitiram evidenciar o papel do farmacêutico em várias frentes dando resposta às suas responsabilidades.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministério da Saúde, Decreto-Lei nº 307/2007, de 31 de agosto. Regime jurídico das farmácias de oficina. Diário da República, nº 168/2007, série I.
2. Decreto-Lei n.º 176/2006, Estabelece o regime jurídico dos medicamentos de uso humano, Diário da República, 1ª série, n.º 167, 2006, 6297 - 6383.
3. Despacho n.º 2935-B/2016, de 25 de fevereiro. Diário da República n.º 39/2016, 1º Suplemento, Série II.
4. Portaria n.º 224/2015, de 27 de Junho, Diário da República, 1ª série, nº 224, 2015, 5037 - 5043. .
5. Portaria n.º 284-A/2016, Diário da República, 1ª série, n.º 212, 2016, 3908-(2) - 3908-(11).
6. Prescrição e dispensa. Infarmed. [Online] Acessível em: <https://www.infarmed.pt/web/infarmed/profissionais-de-saude/prescricao-e-dispensa>. 2020.
7. Decreto-Lei nº 19/2014, de 5 de fevereiro, Diário da República, nº 25/2014, série I.
8. Portaria n.º 1016-A/2008, Diário da República n.º 173/2008, 1º Suplemento, Série I de 2008-09-08, 6258-(2) a 6258-(2).
9. Portaria n.º 195-D/2015, Diário da República n.º 125/2015, 1º Suplemento, Série I de 2015-06-30, 4542-(11) a 4542-(15).
10. Serviço Nacional de Saúde, Medicamentos. [Online] Acessível em: <https://www.sns.gov.pt/sns-saude-mais/medicamentos-2/>.
11. Portaria n.º 1319/2010, Diário da República n.º 250/2010, Série I de 2010-12-28, 5963 - 5964. .
12. Portaria n.º 650/2009, Diário da República n.º 112/2009, Série I de 2009-06-12, 3640 - 3641. .
13. Infarmed, Questões frequentes sobre medicamentos de dispensa exclusiva em farmácia. [Online] Acessível em: https://www.infarmed.pt/documents/15786/2013278/Quest%C3%B5es+frequentes+MNSRM_EF.pdf/a3bc886b-3e13-40e6-97ee-8c7ac6689d28.
14. Decreto-Lei n.º 128/2013, Diário da República n.º 171/2013, Série I de 2013-09-05, 5524 - 5626.
15. Infarmed, Lista de DCI identificadas pelo Infarmed como MNSRM-EF e respetivos protocolos de dispensa. [Online] Acessível em: https://www.infarmed.pt/web/infarmed/entidades/medicamentos-uso-humano/autorizacao-de-introducao-no-mercado/alteracoes_transferencia_titular_aim/lista_dci.
16. Infarmed, Medicamentos manipulados. [Online] Acessível em: <https://www.infarmed.pt/web/infarmed/entidades/inspecao/inspecao-medicamentos/medicamentos-manipulados>.
17. Portaria n.º 594/2004, Diário da República n.º 129/2004, Série I-B de 2004-06-02, 3441 - 3445.
18. Portaria n.º 769/2004, Diário da República n.º 153/2004, Série I-B de 2004-07-01, 4016 - 4017. .

19. Despacho n.º 18694/2010, Diário da República n.º 242/2010, Série II de 2010-12-16, 61028 - 61029.
20. Decreto-Lei n.º 145/2009, Diário da República n.º 115/2009, Série I de 2009-06-17, 3707 - 3765.
21. Infarmed, Dispositivos médicos. [Online] Acessível em: <https://www.infarmed.pt/web/infarmed/entidades/dispositivos-medicos>.
22. Decreto-Lei n.º 148/2008, Diário da República n.º 145/2008, Série I de 2008-07-29, 5048 - 5095.
23. Decreto-Lei n.º 189/2008, Diário da República n.º 185/2008, Série I de 2008-09-24, 6826 - 6905. .
24. Infarmed, Deliberação n.º 139/CD/2010, de 21 de outubro. [Online] Acessível em: https://www.infarmed.pt/documents/15786/17838/139_CD_2010.pdf/4d614fa9-63e0-4220-ad81-d8689829be6a. .
25. Infarmed, Deliberação n.º 145/CD/2010, de 4 de Novembro. [Online] Acessível em: https://www.infarmed.pt/documents/15786/1219415/Delibera%25E7%25E3o_145_CD_2010.pdf/d8363dd9-93ac-4c6f-a136-b9a125749a16.
26. Portaria n.º 97/2018, Diário da República n.º 69/2018, Série I de 2018-04-09, 1556 - 1557.
27. VALORMED, Quem somos. [Online] Acessível em: <http://valormed.pt/paginas/2/quem-somos/>.
28. Wu Z, McGoogan JM. Characteristics of and Important Lessons From the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Outbreak in China: Summary of a Report of 72 314 Cases From the Chinese Center for Disease Control and Prevention. *JAMA*. 2020;323(13):1239-1242.
29. Ministra confirma primeiro caso positivo de coronavírus em Portugal. *Expresso*. 2020.
30. WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 - 11 March 2020. 2020.
31. Paakkari L, Okan O. COVID-19: health literacy is an underestimated problem. *The Lancet Public Health*. 2020;5(5):e249-e250.
32. Ling J. The Wuhan Virus Is Not a Lab-Made Bioweapon. 2020.
33. Andersen KG, Rambaut A, Lipkin WI, Holmes EC, Garry RF. The proximal origin of SARS-CoV-2. *Nature medicine*. 2020;26(4):450-452.
34. Advisory) IPFH. Coronavirus 2019-nCoV Outbreak. Information and interim guidelines for pharmacists and the pharmacy workforce. 2020.
35. Chen B, Tian E-K, He B, et al. Overview of lethal human coronaviruses. *Signal Transduction and Targeted Therapy*. 2020;5(1):1-16.
36. Gorbalenya AE, Baker SC, Baric R, et al. Severe acute respiratory syndrome-related coronavirus: The species and its viruses—a statement of the Coronavirus Study Group. 2020.
37. Zhou P, Yang X-L, Wang X-G, et al. A pneumonia outbreak associated with a new coronavirus of probable bat origin. *nature*. 2020;579(7798):270-273.
38. Astuti I. Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (SARS-CoV-2): An overview of viral structure and host response. *Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews*. 2020.

39. Shang J, Ye G, Shi K, et al. Structural basis of receptor recognition by SARS-CoV-2. *Nature*. 2020;581(7807):221-224.
40. Walls AC, Park Y-J, Tortorici MA, Wall A, McGuire AT, Veesler D. Structure, function, and antigenicity of the SARS-CoV-2 spike glycoprotein. *Cell*. 2020.
41. Bestle D, Heindl MR, Limburg H, et al. TMPRSS2 and furin are both essential for proteolytic activation and spread of SARS-CoV-2 in human airway epithelial cells and provide promising drug targets. *bioRxiv*. 2020.
42. Coutard B, Valle C, de Lamballerie X, Canard B, Seidah N, Decroly E. The spike glycoprotein of the new coronavirus 2019-nCoV contains a furin-like cleavage site absent in CoV of the same clade. *Antiviral research*. 2020;176:104742.
43. Hoffmann M, Kleine-Weber H, Schroeder S, et al. SARS-CoV-2 cell entry depends on ACE2 and TMPRSS2 and is blocked by a clinically proven protease inhibitor. *Cell*. 2020.
44. Tay MZ, Poh CM, Rénia L, MacAry PA, Ng LF. The trinity of COVID-19: immunity, inflammation and intervention. *Nature Reviews Immunology*. 2020:1-12.
45. Zhang X, Tan Y, Ling Y, et al. Viral and host factors related to the clinical outcome of COVID-19. *Nature*. 2020;583(7816):437-440.
46. Gupta A, Madhavan MV, Sehgal K, et al. Extrapulmonary manifestations of COVID-19. *Nature medicine*. 2020;26(7):1017-1032.
47. World Health Organization. Report of the WHO-China Joint Mission on Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). [Online] Acessível em <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/who-china-joint-mission-on-covid-19-final-report.pdf>.
48. Cascella M, Rajnik M, Cuomo A, Dulebohn SC, Di Napoli R. Features, evaluation and treatment coronavirus (COVID-19). *Statpearls [internet]*: StatPearls Publishing; 2020.
49. Docherty AB, Harrison EM, Green CA, et al. Features of 20 133 UK patients in hospital with covid-19 using the ISARIC WHO Clinical Characterisation Protocol: prospective observational cohort study. *bmj*. 2020;369.
50. Wei Y, Wei L, Liu Y, et al. A systematic review and meta-analysis reveals long and dispersive incubation period of COVID-19. *medRxiv*. 2020.
51. Williamson EJ, Walker AJ, Bhaskaran K, et al. Factors associated with COVID-19-related death using OpenSAFELY. *Nature*. 2020;584(7821):430-436.
52. Li Q, Guan X, Wu P, et al. Early transmission dynamics in Wuhan, China, of novel coronavirus-infected pneumonia. *New England Journal of Medicine*. 2020.
53. Hu B, Guo H, Zhou P, Shi Z-L. Characteristics of SARS-CoV-2 and COVID-19. *Nature Reviews Microbiology*. 2020:1-14.
54. Kamps BS, Hoffmann C. COVID reference.
55. He X, Lau EH, Wu P, et al. Temporal dynamics in viral shedding and transmissibility of COVID-19. *Nature medicine*. 2020;26(5):672-675.
56. World Health Organization. Transmission of SARS-CoV-2: implications for infection prevention precautions: scientific brief, 09 July 2020. [Online] Acessível em: <https://www.who.int/news-room/commentaries/detail/transmission-of-sars-cov-2-implications-for-infection-prevention-precautions>.
57. Van Doremalen N, Bushmaker T, Morris DH, et al. Aerosol and surface stability of SARS-CoV-2 as compared with SARS-CoV-1. *New England Journal of Medicine*. 2020;382(16):1564-1567.

58. European Centre for Disease Prevention and Control, Transmission of COVID-19. [Online] Acessível em: <https://www.ecdc.europa.eu/en/covid-19/latest-evidence/transmission>.
59. Direção de Serviços de Prevenção da Doença e Promoção da Saúde (DGS). Literacia em Saúde e a COVID-19: Plano, Prática e Desafios. [Online] Acessível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/literacia-em-saude-e-a-covid-19-plano-pratica-e-desafios-pdf.aspx>.
60. Correia AM, Rodrigues A, Dias C, et al. Plano Nacional de Preparação e Resposta à Doença por novo coronavírus (COVID-19). *Portugal: Direção geral de saúde*. 2020.
61. Lai S, Ruktanonchai NW, Zhou L, et al. Effect of non-pharmaceutical interventions for containing the COVID-19 outbreak in China. *medRxiv*. 2020.
62. Kwok YLA, Gralton J, McLaws M-L. Face touching: a frequent habit that has implications for hand hygiene. *American journal of infection control*. 2015;43(2):112-114.
63. World Health Organization. Naming the coronavirus disease (COVID-19) and the virus that causes it. [Online] Acessível em: [https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance/naming-the-coronavirus-disease-\(covid-2019\)-and-the-virus-that-causes-it](https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance/naming-the-coronavirus-disease-(covid-2019)-and-the-virus-that-causes-it).
64. Mahapatra T. Self-care and self-medication: A commentary. *Annals of Tropical Medicine and Public Health*. 2017;10(3):505.
65. Despacho n.º 17690/2007, Diário da República n.º 154/2007, Série II de 2007-08-10, 22849 - 22850.
66. Berardi RR. *Handbook of nonprescription drugs*: American Pharmacists Association; 2009.
67. Ordem dos Farmacêuticos. Norma específica sobre indicação farmacêutica. [Online] Acessível em: https://www.ordemfarmaceuticos.pt/fotos/qualidade/of.c_n005_00_norma_especifica_sobre_indicacyayo_farmaceyutica_5541776765afd9c982f505.pdf.
68. Del Bino S, Duval C, Bernerd F. Clinical and biological characterization of skin pigmentation diversity and its consequences on UV impact. *International journal of molecular sciences*. 2018;19(9):2668.
69. Reardon JT, Sancar A. Recognition and repair of the cyclobutane thymine dimer, a major cause of skin cancers, by the human excision nuclease. *Genes & development*. 2003;17(20):2539-2551.
70. Guerra KC, Crane JS. Sunburn. *StatPearls [Internet]*: StatPearls Publishing; 2019.
71. Dawes JM, Calvo M, Perkins JR, et al. CXCL5 mediates UVB irradiation-induced pain. *Science translational medicine*. 2011;3(90):90ra60-90ra60.
72. World Health Organization. Radiation: The known health effects of ultraviolet radiation (Q&A). [Online] Acessível em: <https://www.who.int/news-room/q-a-detail/the-known-health-effects-of-uv>.
73. Blakely KM, Drucker AM, Rosen CF. Drug-induced photosensitivity—an update: culprit drugs, prevention and management. *Drug safety*. 2019:1-21.
74. Han A, Maibach HI. Management of acute sunburn. *American journal of clinical dermatology*. 2004;5(1):39-47.

75. World Health Organization. Radiation: Ultraviolet (UV) radiation and skin cancer. [Online] Acessível em: [https://www.who.int/news-room/q-a-detail/ultraviolet-\(uv\)-radiation-and-skin-cancer](https://www.who.int/news-room/q-a-detail/ultraviolet-(uv)-radiation-and-skin-cancer).
76. Yeager DG, Lim HW. What's new in photoprotection: a review of new concepts and controversies. *Dermatologic clinics*. 2019;37(2):149-157.
77. Small P, Keith PK, Kim H. Allergic rhinitis. *Allergy, Asthma & Clinical Immunology*. 2018;14(2):51.
78. May JR, Dolen WK. Management of allergic rhinitis: a review for the community pharmacist. *Clinical therapeutics*. 2017;39(12):2410-2419.
79. Sociedade Portuguesa de Alergologia e Imunologia Clínica. Rinite em Portugal. [Online] Acessível em: <https://www.spaic.pt/grupos-trabalho/rinite?page=21>.
80. Bauchau V, Durham S. Prevalence and rate of diagnosis of allergic rhinitis in Europe. *European Respiratory Journal*. 2004;24(5):758-764.
81. Wheatley LM, Togias A. Allergic rhinitis. *New England Journal of Medicine*. 2015;372(5):456-463.
82. Egan M, Bunyavanich S. Allergic rhinitis: the "Ghost Diagnosis" in patients with asthma. *Asthma Research and Practice*. 2015/09/07 2015;1(1):8.
83. Scadding GK, Kariyawasam HH, Scadding G, et al. BSACI guideline for the diagnosis and management of allergic and non-allergic rhinitis (Revised Edition 2017; 2007). *Clinical & Experimental Allergy*. 2017;47(7):856-889.
84. Hoyte FC, Meltzer EO, Ostrom NK, et al. Recommendations for the pharmacologic management of allergic rhinitis. Paper presented at: Allergy & Asthma Proceedings 2014.
85. Skoner DP. Allergic rhinitis: definition, epidemiology, pathophysiology, detection, and diagnosis. *Journal of allergy and clinical immunology*. 2001;108(1):S2-S8.
86. Greiner AN, Meltzer EO. Overview of the treatment of allergic rhinitis and nonallergic rhinopathy. *Proceedings of the American Thoracic Society*. 2011;8(1):121-131.
87. Bousquet J, Khaltaev N, Cruz AA, et al. Allergic rhinitis and its impact on asthma (ARIA) 2008. *Allergy*. 2008;63:8-160.
88. Wallace DV, Dykewicz MS, Bernstein DI, et al. The diagnosis and management of rhinitis: an updated practice parameter. *Journal of allergy and clinical immunology*. 2008;122(2):S1-S84.
89. Schatz M, Meltzer EO, Nathan R, et al. Psychometric validation of the rhinitis control assessment test: a brief patient-completed instrument for evaluating rhinitis symptom control. *Annals of Allergy, Asthma & Immunology*. 2010;104(2):118-124.
90. Fonseca JA, Nogueira-Silva L, Morais-Almeida M, et al. Control of Allergic Rhinitis and Asthma Test (CARAT) can be used to assess individual patients over time. *Clinical and translational allergy*. 2012;2(1):16.
91. Dovník A, Golle A, Novak D, Arko D, Takac I. Treatment of vulvovaginal candidiasis: a review of the literature. *Acta Dermatovenereol Alp Pannonica Adriat*. 2015;24(1):5-7.
92. Sobel JD, Nyirjesy P. Vulvovaginitis. *Female Sexual Pain Disorders: Evaluation and Management*. 2020:227-238.
93. Willems HM, Ahmed SS, Liu J, Xu Z, Peters BM. Vulvovaginal Candidiasis: A Current Understanding and Burning Questions. *Journal of Fungi*. 2020;6(1):27.

94. Martins AP, Gonçalves E, Marcelo A, Vilão S, Silva JA. Pharmacy Medicines Not Subject to Medical Prescription in Portugal: An Underused Access Opportunity? *Acta medica portuguesa*. 2016;29(9):542-548.
95. Smith C. Food/Drug Interactions: Assessing student knowledge before and after viewing an interactive educational website. 2016.
96. Koziolek M, Alcaro S, Augustijns P, et al. The mechanisms of pharmacokinetic food-drug interactions—A perspective from the UNGAP group. *European Journal of Pharmaceutical Sciences*. 2019;134:31-59.
97. Zawiah M, Yousef A-M, Khan AH, et al. Food-drug interactions: Knowledge among pharmacists in Jordan. *PloS one*. 2020;15(6):e0234779.
98. Bushra R, Aslam N, Khan AY. Food-drug interactions. *Oman medical journal*. 2011;26(2):77.
99. Kotzer LM, Mascarenhas MR, Wallace E. Drug–Nutrient Interactions in Infancy and Childhood. *Handbook of Drug-Nutrient Interactions*: Springer; 2009:575-591.
100. Amorim JPP, Lopes CM. Interações alimento-fármaco. 2010.
101. McCabe BJ. Prevention of food-drug interactions with special emphasis on older adults. *Current Opinion in Clinical Nutrition & Metabolic Care*. 2004;7(1):21-26.
102. Aloupis MS, Golaszewski AL. Influence of Neurological Medication on Nutritional Status. *Handbook of Drug-Nutrient Interactions*: Springer; 2009:483-511.
103. Anderson KE. Effects of specific foods and dietary components on drug metabolism. *Handbook of Drug-Nutrient Interactions*: Springer; 2009:243-265.
104. Chan L-N. Interaction of natural products with medication and nutrients. *Handbook of Drug-Nutrient Interactions*: Springer; 2009:341-366.

ANEXOS

Anexo 1 – Dados do número de vendas de máscaras nos meses de janeiro a setembro de 2020.

CÓDIGO	DESIGNAÇÃO	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET
1008094	Eco Plus Mascara Facial C/ Elastico x 50	0	0	2	0	0	0	0	0	0
1000737	Mascara Aseptex 1800+NL	0	0	0	0	0	0	0	0	0
7968867	Mascara Bico Pato Mascara Ffp1 C/ Valvula	0	0	0	0	0	0	0	0	0
7968883	Mascara Bico Pato Mascara Ffp2	0	7	7	1	0	0	0	0	0
7968875	Mascara Bico Pato Mascara Ffp2 C/ Valvula	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1008227	Mascara Bico Pato Mascara Ffp2 Unidade	0	0	0	12	0	0	0	0	0
1008219	Mascara Cirurgica Descartavel Tipo II C/Elastico 50	0	0	0	3	0	0	0	0	0
1008623	Mascara Cirurgica Tipo I x 50	0	0	0	0	0	0	0	27	207
1008615	Mascara Cirurgica Tipo II R x 50	0	0	0	0	0	0	0	5	0
1008284	Mascara Cirurgica x 1 Unidade	0	0	0	681	186	115	90	103	125
1007963	Mascara de Papel C/ Elast x 100	6	14	0	0	0	0	0	0	0
1008268	Mascara KN95 (Ffp2) x 1 Unidade	0	0	0	1105	371	138	292	83	11
1008276	Mascara KN95 (Ffp2) x 10 Unidades	0	0	0	1	1	0	0	5	49
1000695	Mascara Maimed com Elasticos x 50	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1000703	Mascara Romed com Elasticos x 50	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1008474	Mascara Textil Social Adulto 25 Lavagens x 50	0	0	0	0	0	7	0	0	1
1008045	Mascaras Cirurgicas C/ Viseira x 50	0	0	2	0	0	0	0	0	0
1008052	Mascaras Cirurgicas com Atilhos x 50	0	0	29	11	0	0	0	0	0
1008359	Mascaras Cirurgicas Face Mask x50	0	0	0	5	0	0	0	0	0
1008144	Mascaras Cirurgicas x 50	0	0	0	115	217	70	138	157	0
Número total de máscaras vendidas		600	1407	1657	8509	11417	4103	7282	9686	10977

Anexo 2 – Panfleto informativo elaborado e distribuído no âmbito da primeira intervenção do projeto “COVID-19: a profissão farmacêutica no combate à desinformação”.

SINTOMAS

20 - 25% dos casos confirmados tem apresentação clínica mais grave: **pneumonia grave, síndrome do desconforto respiratório agudo e choque séptico**, que podem levar à morte do paciente.

Atualmente **não há tratamento ou vacina específica** contra coronavírus causador de doença respiratória. Contudo, vários tratamentos antivirais já utilizados para outros vírus, estão sobre investigação para uso contra 2019-nCoV. O tratamento para a infeção é dirigido aos sintomas e sinais apresentados.

TRATAMENTO

COMO ME POSSO PROTEGER?

- Evite o contacto próximo com pessoas com manifestações de infeção respiratória, como tosse, nariz entupido e/ou corrimento nasal e dores de garganta;
- Lave as mãos frequentemente, com água e sabão ou com um produto com álcool a 70%, especialmente após partilha de espaço com pessoas doentes (por exemplo, em transportes públicos) e sempre que se assoar, espirrar ou tossir;
- Evite o contacto com animais e o consumo de produtos de origem animal crus ou mal cozinhados;
- Tappe o nariz e a boca sempre que espirrar ou tossir, com um lenço de papel ou com o braço (nunca com as mãos). Coloque o lenço de papel no lixo;

POSSO VIAJAR PARA A CHINA? À data, não existem limitações às deslocações internacionais, mas, caso o faça, tenha os cuidados acima mencionados.

QUEIJA FERREIRA
FARMÁCIA - PORTO
365 dias por ano
22 55 11 619 | geral@farmaciaqueijaferreira.pt

FACULDADE DE FARMÁCIA
UNIVERSIDADE DO PORTO
Por Nuno Guedes,
5º ano do MIOCF.

O QUE PRECISA DE SABER SOBRE O NOVO CORONAVÍRUS (2019-nCoV)

Desde **dezembro de 2019**, um número crescente de casos de pneumonia relacionada com este coronavírus foi identificado em Wuhan, uma cidade com 11 milhões de habitantes localizada na China.

2019-nCoV é um novo tipo de coronavírus que até hoje não tinha sido identificado.

SOBRE A FAMÍLIA CORONAVÍRUS

Coronavírus é uma grande família de vírus identificada desde meados de 1960 e que **circulam frequentemente entre animais** (mamíferos ou pássaros) podendo **ocasionalmente infectar humanos**. Nos humanos, uma infeção por coronavírus pode manifestar-se como uma constipação comum ou uma infeção respiratória mais severa, dependendo do tipo de coronavírus e do estado de saúde da pessoa infetada. No **passado**, certos tipos de coronavírus, que circulavam entre animais, evoluíram e infetaram humanos provocando surtos, como a **Síndrome Respiratória Aguda Grave (SARS-CoV)** e a **Síndrome Respiratória do Oriente Médio (MERS-CoV)**.

2019-nCoV NÃO É TÃO MORTÍFERO COMO OS SURTOS PASSADOS

SARS 2002	MERS 2012	2019-nCoV 2019
10%*	34%*	2%†

*Morbimortalidade †Estimativa da morbimortalidade até à data 07/02/2020.

EPIDEMIOLOGIA DO 2019-nCoV

HUANAN SEAFOOD WHOLESALE MARKET*
Uma análise concluiu que mais de metade dos primeiros casos estavam ligados a este mercado, situado em Wuhan.

*mercado de alimentos e animais vivos (peixe, marisco e aves).

TRANSMISSÃO

Pessoa-Animal
Apesar de ainda não estar confirmado, o contato com animais infetados pode ser uma via de transmissão. A fonte da infeção continua desconhecida e ainda pode estar ativa, mas acredita-se que possa ter origem animal.

Pessoa-a-Pessoa
Já foi confirmada a transmissão através do contato com pessoas sintomáticas, como via principal. Recentemente, um estudo alemão reportou um caso em que a transmissão ocorreu antes da pessoa apresentar os sintomas.

PERÍODO DE INCUBAÇÃO*

2 - 14 dias
média **5,2 dias**

*Tempo entre a exposição ao vírus e o início dos sintomas

2019-nCoV PELO MUNDO

Dados recolhidos a 07/02/2020.

País	Número total de casos confirmados	Número total de mortes	Número total de casos recuperados
Alemanha	12		
Suécia	1		
Rússia	2		
Tailândia	25		
Malásia	12		
Macau	10		
China	31 207	638	1 733
Nepal	1		
Singapura	30		
Índia	3		
Taiwan	16		
Coreia do Sul	24		
Japão	86		
Filipinas	2		
Hong Kong	25		
Austrália	15		
Vietname	10		
Camboja	1		
Sri Lanka	1		
Espanha (Ilhas Canárias)	1		
Frância	6		
Reino Unido	2		
Finlândia	1		
Itália	2		
Emirados Árabes Unidos	5		
Bélgica	1		
Estados Unidos da América	12		
Canadá	7		

POR QUE O NÚMERO DE CASOS ESTÁ A AUMENTAR RAPIDAMENTE?

A via principal de transmissão do vírus é pessoa a pessoa e a capacidade para detetar casos está melhorada. Um aumento momentâneo no número de casos é frequente na fase inicial do surto de uma doença emergente.

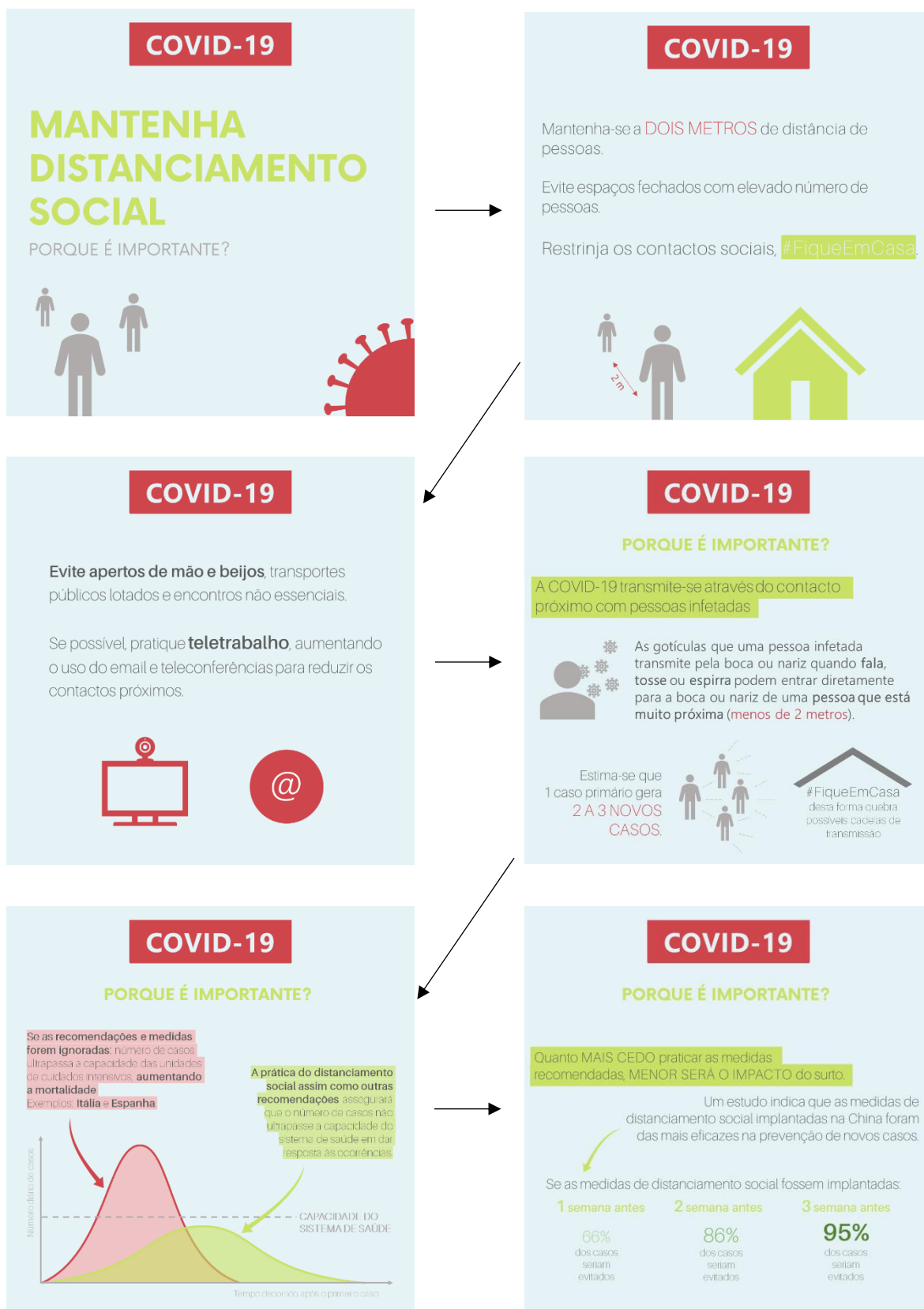
ESTOU EM RISCO DE CONTRAIR UMA INFEÇÃO POR 2019-nCoV NA EUROPA?

Existe uma probabilidade **moderada** de importação de casos nos países europeus. A probabilidade de **transmissão secundária** é **baixa**, desde que sejam cumpridas as práticas de prevenção e controlo de infeção adequadas.

Anexo 3 – Níveis de alerta e resposta para Portugal, segundo o Plano Nacional de Preparação e Resposta à COVID-19⁶⁰.

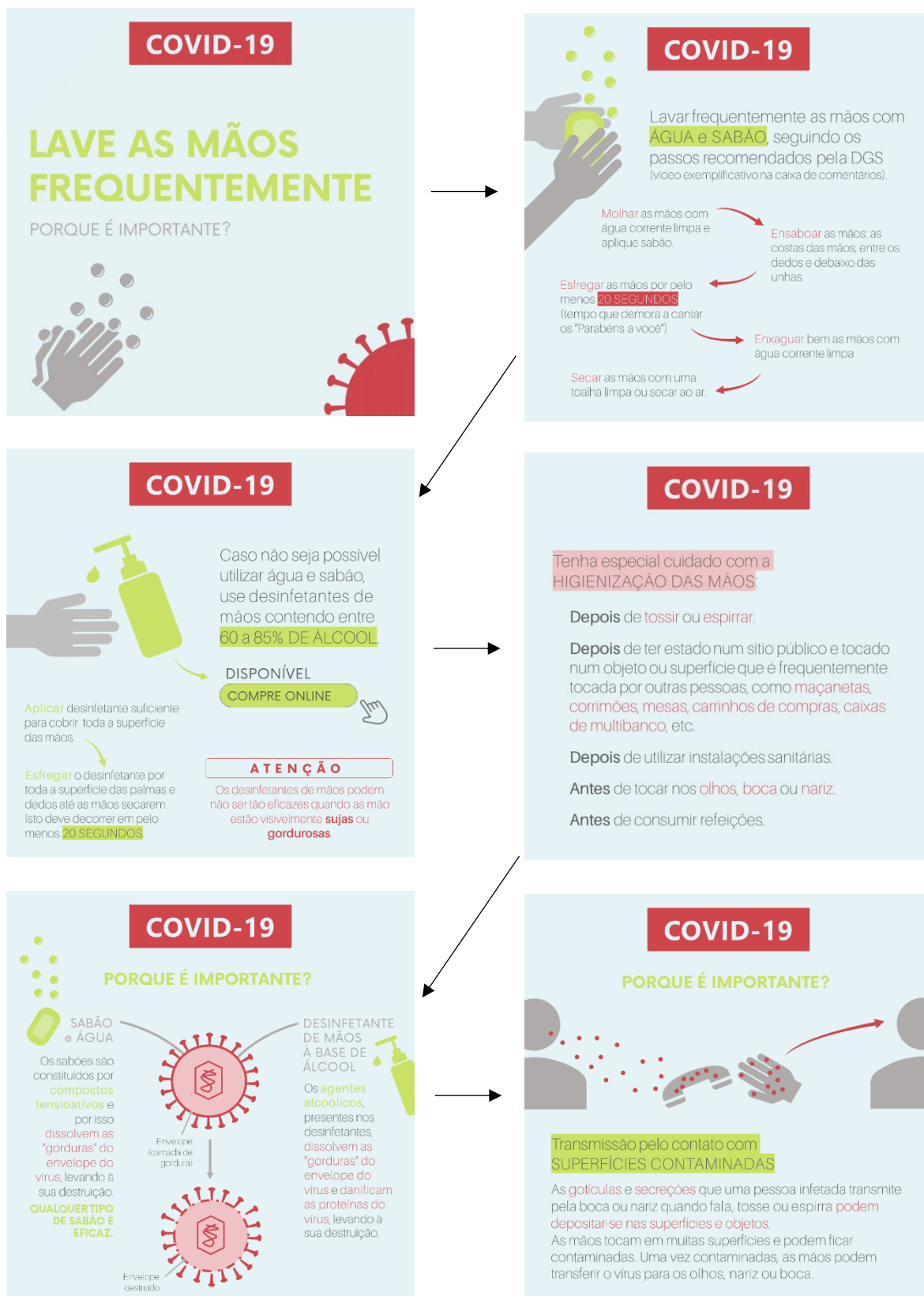
Fase de preparação			Não existe epidemia ou epidemia concentrada fora de Portugal
Fases de resposta	1 - Contenção	1.1	Epicentro identificado fora de Portugal, com transmissão internacional
		1.2.	Casos importados na Europa
	2 - Contenção alargada	2.1.	Cadeias secundárias de transmissão na Europa
		2.2.	Casos importados em Portugal, sem cadeias secundárias
	3 - Mitigação	3.1.	Transmissão local em ambiente fechado
		3.2.	Transmissão comunitária
Fase de recuperação			Atividade da doença decresce em Portugal e no Mundo

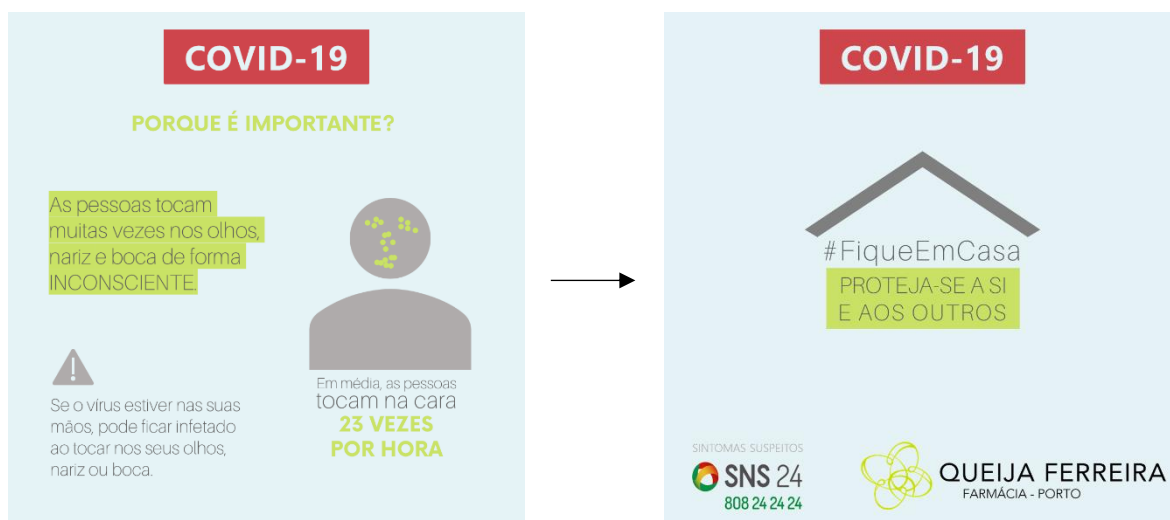
Anexo 4 – Sequência de imagens sobre o “Distanciamento social. Porque é importante?”, elaborada e divulgada na página de Facebook® da FQF.





Anexo 5 – Sequência de imagens sobre o “Lave frequentemente as mãos. Porque é importante?”, elaborada e divulgada na página de Facebook® da FQF.

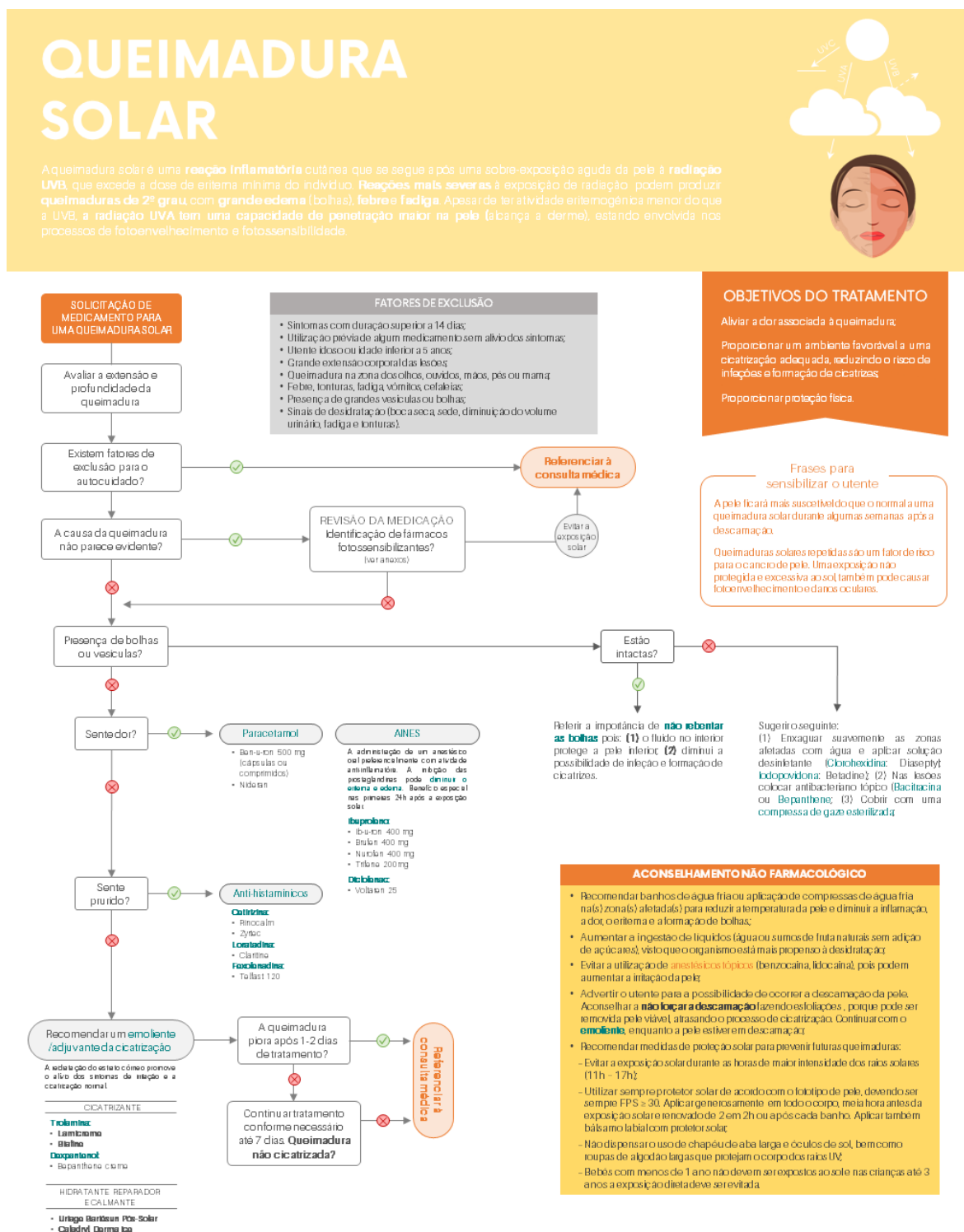




Anexo 6 – Dados obtidos dos relatórios de “Monitorização mensal do consumo de medicamentos no ambulatório do SNS”, relativamente ao número de embalagens vendidas e dinheiro gasto (traduzido em PVP) no mercado de MNSRM nas farmácias em Portugal.

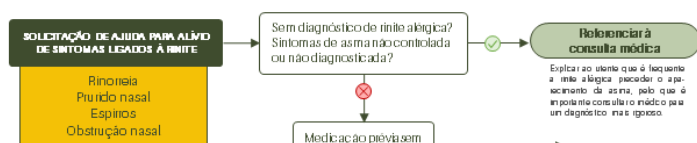
Ano	Nº embalagens vendidas	PVP
2007	34832052	168725461
2008	34068926	170583307
2009	35420539	187421844
2010	33107777	173388147
2011	32853118	175333993
2012	34167005	176440519
2013	34031744	190734410
2014	29434347	170224466
2015	29212052	198543730
2016	32533943	242741539
2017	32571486	252600772
2018	33758974	269141200
2019	34256677	283362692

Anexo 7 – Fluxogramas de indicação farmacêutica elaborados em contexto de queimadura solar, rinite alérgica e candidíase vulvovaginal (de cima para baixo).



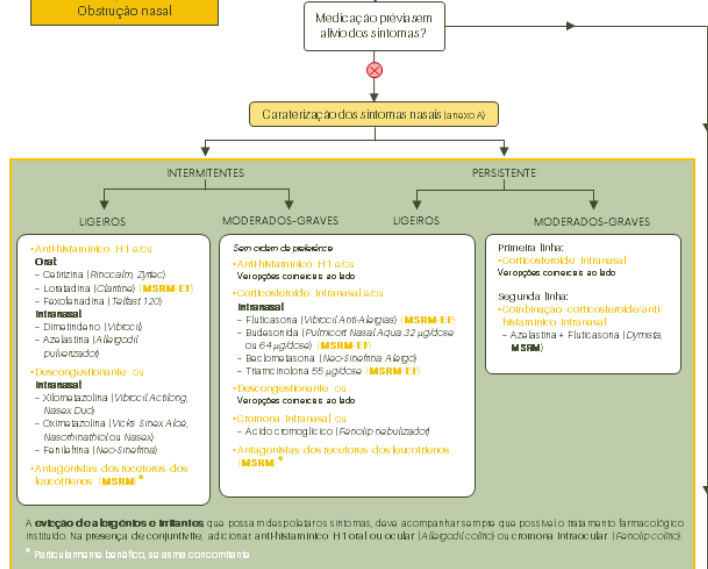
RINITE ALÉRGICA

A rinite alérgica (RA) define-se clinicamente como uma **doença nasal sintomática**, determinada por um processo inflamatório mediado pela IgE após exposição da mucosa nasal a um ou mais alérgenos. A RA afeta entre 22 e 26% da população portuguesa, nas crianças a prevalência é maior chegando aos 43%. Além dos sintomas nasais e oculares diretamente relacionados com o processo alérgico, a interferência destes sintomas com o sono pode levar à **sonolência diurna, diminuição da qualidade de vida e interferência com produtividade laboral**. Cerca de 40% dos doentes com rinite alérgica têm asma e cerca de 80% dos asmáticos têm rinite alérgica. A rinite alérgica **moderada-grave** está associada ao aumento da gravidade da asma e à menor resposta ao tratamento antiastmático.



OBJETIVOS DO TRATAMENTO

Reduzir os sintomas
Melhorar o estado funcional do doente e a sensação de bem-estar



ANEXO A

CARACTERIZAÇÃO DOS SINTOMAS NASAIS

Classificação ARIA de rinite alérgica

FREQÜÊNCIA	INTERMITENTE	PERSISTENTE
	< 4 dias por semana < 4 semanas seguidas	> 4 dias por semana > 4 semanas seguidas
GRAVIDADE	LIGEIRA	MODERADA - GRAVE
	- Sono normal - Sem prejuízo das atividades diárias, desporto, lazer - Sem prejuízo do trabalho/escola - Sem sintomas incómodativos	- Sono alterado - Prejuízo das atividades diárias, desporto, lazer - Prejuízo do trabalho/escola - Sintomas incómodativos

ANEXO B

Considerar referenciação para cuidados especializados se:

- Curso prolongado da doença;
- Necessidade de doses muito elevadas de tratamento farmacológico;
- Presença de efeitos adversos do tratamento;
- Co-morbidades ou complicações da rinite;
- Possível necessidade / benefício de tratamento com vacina anti-alérgica.

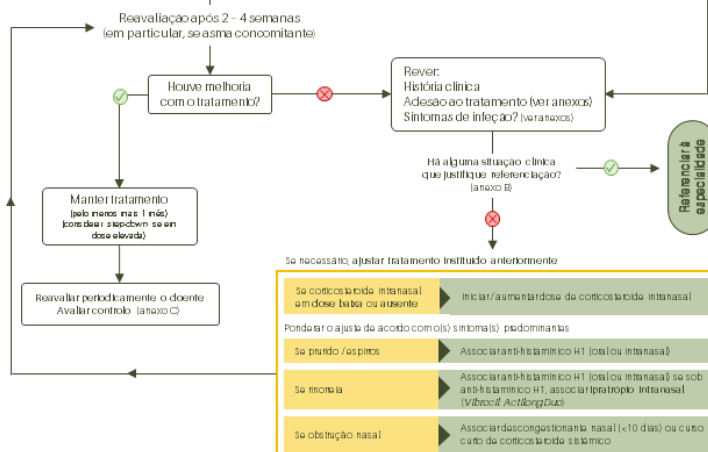
ANEXO C

Avaliação do controlo considerando a proposta PRACTALL:

Crítérios de controlo	Controlado
Sintomas	Sem sintomas
Qualidade de vida	Sem alteração do sono Sem perturbação das atividades
Medidas objetivas (médico)	Peak nasal inspiratory flow normal Rinomanometria Teste de infiltração nasal com boca fechada

A necessidade de uso de medicação de alívio indica perda de controlo.

Teste de Controlo da Asma e Rinite Alérgica: Ver anexos



ACONSELHAMENTO NÃO FARMACOLÓGICO

- Manter uma boa higiene das fossas nasais, fazendo uma lavagem regular com soro fisiológico ou solução salina (Rhinomer, Spray Nasal, Pic Solution, RinoFlux, Soro Fisiológico, Rhinodouch, Injeção Nasal). (a lavagem deve ser feita antes da toma da medicação intranasal).
- Evitar a exposição aos alérgenos responsáveis, bem como ao fumo, a perfumaria e a produtos com cheiro intenso.
- Se for alérgico aos ácaros do pó:
 - Envolver colchões, almofadas e edredons com capas de tecido impermeáveis aos alérgenos;
 - Ventilar o quarto a casa, sobretudo o quarto;
 - Evitar tapetes, alfombras, peluches, livros e tudo o que acumule pó;
 - Aspirar bem o chão e o colchão;
 - Lavar semanalmente os lençóis a T > 60°C.
- Se for alérgico aos pólenes:
 - Na primavera, consultar os boletins polínicos;
 - Evitar atividades ao ar livre quando as concentrações de pólenes forem mais elevadas;
 - Usar óculos de sol ao ar livre;

CANDIDÍASE VAGINAL

A candidíase vaginal é uma das infeções vaginais mais frequentes, sendo a espécie *Candida albicans* a responsável maioritária. Os sintomas característicos são **prurido intenso** acompanhado de **eritema vulvar ou vaginal**, ardor, dispareunia e de uma secreção esbranquiçada, espessa e sem odor ofensivo (tipo requêijo), podendo ocorrer disúria. Normalmente, os sintomas agravam-se antes da menstruação. É uma situação rara antes da puberdade e depois da menopausa.



IDENTIFICAÇÃO DO UTENTE

- Idade < 16 e > 60 anos?
- Sem diagnóstico prévio de candidíase vaginal?
- Tomou algum MNSRM sem alívio dos sintomas?
- Infeção recente (4 ou mais episódios/ano) ou se os sintomas se repetem 2 meses após início de tratamento? (pode ser um sinal precoce de diabetes ou infeção por HIV)
- Persistência ou agravamento dos sintomas característicos como o prurido intenso acompanhado de sensação de queimadura vaginal, disúria externa, dispareunia e aparecimento de secreção esbranquiçada espessa e inodora?
- Contimento vaginal com coloração?
- Contimento vaginal com odor feído ou a peixe?

OUTRAS SITUAÇÕES OU PROBLEMAS DE SAÚDE

- Dor lombar e/ou abdominal inferior?
- Fébreis?
- Ulcera/paquete com doença sexualmente transmissível (sífilis, gonorréia, clamídia)?
- Úlcera vaginal?
- Sintomas urinários?
- Utiliza dispositivos intrauterinos ou diafragma?
- Diabetes mellitus não controlada? (mulheres com DM estão em maior risco para desenvolver candidíase vaginal, particularmente se a glicemia não estiver controlada)
- Doença autoimune (HIV, psoríase, lúpus)?
- Gravidez e/ou amamentação?

IDENTIFICAÇÃO DE MEDICAMENTOS QUE POSSAM ESTAR NA ORIGEM DOS SINTOMAS

- Contraceptivos orais combinados?
- Terapêutica imunossupressora (corticosteróides sistémicos, antineoplásicos, imunomoduladores)?
- Terapêutica hormonal de substituição?
- Uso recente ou frequente de antibióticos de largo espetro de ação? (tetraciclina, ampicilina/amoxicilina, cefalosporinas)

Instituir tratamento

Antifúngicos tópicos

CLOTRIMAZOL

- Candiset
- Gyno-Canesten creme
- Gyno-Canesten óvulos

ECONAZOL

- Gyno-Pevaryl creme
- Gyno-Pevaryl combipack (creme + óvulos)

GEL PARA HIGIENE ÍNTIMA

Em caso de infeção vaginal, secreção vaginal ou sensação de desconforto, a lavagem com sabonete ou gel de banho comum pode agravar os sintomas.

- Lactacyd Pharma Suavizante
- Gyno-Canestfresh Calm
- Uriage GYN 8

MONITORIZAÇÃO

Avaliação após 7 - 14 dias

Sem alívio dos sintomas?

Referenciar a consulta médica

OBJETIVOS DO TRATAMENTO

- Aliviar os sintomas
- Erradicar a infeção
- Restabelecer a flora vaginal normal

O número de vendas de MNSRM é superior ao número estimado de casos de candidíase vaginal, o que revela a dificuldade em realizar um autodiagnóstico preciso.

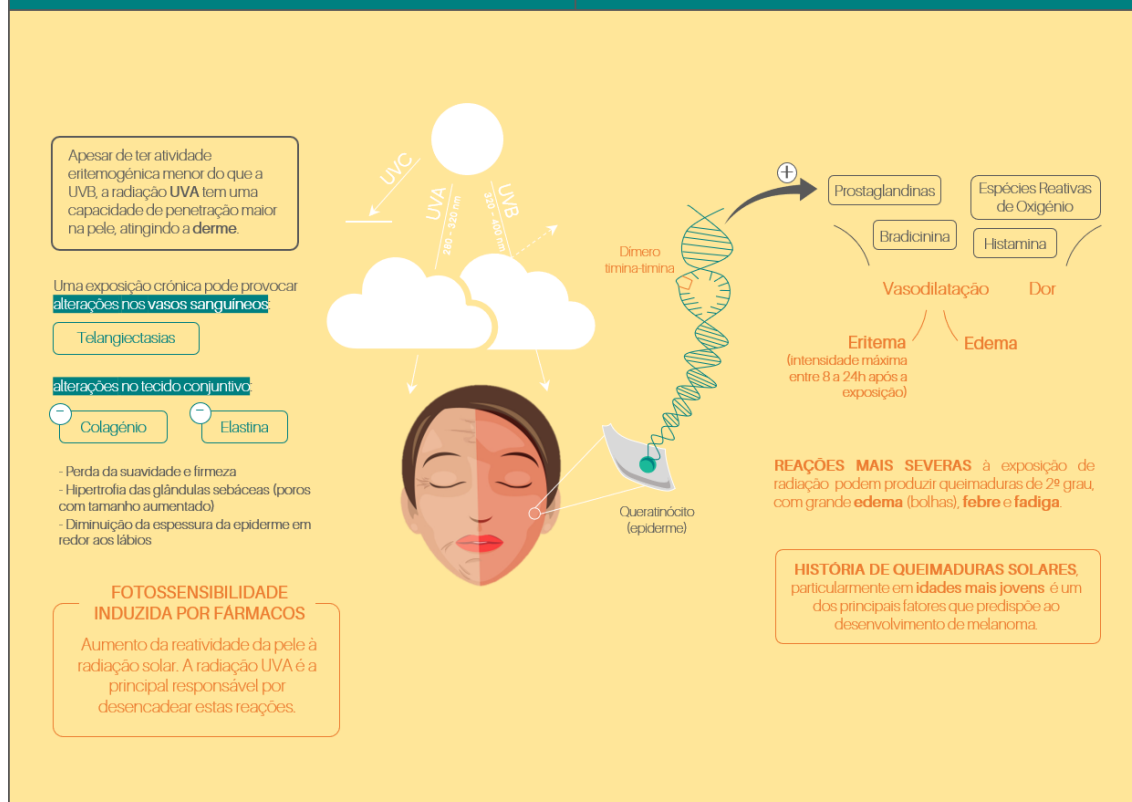
Condição médica provável	VAGINOSE BACTERIANA	TRICOMONÍASE	CANDIDÍASE VAGINAL
Sintomas	Contimento	Fluido e láteo, branco ou acinzentado	Espumoso, amarelado-esverdeado, viscoso
	Odor	Desagradável "odor a peixe"	Desagradável
	Comichão	Algumas vezes	Comichão intensa
	Dores ao urinar	Não	Sim
pH vaginal	Aumentado	Aumentado	Normal
MNSRM	Gynocanesbalance Geliofill	Relatenciar à consulta médica	Candiset

ACONSELHAMENTO NÃO FARMACOLÓGICO

- Após a ida à casa de banho, limpar a área com um movimento da frente para trás, para evitar contaminação de fungos ou bactérias do ânus para a vagina ou trato urinário;
- Manter a área genital limpa e seca e utilizar água e sabão suave para a higiene diária. Evitar a utilização de produtos de limpeza irritantes tais como os desodorizantes, os sabões e pós perfumados. Também os espermicidas e os lubrificantes vaginais podem provocar irritação vulvovaginal;
- Evitar os duchas vaginais, dado que podem provocar desequilíbrios da flora vaginal;
- Utilizar roupa interior de algodão e evitar roupas demasiado justas, para manter-se seca e não ter calor nem humidade;
- Trocar as roupas íntimas diariamente;
- Depois de nadar no mar ou na piscina, tomar duche e secar a área genital cuidadosamente. Evitar usar o fato de banho molhado durante muito tempo;
- Não partilhar toalhas e toalhas regulares;
- Evitar banheiras de hidromassagem e banhos muito quentes;
- As formulações probióticas à base de *Lactobacillus acidophilus* (via oral/vaginal) parecem ajudar a prevenir a infeção (MNSRM: Bacifinal, capsulas e Floradela, capsulas);
- Não utilizar tampões durante o tratamento e 3 dias após este ter terminado.

Anexo 8 – Fisiopatologia da queimadura solar.

FISIOPATOLOGIA



Anexo 9 – Escala de Fitzpatrick: Classificação da pele em fotótipos.

UTILIDADE DA FOTOTIPAGEM

PREVISÃO DO RISCO DE FOTOENVELHECIMENTO E CANCRO DA PELE

A melanina confere uma proteção considerável ao dano solar e o grau de proteção corresponde diretamente ao grau de pigmentação. Por isso, a proteção solar proporcionada pela pele dos fotótipos IV-V oferece uma defesa significativa contra o fotoenvelhecimento. A pele dos fotótipos I-III estão mais suscetíveis ao dano solar, fotoenvelhecimento e desenvolvimento de melanoma.

ESTIMATIVA DA DOSE ERITEMATOGENICA MÍNIMA (DEM) PARA A FOTOTERAPIA

Os fotótipos I-III têm uma DEM mais baixa relativamente aos fotótipos IV-VI (ver tabela no interior).

DERMABRASÃO, *PEELING* QUÍMICO E LASERTERAPIA

Nos pacientes com fotótipos IV-VI, o risco de complicações pigmentares pós-procedimento é maior. Quanto maior o n.º fototipo e o grau de pigmentação, maior é o risco de desenvolver hiperpigmentação pós-inflamatória (isto também se aplica ao uso tópico de agentes despigmentantes).

Por isso, a classificação da pele, anterior ao procedimento, é importante de forma a determinar a dose de energia efetiva e segura a utilizar.

ESCALA DE FITZPATRICK

CLASSIFICAÇÃO DA PELE EM FOTÓTIPOS



Fotótipo	História de queimadura solar e bronzeamento	Pigmentação imediata	Pigmentação prolongada	Cor constitutiva (pele não exposta ao sol)	DEM UVA (mJ/cm ²)	DEM UVB (mJ/cm ²)
I	Queima facilmente, nunca bronzeia	Nenhuma (-)	Nenhuma (-)	Branco marfim	20 – 35	15 – 30
II	Queima facilmente, bronzeia pouco com dificuldade	Fraca (± a +)	Minima a fraca (± a +)	Branca	30 – 45	25 – 40
III	Queima moderadamente, bronzeia moderada e uniformemente	Limitada (+)	Baixa (+)	Branca	40 – 55	30 – 50
IV	Queima pouco, bronzeia moderada e facilmente	Moderada (++)	Moderada (++)	Bege-oliva, levemente bronzeada	50 – 80	40 – 60
V	Raramente queima, bronzeia profusamente	Intensa (+++) Castanho	Intensa (+++)	Castanho moderado	70 – 100	60 – 90
VI	Nunca queima, bronzeia profusamente	Intensa (+++) Castanho escuro	Intensa (+++)	Castanho escuro	100	90 – 150

Anexo 10 – Fotossensibilidade induzida por fármacos;

CONSOANTE O MECANISMO FISIOPATOLÓGICO, AS REAÇÕES DE FOTOSENSIBILIDADE DIVIDEM-SE EM:

Parâmetro	(1) Fotoalergia	(2) Fototoxicidade
Incidência	Baixa	Alta
Fisiopatologia	Reação imune mediada por células-T	Reação inflamatória com lesão direta dos tecidos
Aparência clínica	Erupção eczematosa	Queimadura solar exacerbada
Localização	Além das áreas expostas	Apenas nas áreas expostas
Início da manifestação após exposição	>24h	<24h (desde minutos a horas)
Requer exposição prévia ao fármaco (sensibilização)	Sim	Não
Dose de fármaco necessária	Baixa	Dose habitual a alta
Dose de radiação necessária	Baixa	Alta

Num caso suspeito de fotossensibilidade, deve-se prestar atenção à **relação temporal** entre o aparecimento das reações cutâneas e o início de uma nova terapêutica.

FOTOSENSIBILIDADE INDUZIDA POR FÁRMACOS



Classe	Fármaco	Reações	Fotoalergia	Fototoxicidade
Protetores solares	Oxybenzone PABA Cinnamates		X	
Antimicrobianos	Doxiciclina Tetraciclina	Varia desde reações semelhantes a uma queimadura solar moderada com eritema, nas áreas expostas, até uma fotodermatite mais generalizada		X
	Ácido nalidixico	Desenvolvimento de pseudoporfiria (formação de bolhas características nas áreas expostas)	X	X
	Voriconazol	Varia desde o padrão clássico de fototoxicidade até queilite e pseudoporfiria (a maioria dos casos reportados são pacientes que recebem uma terapêutica profilática duradoura)		X
AINES	Piroxicam	Reação vesiculobolhosa e eczematosa. Disidrose (pequenas bolhas pruriginosas nas palmas das mãos e/ou planta dos pés)	X	
	Naproxeno	Desenvolvimento de pseudoporfiria		X
Antihipertensores	Hidroclorotiazida	Queimadura solar exacerbada, lesões eczematosas, erupções liquenóides (pápulas violáceas geralmente pruriginosas)	X	X
Antiarrítmicos	Amiodarona	Sensação de queimadura/formigueiro na zona exposta à radiação, seguida por eritema e eczema (Uma exposição prolongada pode induzir uma pigmentação azul acinzentada nas áreas expostas à radiação em 1 – 2% dos pacientes)	X	X
Quimioterápicos	Vemurafenib	Queimadura solar exacerbada, bolhas eritematosas ou erupções liquenóides		X
Antipsicóticos	Clorpromazina Tioridazina	Queimadura solar exacerbada, erupções liquenóides e bolhas (Uma exposição prolongada ao fármaco a doses elevadas pode resultar numa hiperpigmentação de cor ardósia-cinza a violácea)	X	X

A tabela apresenta os fármacos mais comumente envolvidos em reações de fotossensibilização, segundo os seguintes estudos: (1) Blakely, K. M., Drucker, A. M., & Rosen, C. F. (2019). Drug-Induced Photosensitivity—An Update: Culpit Drugs, Prevention and Management. *Drug Safety*, 42(7), 827-847. doi:10.1007/s40264-019-00806-5 e (2) Kim, W. B., Shelley, A. J., Novice, K., Joo, J., Lim, H. W., & Glassman, S. J. (2018). Drug-induced phototoxicity: a systematic review. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 79(6), 1069-1075.

Anexo 11 – “Regra dos Nove” – Método para estabelecer rapidamente a percentagem da área corporal queimada (esquerda); Tabela com diferentes ingredientes ativos de protetores solares e respetivo espetro de proteção. (direita)

“REGRA DOS NOVE”

MÉTODO PARA ESTABELECER
RAPIDAMENTE A PERCENTAGEM DA
ÁREA CORPORAL QUEIMADA

Ingrediente ativo	Filtração UVB	Filtração UVA
FILTROS QUÍMICOS ORGÂNICOS		
<i>p</i> -aminobenzóic acid (PABA)	X	
Cinoxate	X	
Ensulizole (phenylbenzimidazole sulfonic acid)	X	
Homosalate	X	
Octocrylene	X	
Octinoxate (octyl methoxycinnamate)	X	
Octisalate (octyl salicylate)	X	
Padimate	X	
Trolamine	X	
Avobenzone		X
Ecamsule (Mexoryl SX)		X
Meradimate (menthyl anthranilate)		X
Dioxybenzone	X	X
Oxybenzone	X	X
Sulisobenzonate	X	X
FILTROS FÍSICOS INORGÂNICOS		
Titanium dioxide	X	X
Zinc oxide	X	X

Anexo 12 – Efeitos da farmacoterapia sobre os sintomas individuais da rinite.



EFEITOS DA FARMACOTERAPIA SOBRE OS SINTOMAS INDIVIDUAIS DA RINITE

FÁRMACO	SINTOMAS				
	ESPIRROS	RINORREIA	OBSTRUÇÃO NASAL	PRURIDO NASAL	SINTOMAS OCULARES
Anti-histaminicos					
Orais	++	++	+	+++	++
Intranasais	++	++	+	++	0
Intraoculares	0	0	0	0	+++
Corticosteroides					
Intranasais	+++	+++	++	++	++
Cromonas					
Intranasais	+	+	+	+	0
Intraoculares	0	0	0	0	++
Descongestionantes					
Intranasais	0	0	++++	0	0
Orais	0	0	+	0	0
Anti-leucotrienos					
	0	+	++	0	++
Corticosteroide intranasal + Anti-histamínico intranasal					
	+++	+++	+++	+++	+++

Adaptado de: Scadding, G. K., Kariyawasam, H. H., Scadding, G., Mirakian, R., Buckley, R. J., Dixon, T., ... & Nasser, S. M. (2017). BSACI guideline for the diagnosis and management of allergic and non-allergic rhinitis (Revised Edition 2017; 2007). *Clinical & Experimental Allergy*, 47(7), 856-889.0

Anexo 13 – Administração de formulações intranasais.



ADMINISTRAÇÃO DE FORMULAÇÕES INTRANASAIS



SPRAY INTRANASAL

1. Agitar o dispositivo antes da aplicação;
2. Limpar o nariz (Assoar o nariz com lenço de papel ou irrigar com solução salina isotônica);
3. Inclinar a cabeça ligeiramente para a frente;
4. Tapar a narina que não vai receber o medicamento, com um dedo;
5. Posicionar a ponta do dispositivo na narina, **direcionando para longe do septo nasal** (utilizar mão oposta à respetiva narina) para **reduzir a ocorrência de efeitos adversos locais (epistaxes, deformação do septo nasal)**;
6. **Inspirar suavemente** no decorrer da aplicação.

Referir ao doente:

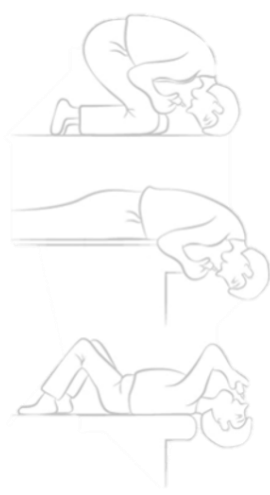
Os corticosteroides intranasais têm um início de ação **6 a 8 horas** após a primeira aplicação;

A utilização regular do spray é importante, pois a melhora clínica pode não ser aparente **durante alguns dias** e a eficácia máxima só é evidente após **1 a 2 semanas de tratamento**. (Iniciar o tratamento duas semanas antes a um período do ano conhecido por despoletar os sintomas melhora a eficácia.)



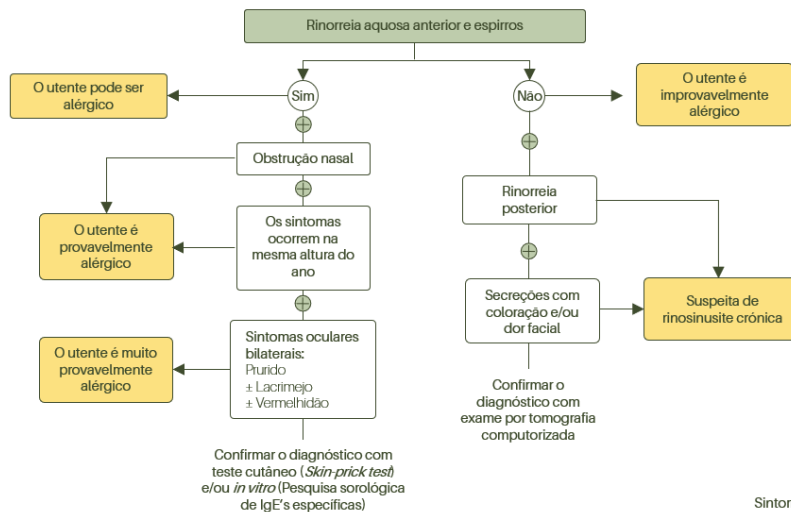
GOTAS INTRANASAIS

1. Adotar uma das posições ilustradas a baixo, que permita estar **de cabeça para baixo**, para que as gotas alcancem os locais de ação.
2. Aplicar o número de gotas recomendando numa narina e **inclinar suavemente a cabeça de um lado para outro**.
3. Repetir para a outra narina e **ficar deitado durante uns minutos**.



Anexo 14 – Algoritmo baseado nos sintomas para diferenciar rinite alérgica de outra causa.

ALGORITMO BASEADO NOS SINTOMAS PARA DIFERENCIAR RINITE ALÉRGICA DE OUTRA CAUSA



Sintomas sugestivos de rinite alérgica (RA)

Dois ou mais dos seguintes sintomas, > 1h na maioria dos dias:

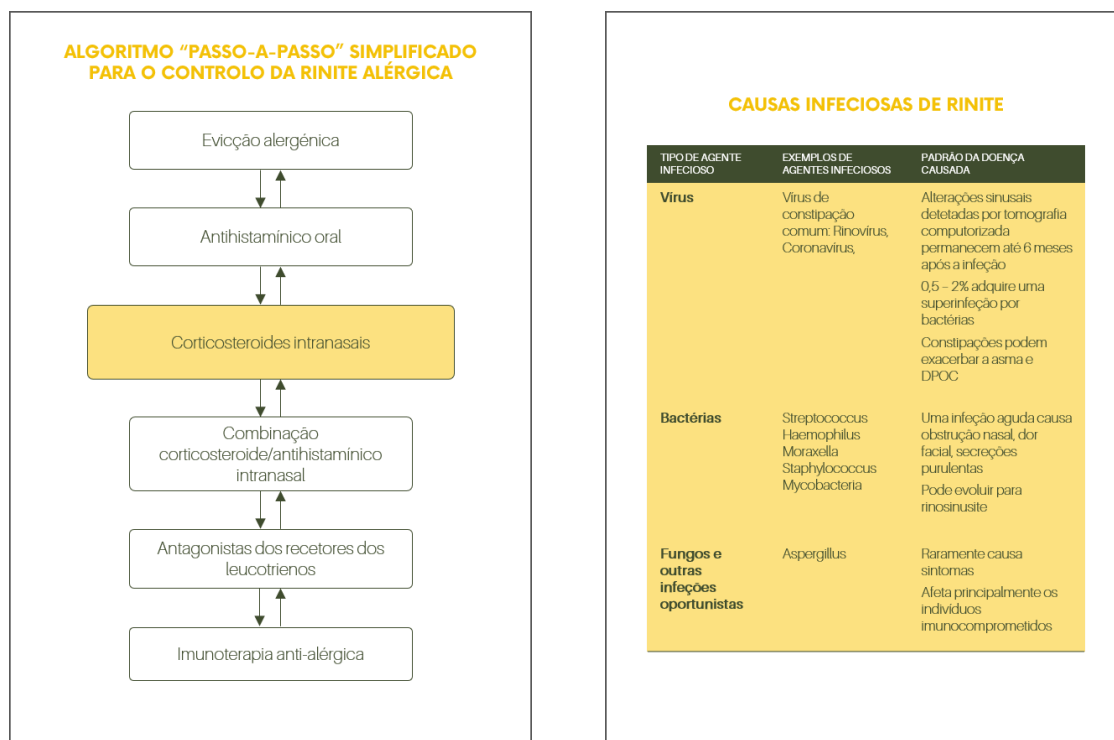
- Rinorreia aquosa
- Espirros
- Obstrução nasal
- Prurido nasal
- ± Conjuntivite

A rinite alérgica despoleta sintomas semelhantes a outras condições como uma constipação comum ou uma sinusite crônica.

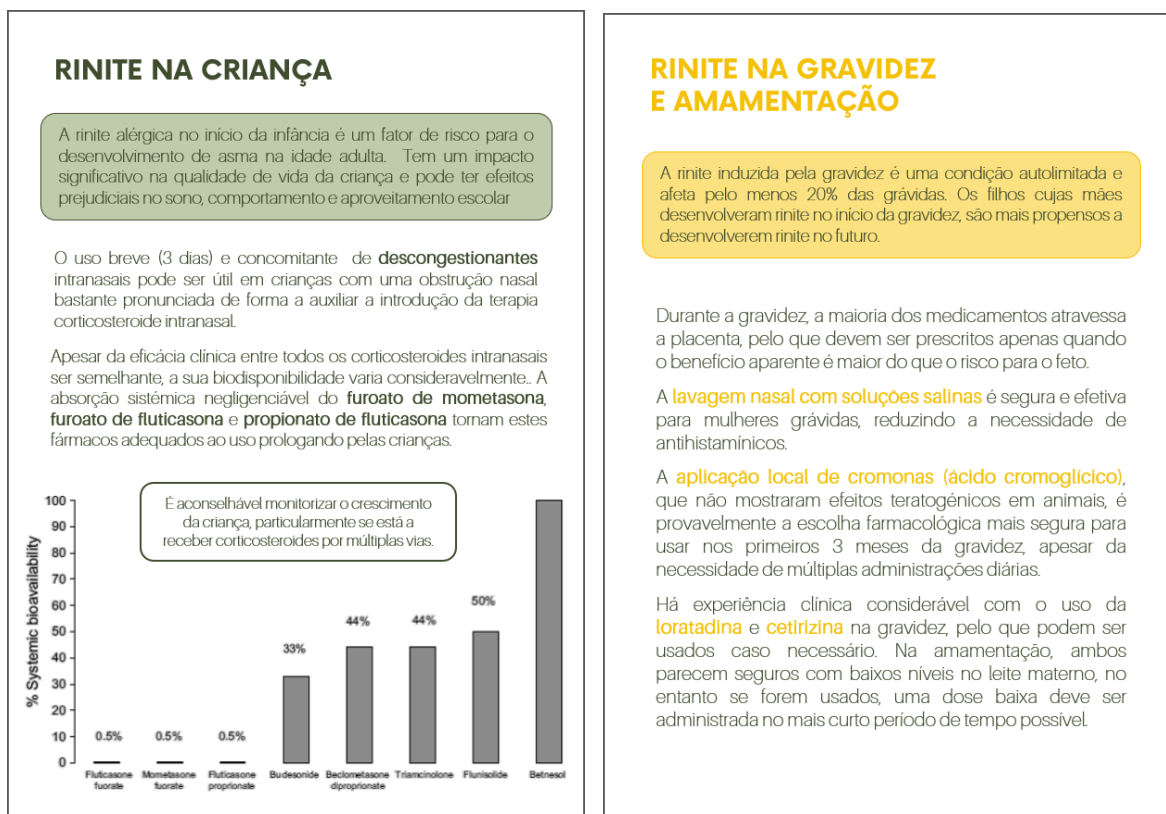
Sintomas normalmente não associados à RA

Sintomas unilaterais
Obstrução nasal sem outros sintomas
Rinorreia posterior (com muco espesso e/ou sem rinorreia anterior)
Dor
Hemorragias nasais recorrentes
Perda do olfato

Anexo 15 – Causas infecciosas de rinite (esquerda); Algoritmo “passo-a-passo” simplificado para o controlo da rinite alérgica. (direita)



Anexo 16 – Rinite na criança (esquerda); Rinite na gravidez e amamentação. (esquerda)



Anexo 17 – Teste CARAT.

Controlo da Asma e Rinite Alérgica -Teste

Por favor, assinale com uma cruz (☐).

Por causa das suas doenças alérgicas respiratórias (asma/rinite/alergia), em média nas últimas 4 semanas quantas vezes teve:

	Nunca	Até 2 dias por semana	Mais de 2 dias por semana	Quase todos ou todos os dias
1. Nariz entupido?	☐ ³	☐ ²	☐ ¹	☐ ⁰
2. Espirros?	☐ ³	☐ ²	☐ ¹	☐ ⁰
3. Comichão no nariz?	☐ ³	☐ ²	☐ ¹	☐ ⁰
4. Corrimento/pingo do nariz?	☐ ³	☐ ²	☐ ¹	☐ ⁰
5. Falta de ar/dispneia?	☐ ³	☐ ²	☐ ¹	☐ ⁰
6. Chiadeira no peito/pieira?	☐ ³	☐ ²	☐ ¹	☐ ⁰
7. Aperto no peito com esforço físico?	☐ ³	☐ ²	☐ ¹	☐ ⁰
8. Cansaço/dificuldade em fazer as suas actividades ou tarefas do dia-a-dia?	☐ ³	☐ ²	☐ ¹	☐ ⁰
9. Acordou durante a noite por causa das suas doenças alérgicas respiratórias?	☐ ³	☐ ²	☐ ¹	☐ ⁰

de 12

Nas últimas <u>4 semanas</u> , quantas vezes teve de:	Não estou a tomar medicamentos	Nunca	Menos de 7 dias	7 ou mais dias
10. Aumentar a utilização dos seus medicamentos por causa das suas doenças alérgicas respiratórias asma/rinite/alergia)?	☐ ³	☐ ³	☐ ²	☐ ⁰

de 18

Pontuação total (somatório das 10 questões) _____ de 30

Interpretação: pontuações totais superiores a 24 indicam bom controlo global da doença; pontuações >8 no somatório dos itens 1-4 estão associados a bom controlo relativo às vias aéreas; pontuações ≥16 no somatório dos itens 5-10 estão associados a bom controlo relativo às vias aéreas inferiores. Utilização: Este questionário foi validado em Portugal para a avaliação do controlo da asma e rinite alérgica em adultos com diagnóstico médico anterior complementando e nunca substituindo a avaliação médica. A utilização dos resultados deste questionário em decisões terapêuticas é da inteira responsabilidade do decisor. A utilização do questionário CARAT® é livre para utilização clínica e gratuita se para fins não comerciais/marketing. É obrigatória a comunicação aos autores em qualquer iniciativa em que sejam agregados dados de diferentes pessoas. Mais informações em www.caratnetwork.org. Contactos: carat@med.up.pt; +351914767661; CIDES – Departamento de Ciências de Informação e Decisão em Saúde, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

Anexo 18 – Teste RCAT.

Is It Nasal Allergy? Find Out For Sure

Complete the **Rhinitis Control Assessment Test (RCAT)** below and discuss the results with your healthcare provider.

NAME: _____ DATE OF BIRTH: / /

Choose the response that best describes your nasal and other allergy symptoms that are not related to a cold or the flu.

1. During the past week, how often did you have nasal congestion?	☐	☐	☐	☐	☐
	5. Never	4. Rarely	3. Sometimes	2. Often	1. Extremely Often
2. During the past week, how often did you sneeze?	☐	☐	☐	☐	☐
	5. Never	4. Rarely	3. Sometimes	2. Often	1. Extremely Often
3. During the past week, how often did you have watery eyes?	☐	☐	☐	☐	☐
	5. Never	4. Rarely	3. Sometimes	2. Often	1. Extremely Often
4. During the past week, to what extent did your nasal or other allergy symptoms interfere with your sleep?	☐	☐	☐	☐	☐
	5. Not at All	4. A Little	3. Somewhat	2. A Lot	1. All the Time
5. During the past week, how often did you avoid any activities (for example, visiting a house with a dog or cat, gardening) because of your nasal or other allergy symptoms?	☐	☐	☐	☐	☐
	5. Never	4. Rarely	3. Sometimes	2. Often	1. Extremely Often
6. During the past week, how well were your nasal or other allergy symptoms controlled?	☐	☐	☐	☐	☐
	5. Completely	4. Very	3. Somewhat	2. A Little	1. Not at All

Add your responses

and enter your TOTAL HERE: If your score is 21 or less, share your results with your healthcare provider.

Please answer the additional questions below and discuss the results with your healthcare provider.

Over the past 3 months, which medications have you used to treat your allergy symptoms? (Check all that apply)

Over-the-counter	Prescription	
☐	☐	Oral Tablets/Pills
☐	☐	Oral Tablets/Pills with a "D"
☐	☐	Nasal Sprays
☐	☐	Eye Drops
☐	☐	Other _____

If you took medication in the past 3 months for your allergies, were your allergy symptoms relieved to your satisfaction?

☐ Yes ☐ No

If "no," what medications were you taking?

(Please list all, including any over-the-counter medications and/or natural remedies)

Which medication(s) are you currently taking to help relieve your

allergy symptoms? (Please list all, including any over-the-counter medications and/or natural remedies)

How satisfied are you with your current treatment? (Check one)

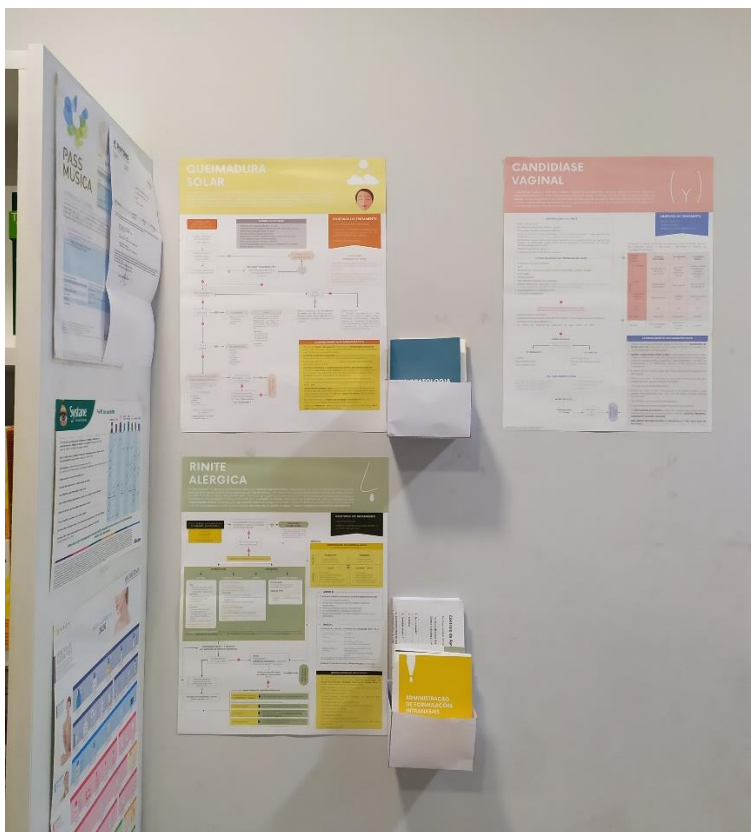
☐ Very satisfied, I feel fine ☐ I'm not satisfied, I don't feel any different ☐ Somewhat satisfied, I feel okay ☐ I feel really awful

Please list all medications you are taking, including prescription or over-the-counter medicines, herbal treatments, vitamins and supplements: _____

AllergyAsthmaNetwork.org • 800.878.4403



Anexo 19 – Pormenor dos compartimentos contendo os suplementos, anexados aos fluxogramas



Anexo 20 – Os “Fluxogramas + Suplementos” foram colocados numa parede do *backoffice* contígua à área de atendimento aos utentes, permitindo uma consulta facilitada durante os atendimentos



Anexo 21 – Casos clínicos entregues aos colaboradores no fim da apresentação.

CASO CLÍNICO QUEIMADURA SOLAR	Francisca, 20 anos Dirige-se à farmácia pelas 10h para solicitar ajuda para o alívio de uma queimadura solar que começou a ser evidente ao fim da tarde do dia anterior. Refere que após o jantar começou a sentir dor ao tocar nas áreas afetadas e na tentativa de aliviar os sintomas utilizou ib-u-ron gel mentol que o seu pai usava para a sua lombalgia. Acordou com dores e a sensação de calor na pele. Refere ainda que foi a primeira vez, este verão, que foi à praia. O farmacêutico nota um eritema exuberante no rosto e, quando questionada sobre a extensão da queimadura e existência de bolhas, responde que não tem bolhas e que também tem as costas e um pouco da barriga queimadas. <i>"Apliquei protetor 30+ ao início da tarde e ainda passei bastante tempo na água, não percebo por que razão me queimei"</i>
CASO CLÍNICO QUEIMADURA SOLAR	(CONTINUAÇÃO) Após o aconselhamento para a queimadura, a Francisca pede para dispensar as unidades que restam de um medicamento: estavam prescritas 6 unidades de Actidox® 100 (das quais 4 já tinham sido dispensadas) para um tratamento que consistia em 1 comprimido por dia durante 3 meses. - O farmacêutico associou este tratamento à aparência do rosto da utente e pergunta se tomou Actox nos últimos dias, ao que respondeu: <i>"Tenho cumprido com o que indica a receita"</i>. - Há fontes evidências de que a queimadura solar seja um fenómeno de fototoxicidade pelo que deve ser recomendado a suspensão da terapêutica e a ida ao médico para uma avaliação mais completa, tal como indica no RCM do medicamento: 4.4 Advertências e precauções especiais de utilização Dado os riscos de fotossensibilização, aconselha-se evitar qualquer exposição directa ao sol e aos raios UV durante o tratamento ACTIDOX® 100 mg, o qual deverá ser suspenso no caso de surgirem manifestações cutâneas do tipo eritema. - Recomendar a toma de ibuprofeno 400 mg de 8 em 8 horas, pois além aliviar a dor, também tem um efeito anti-inflamatório que vai ajudar a diminuir a vermelhidão pronunciada. - Recomendar a aplicação de um emoliente, por exemplo, Bialine (aplicar em camada espessa até ser reabsorvida pela pele; continuar a aplicar como descrito anteriormente, 2 a 4 vezes ao dia, até que a área afetada cure completamente); após banhos de água fria para aliviar a sensação de calor cutâneo e irritação. Além disso, o farmacêutico notou a ocorrência de algum acne no rosto, pelo que a utente pode beneficiar de um emoliente/produto pós-solar mais específico para a pele do rosto com tendência acneica. Chamar atenção pelo uso indevido do ib-u-ron gel mentol. Referir que apesar de ter um anti-inflamatório não está na forma adequada e não contém a proteção que a pele queimada exige. Além disso contém mentol o qual proporciona uma sensação breve de frescura e redução da dor, mas faz aumentar o fluxo sanguíneo na área aplicada, provocando o aumento do eritema e edema já existente. O mentol também pode irritar a pele que por si só já se encontra sensível e danificada devido à queimadura. - Referir também que o facto de ter passado <i>"bastante tempo na água"</i> não a protege da ação da radiação UV pois a radiação tem a capacidade atravessar a água e o protetor deve ser reaplicado frequentemente.

CASO CLÍNICO

RINITE ALÉRGICA

CASO 1

Duarte, 18 anos

Chega à farmácia à procura de algo para aliviar as suas alergias. "Fico um pouco mal quando jogo futebol", acrescentando que os dois anti-histamínicos diferentes que tomou no passado não melhoraram a prática desportiva. Refere que os sintomas são tão maus que nem consegue respirar pelo nariz quando faz exercício. Faz um pouco de barulho a respirar mas não sente que a sua respiração seja interrompida. Inicialmente notava uma rinorreia aquosa e um prurido nasal e ocular associado a espirros, quando não tomava um anti-histamínico.

- Recomendar uma terapêutica com um corticosteroide intranasal, por exemplo, **Vibrocil Anti-Alergias** (propionato de fluticasona 50 µg/dose), 2 aplicações em cada narina, 1 vez por dia, de preferência de manhã, demonstrar a técnica de utilização e enfatizar a importância do uso regular, visto que o efeito máximo só é atingido entre 1 a 2 semanas após o início da terapêutica.
- Pedir para voltar à farmácia após duas semanas para fazer monitorização (avaliar controlo da rinite).

O Duarte volta um mês depois, à procura de uma alternativa. Diz que o spray ajudou um pouco na congestão, mas continua com dificuldade em respirar enquanto joga futebol. Garantiu que usou o spray tal como foi instruído durante 3 semanas, mas desde então, parou de usá-lo.

- Confirmar a correta utilização do dispositivo.
- Uma vez que a terapêutica corticosteroide intranasal instituída não melhorou a qualidade de vida do utente, concretamente a prática desportiva, deve-se encaminhar para a consulta médica. Explicar que há vários tipos de rinite, além da alérgica, pelo que é importante consultar o médico para um diagnóstico diferencial.

Caso clínico adaptado de: May, J. R. & Dobn, W. K. (2017). Management of allergic rhinitis: a review for the community pharmacist. *Clinical Therapeutics*, 39(12), 2410-2419.

CASO CLÍNICO

RINITE ALÉRGICA

CASO 2

António, 65 anos

Sr. António chega à farmácia para obter aconselhamento sobre o início recente dos seguintes sintomas: acorda várias vezes durante a noite para urinar, dificuldade em urinar, sonolência diurna e cansaço. Estes sintomas começaram no início da primavera quando retomou a toma de um xarope anti-histamínico, que tinha sido aconselhado e adquirido no ano anterior, para prevenir os sintomas que experienciou na última primavera quando se mudou para a área atual. O seu histórico médico inclui hipertensão e diabetes, controlados com a medicação atual. A medicação atual inclui lisinapril 20 mg uma vez por dia, metformina 500 mg duas vezes por dia, ibuprofeno 400 mg duas vezes por dia e difenidramina 2,8 mg/ml 10 ml de 6 em 6 horas.

- Possivelmente o paciente está a experimentar um efeito secundário da difenidramina (Anti-histamínico H1 de primeira geração). Este efeito secundário pode ser particularmente perigoso em idosos com risco para desenvolver hipotensão e picótata.
- Recomendar a suspensão do xarope, pelos motivos supra referidos, e iniciar Pulmicort Nasal Aqua 32 µg/dose, **quatro inalações em cada narina pela manhã**, explicando o modo de administração.
- Alertar o utente para a importância da utilização regular do medicamento, pois o efeito clínico máximo só é alcançado dentro de 1 a 2 semanas.

- Pedir ao Sr. António para voltar à farmácia para monitorização após 2 a 4 semanas: (1) Se os sintomas não forem controlados ou persistirem por mais de 2 semanas, deve procurar aconselhamento médico; (2) Caso o efeito clínico desejado seja alcançado, a dose deve ser reduzida para a mais baixa possível que permita controlar os sintomas. Ensaios clínicos sugerem que uma **dose de manutenção de 32 µg (1 inalação) em cada narina pela manhã** é suficiente para alguns doentes.

Caso clínico adaptado de: May, J. R. & Dobn, W. K. (2017). Management of allergic rhinitis: a review for the community pharmacist. *Clinical Therapeutics*, 39(12), 2410-2419.

CASO CLÍNICO

CANDIDÍASE VAGINAL

Carolina, 30 anos

Entra na farmácia e pede para falar em particular com o farmacêutico. Ela pede ao farmacêutico o melhor tratamento para a candidíase vaginal.

Ao questionar a utente, o farmacêutico descobre que:

- Tem os sintomas há dois dias;
- Descreve o corrimento como branco e sem um cheiro particular;
- Já teve algo semelhante, alguns anos atrás, quando esteve grávida. Na altura, usou um creme e o problema resolveu-se numa semana;
- Toma um contraceptivo oral combinado, sem mudança da marca ou dosagem recentemente.

A Carolina quer saber a melhor forma de tratar os seus sintomas.

- Baseado na informação recolhida, conclui-se que o diagnóstico mais provável é uma candidíase vaginal não complicada. Recomendar Candiset, creme vaginal deve aplicar-se introduzindo o aplicador com o creme vaginal o mais profundamente possível na vagina, uma vez por dia, ao deitar, durante 7 dias consecutivos.
- Alertar a utente que deve completar o tratamento, mesmo que os sintomas desapareçam mais cedo. Interromper a terapêutica mais cedo, contribui para o aumento da recorrência dos sintomas vaginais.

A Carolina pergunta se o seu parceiro também precisa de ser tratado.

- A evidência que existe relativamente à transmissão da infeção da mulher para o homem em casos de candidíase vaginal não recorrente e não complicadas, indica que não é necessário o tratamento do parceiro.
- Explicar que é importante acompanhar o tratamento com certas medidas como:
 - Evitar o uso de sabonetes ou gel de banho perfumado na área genital, recomendar um [gel para higiene íntima apropriado](#).
 - Secar a área afetada apropriadamente.
 - Evitar relações sexuais, ou o uso de preservativos, até que os sintomas desapareçam.

Anexo 22 – Apresentação de PowerPoint® elaborada no âmbito do “Interações alimento-fármaco: um problema subestimado”.



INTERAÇÕES ALIMENTO-MEDICAMENTO

SABIA QUE OS ALIMENTOS E OS NUTRIENTES PODEM INTERFERIR COM ALGUNS MEDICAMENTOS?

Certos alimentos, bebidas ou suplementos alimentares podem interagir com medicamentos, alterando a forma como estes atuam no organismo: estas interações podem tornar os medicamentos menos eficazes ou causar efeitos secundários perigosos.



FIQUE COM ALGUNS EXEMPLOS DE INTERAÇÕES



ANTIDEPRESSIVOS

Fluoxetina, Paroxetina, Sertralina

O uso conjunto de um destes medicamentos com **chá de Hipericão** (também conhecido como Erva de S. João) de forma prolongada, pode aumentar o risco de desenvolver uma condição chamada de **síndrome serotoninérgica**, devido à acumulação excessiva de serotonina.

Alucinações	Suores	Espasmos
Náuseas Vómitos Diarreia	Tremores	Convulsões
	Febre	Visão turva



ANTIDEPRESSIVOS & ANTIPARKINSÓNICOS

Moclobemida (nomes comerciais: ZORIX® e AURORIX®)
Rasagilina (nome comercial: AZILECT®)
Selegilina

A ingestão de ALIMENTOS RICOS EM TIRAMINA (QUEIJOS, ENCHIDOS, CERVEJA, VINHO), por pessoas que tomam este tipo de medicamentos, pode provocar um quadro conhecido como **"reação do queijo"**.

Aumento da pressão arterial
Dores de cabeça
Febre

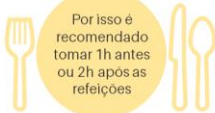


ANTIBIÓTICOS

Azitromicina (nome comercial: ZITHROMAX®)

Diminuição da absorção deste antibiótico quando tomados juntamente com as refeições, levando à diminuição da eficácia

Por isso é recomendado tomar 1h antes ou 2h após as refeições



ANTIBIÓTICOS

Ciprofloxacina (CIPROXINA®)
Tetraciclina (PYLERA®)
Doxiciclina (ACTIDOX®, VIBRAMICINA®)
Minociclina (MINOTREX®)

A toma destes antibióticos juntamente com alimentos ricos em cálcio (leite), ferro (suplementos) está desaconselhada.

Estes medicamentos formam complexos com estes minerais, não sendo absorvidos, o que pode resultar na **falha do tratamento**.



PROTETORES GÁSTRICOS

Sucralfato (nome comercial: ULCERMIN®)

Como esta substância se liga às proteínas da comida que ingerimos, este medicamento deve ser tomado em jejum ou pelo menos **1 hora** antes das refeições para que a ação terapêutica não seja afetada.



ANTICOAGULANTES

Varfarina (nome comercial: VARFINE®)

Acenocumarol (nome comercial: SINTROM®)

A varfarina tem ação anticoagulante através da inibição da síntese de vitamina K que tem um papel na coagulação do sangue.

Comer **grandes quantidades** ou fazer **mudanças bruscas** nas quantidades ingeridas de **alimentos ricos em vitamina K**, interfere com a efetividade e segurança deste medicamento.

**Fígado
Brócolos
Espinafres
Couves
Grelos
Salsa**

BRONCODILATADORES

Teofilina (nome comercial: UNICONTIN®)

Aminofilina (nome comercial: FILOTEMPO®)

Este medicamento pode ser usado no controlo das exacerbações da asma e/ou doença pulmonar obstrutiva crónica.

com **Cafeína**



Aumento do risco de toxicidade, pois ambas as substâncias estimulam o sistema nervoso central, causando: excitabilidade, nervosismo e aumento da frequência cardíaca.

com **Álcool**



Aumento do risco de efeitos secundários como náusea, vômitos, dores de cabeça e irritabilidade.

DIURÉTICOS

Clorotalidona (nome comercial: Hygroton®)

Furosemida (nome comercial: Lasix®)

O uso crónico destes medicamentos tende a **diminuir os níveis de potássio** no organismo, aumentando o risco de deficiência, podendo causar: fraqueza muscular, câibras, espasmos e arritmias em pessoas com problemas cardíacos prévios.

Para evitar este problema, deve haver um reforço da dieta com **alimentos ricos em potássio** (banana, uvas passas, amendoim) e limitar o uso de sal na confeção das refeições.



A Ingestão de **alimentos com elevado teor proteico** (carne, peixe, ovo, etc) pode **inibir o efeito terapêutico** deste medicamento, pois competem pela sua absorção no intestino.

Evite tomar estes medicamentos com refeições muito ricas em proteína.

Levodopa (Madopar® e Sinemet®)

ANTIPARKINSÓNICOS

As interações alimento-medicamento podem produzir efeitos negativos na segurança e eficácia dos medicamentos, assim como no estado nutricional do doente.

Tantos os medicamentos sujeitos a receita médica como os medicamentos de venda livre estão sujeitos a sofrer este tipo de interações, pelo que é importante aconselhar-se com o seu médico ou farmacêutico.



a farmácia mais perto de si

QUEIJA FERREIRA
FARMÁCIA - PORTO

U.PORTO

FACULDADE DE FARMÁCIA
UNIVERSIDADE DO PORTO

Por Nuno Guedes
6º ano do MCF

Anexo 23 – Reprodução da apresentação elaborada num dos televisores presentes na área de atendimento.

