



RELATÓRIO DE ESTÁGIO

REALIZADO NO ÂMBITO DO MESTRADO INTEGRADO
EM CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS

Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE – Unidade Hospitalar de Chaves

Inês Mesquita Fonseca

Faculdade de Farmácia da Universidade do Porto

Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas

Relatório de Estágio Profissionalizante

Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro,

EPE - Unidade Hospitalar de Chaves



Setembro a Outubro de 2020

Inês Mesquita Fonseca

Orientadora: Dra. Patrícia Dias

Abril de 2021

Declaração de integridade

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

Faculdade de Farmácia da Universidade do Porto, 17.04.2021

Inês Mesquita Fonseca

Agradecimentos

Agradeço à Dra. Patrícia Dias, responsável pelos Serviços Farmacêuticos da Unidade Hospitalar de Chaves, que orientou, com todo o seu saber e empenho, o estágio a que se reporta este relatório, por todo o cuidado com que incentivou, promoveu e decisivamente contribuiu para a minha formação. Grata estou ainda à Dra. Almerinda Alves, Diretora dos Serviços Farmacêuticos do Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, porque o viabilizou.

Agradeço também à Dra. Suzanne Peixoto, por ter permitido e acolhido a minha aprendizagem na Unidade Centralizada de Preparação de Citotóxicos do Centro Hospitalar – bem como a toda a equipa desse serviço por me terem transmitido, com simpatia e carinho, conhecimentos especializados tão relevantes.

E, quase finalmente, o meu obrigada a toda a equipa de profissionais dos Serviços Farmacêuticos da Unidade Hospitalar de Chaves pela receptividade com que me receberam.

Por fim – e com muita amizade –, o meu agradecimento à Cláudia Teixeira, estagiária na Unidade Hospitalar de Vila Real, com quem tive o prazer de trabalhar, juntas levando a bom porto as missões que nos foram confiadas.

Resumo

O presente relatório tem por base o estágio profissionalizante, de dois meses, que realizei nos serviços farmacêuticos do Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE, maioritariamente na Unidade Hospitalar de Chaves, mas também – uma semana –, na Unidade Centralizada de Preparação de Citotóxicos da Unidade Hospitalar de Vila Real.

Na sua primeira parte descrevo o funcionamento geral dos serviços farmacêuticos hospitalares em que estagiei, nas suas várias vertentes, os conhecimentos que adquiri e, destacando as atividades que pude executar, a participação que tive no dia-a-dia desses serviços. Na segunda, apresento o projeto que neste âmbito tive a oportunidade de desenvolver, subordinado ao tema: “Relevância do registo e análise de erros de medicação”.

ÍNDICE

PARTE I

<u>1. CENTRO HOSPITALAR DE TRÁS-OS-MONTES E ALTO DOURO, EPE</u>	1
1.1. Enquadramento da Unidade Hospitalar de Chaves	1
1.2. Serviços farmacêuticos hospitalares	1
1.2.1. Recursos humanos	1
1.2.2. Horário de funcionamento	2
1.2.3. Localização e organização do espaço físico	2
1.2.4. Recursos informáticos	2
<u>2. SELEÇÃO, AQUISIÇÃO E ARMAZENAMENTO DE MEDICAMENTOS E PRODUTOS FARMACÊUTICOS</u>	3
2.1. Processo de seleção	3
2.2. Processo de aquisição	3
2.3. Receção e conferência	4
2.4. Armazenamento e controlo dos prazos de validade	5
<u>3. SISTEMAS DE DISTRIBUIÇÃO DE MEDICAMENTOS</u>	6
3.1. Distribuição clássica	6
3.2. Reposição de <i>stocks</i> por níveis	6
3.3. Sistema de distribuição individual diária em dose unitária	7
3.4. Distribuição a doentes em regime ambulatorio	8
3.5. Distribuição individualizada de medicamentos sujeitos a controlo especial	10
3.5.1. Psicotrópicos e estupefacientes	10
3.5.2. Estimulantes da hematopoiese	11
3.5.3. Hemoderivados	11
<u>4. PRODUÇÃO E CONTROLO DE MEDICAMENTOS</u>	12
4.1. Preparação de formas farmacêuticas estéreis	12
4.1.1. Fármacos citotóxicos	12
4.1.2. Nutrição parentérica	14
4.2. Preparação de formas farmacêuticas não estéreis	14
4.2.1. Medicamentos manipulados	14
4.2.2. Reembalagem de medicamentos em doses unitárias	14
<u>5. FARMACOVIGILÂNCIA</u>	15
<u>6. ATIVIDADE COMPLEMENTAR</u>	16

PARTE II

PROJETO: RELEVÂNCIA DO REGISTO E ANÁLISE DE ERROS DE MEDICAÇÃO 17

1. Enquadramento teórico-prático	17
2. Objetivo	17
3. Método	17
4. Resultados e conclusões	17

CONCLUSÕES 18

FONTES BIBLIOGRÁFICAS E OUTRAS 19

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1: Tabela atualizada de medicamentos citotóxicos da UCPC (uma página)	22
Anexo 2: PowerPoint: “Relevância do registo e análise de erros de medicação”	23
Anexo 3: Certificado de formadora	30

Lista de siglas e abreviaturas

- AO** - Assistente Operacional
- AT** - Assistente Técnico
- CAUL** - Certificado de Autorização de Utilização de Lote
- CFT** - Comissão de Farmácia e Terapêutica
- CNFT** - Comissão Nacional de Farmácia e Terapêutica
- CHTMAD** - Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro
- DCI** - Denominação Comum Internacional
- EPE** - Entidade Pública Empresarial
- FEFO** - *First Expired, First Out*
- FHNM** - Formulário Hospitalar Nacional de Medicamentos
- FNM** - Formulário Nacional de Medicamentos
- GHAF** - Sistema Informático de Gestão Hospitalar de Armazém e Farmácia
- INCM** - Imprensa Nacional Casa da Moeda
- INFARMED** - *Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I.P.*
- LASA** - *Look A-like Sound A-like*
- PF** - Produtos Farmacêuticos
- PV** - Prazo de Validade
- RAM** - Reações Adversas a Medicamentos
- RCM** - Resumo das Características do Medicamento
- SF** - Serviços Farmacêuticos
- SIDA** - Síndrome de Imunodeficiência Adquirida
- TSDT** - Técnico Superior de Diagnóstico e Terapêutica
- UCPC** - Unidade Centralizada de Preparação de Citotóxicos
- UHC** - Unidade Hospitalar de Chaves
- UHVR** - Unidade Hospitalar de Vila Real
- VIH** - Vírus da Imunodeficiência Humana

PARTE I

1. Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE

1.1. Enquadramento da Unidade Hospitalar de Chaves

O Hospital de Chaves integra o Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro (CHTMAD) desde que este foi criado pelo Decreto-Lei n.º 50-A/2007, de 28 de fevereiro, com a natureza de entidade pública empresarial (EPE) [1].

Atualmente, são quatro as unidades hospitalares reunidas no CHTMAD: os Hospitais de Chaves, Vila Real (onde se situa a sede social) e Lamego, e a Unidade de Cuidados Paliativos de Vila Pouca de Aguiar [2].

A Unidade Hospitalar de Chaves (UHC) garante a prestação de cuidados de saúde a uma população de cerca de 83.000 habitantes, dispersos pelos concelhos de Chaves, Boticas, Montalegre e Valpaços [3].

1.2. Serviços farmacêuticos hospitalares

Tal como disposto no Regulamento Geral da Farmácia Hospitalar (Decreto-Lei n.º 44 204, de 2 de fevereiro de 1962), designa-se farmácia hospitalar “o conjunto de atividades farmacêuticas exercidas em organismos hospitalares ou serviços a eles ligados para colaborar nas funções de assistência que pertencem a esses organismos e serviços e promover a ação de investigação científica e de ensino que lhes couber” [4].

Os serviços farmacêuticos (SF) hospitalares têm autonomia técnica [4] e as suas competências englobam: todas as atividades inerentes à gestão – seleção, armazenamento, produção, distribuição – de medicamentos e produtos farmacêuticos (PF); o aconselhamento aos utentes, seus cuidadores e restantes profissionais de saúde, quanto ao seu uso correto e seguro; e a participação em ensaios clínicos e atividades de farmácia clínica, farmacocinética e farmacovigilância [5].

1.2.1. Recursos humanos

O funcionamento dos SF é assegurado por uma equipa multidisciplinar de profissionais, composta por farmacêuticos, técnicos superiores de diagnóstico e terapêutica (TSDT), assistentes técnicos (AT) e assistentes operacionais (AO).

Da equipa dos SF da UHC, de que é responsável a Dra. Patrícia Dias, fazem parte, ainda, mais 2 farmacêuticas, 3 TSDT, 2 AO e 1 AT.

1.2.2. Horário de funcionamento

Os SF da UHC funcionam em horário ininterrupto das 9h00 às 18h00, nos dias úteis. Fora do horário de serviço, fica de prevenção um farmacêutico da Unidade Hospitalar de Vila Real (UHVR).

1.2.3. Localização e organização do espaço físico

A área da UHC destinada aos SF situa-se no segundo piso do edifício do hospital, que é o da entrada principal, e respeita os pressupostos de localização compreendidos no Manual da Farmácia Hospitalar: é de fácil acesso externo e interno; todas as áreas, incluindo armazéns, estão implantadas no mesmo piso; a área de ambulatório encontra-se próxima da consulta externa, o que permite aos utentes uma maior facilidade de acesso; e tem sistemas de circulação vertical (elevadores e monta-cargas) nas imediações [5].

Os SF estão espacial e funcionalmente organizados em: área de atendimento, junto à entrada do serviço, destinada ao atendimento dos doentes de ambulatório; sala de ambulatório, contígua à área anterior, para armazenamento dos medicamentos destinados aos doentes de ambulatório; gabinetes (da direção, das farmacêuticas, dos TSDT e administrativo); sala de preparação e distribuição, destinada à preparação dos medicamentos para distribuição diária em dose unitária pelos TSDT; sala de farmacotecnia, onde se preparam os medicamentos manipulados; armazém geral, com uma zona destinada à receção de encomendas, em contacto com o exterior; arquivo; biblioteca/sala de reuniões; e instalações sanitárias. Fisicamente separados das restantes áreas encontram-se o armazém de soros, destinado aos injetáveis de grande volume e, no espaço exterior, o armazém de produtos inflamáveis e corrosivos e o armazém de gases medicinais.

1.2.4. Recursos informáticos

A gestão das atividades dos SF do CHTMAD tem como decisivo suporte o sistema informático de Gestão Hospitalar de Armazém e Farmácia (GHAF). Entre outras aplicabilidades, o GHAF permite validar prescrições médicas com acesso ao historial clínico e terapêutico dos doentes, gerir *stocks* de medicamentos e PF, realizar encomendas, transferências entre armazéns, débitos nos diferentes centros de custos e devoluções.

Cada interveniente no circuito do medicamento detém credenciais que possibilitam o seu acesso ao GHAF, o que permite transparência no desempenho de atividades, a comunicação entre profissionais bem como entre Unidades Hospitalares do CHTMAD, com acentuada diminuição da necessidade de registos em papel – e dos consequentes erros que lhes estão associados.

Durante o estágio

No desempenho de tarefas levadas a cabo pelos SF da UHC, pude familiarizar-me com as principais funcionalidades do GHAF.

2. Seleção, aquisição e armazenamento de medicamentos e produtos farmacêuticos

2.1. Processo de seleção

O Despacho n.º 2061-C/2013, de 1 de fevereiro, estabelece a obrigatoriedade da utilização, pelos estabelecimentos do Serviço Nacional de Saúde, dos medicamentos incluídos no Formulário Nacional de Medicamentos (FNM), a fim de garantir aos utentes equidade no acesso à terapêutica [6]. O FNM está disponível na página eletrónica da *Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I.P.* (INFARMED) e a sua elaboração e atualização é competência da Comissão Nacional de Farmácia e Terapêutica (CNFT) [6].

A seleção dos medicamentos é feita com base no FNM, pela Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) do CHTMAD, que considera critérios farmacoeconómicos, necessidades terapêuticas dos doentes e a prática clínica dos médicos [5]. O anterior Formulário Hospitalar Nacional de Medicamentos (FHNH) mantém-se, no entanto, válido para as áreas terapêuticas cujo respetivo módulo do novo FNM não tenha sido, ainda, publicado [7].

A utilização de medicamentos não incluídos no FNM depende da respetiva inclusão em adenda, a aprovar pela CFT do CHTMAD – que para o efeito tem em consideração os medicamentos cuja avaliação para utilização já tenha sido efetuada pelo INFARMED –, ficando a sua aprovação dependente de proposta consubstanciada em relatório fundamentado, a elaborar pelo diretor do serviço hospitalar, no qual se demonstre o valor terapêutico acrescentado do medicamento proposto face às demais alternativas existentes. Uma vez aprovadas, as adendas são remetidas à CNFT [5,6].

Durante o estágio

Pude analisar um relatório remetido à CFT do CHTMAD pelo serviço de oncologia médica para efeitos de introdução de um medicamento – Abemaciclib (Vernezios®), 150 mg – em adenda hospitalar.

2.2. Processo de aquisição

O processo de aquisição de medicamentos e PF para as Unidades Hospitalares pertencentes ao CHTMAD está centralizado na UHVR, sendo responsabilidade da Diretora dos SF, Dra. Almerinda Alves, em articulação com o serviço de aprovisionamento.

Para adquirir os produtos, os SF da UHC elaboram uma lista de pedido de compra aos SF da UHVR, através do GHAF, sendo tido em conta o *stock* existente – que pode ser avaliado com base nos pontos de encomenda, que fornecem uma previsão sobre o momento em que deverá ser feita uma nova encomenda – e as necessidades detetadas pelos colaboradores.

A aquisição de fármacos psicotrópicos e estupefacientes está sujeita a normas próprias, sendo impreterível o preenchimento do impresso de requisição previsto no anexo VII da Portaria

n.º 981/98, de 8 de junho [8] – que é enviado ao fornecedor, por correio registado, em conjunto com a nota de encomenda.

Depois de adquiridos pela UHVR, os produtos são em regra entregues na UHC por transferência interna a partir do armazém central, localizado nos SF da UHVR, mas também, com menos frequência, diretamente pelos laboratórios aos quais foi feita a nota de encomenda.

2.3. Receção e conferência

Os medicamentos e PF são rececionados e conferidos pelos TSDT, à exceção dos fármacos psicotrópicos e estupefacientes, hemoderivados e citotóxicos, cuja conferência (e posterior armazenamento) é da responsabilidade das farmacêuticas.

A conferência dos produtos recebidos, primeiramente quantitativa, depois qualitativa, é realizada mediante comparação com a guia de transferência ou fatura/guia de remessa que acompanha a encomenda. Além da verificação da coincidência entre produtos solicitados, produtos faturados e produtos enviados, são conferidos ainda outros aspetos relevantes, inerentes aos próprios medicamentos, seu estado de qualidade e garantia de legalidade – como a existência de um certificado de autorização de utilização de lote (CAUL) emitido pelo INFARMED para cada lote dos hemoderivados e vacinas, dada a sua variabilidade enquanto produtos de origem biológica [5,9], prazos de validade (PV), integridade das embalagens e condições de transporte, devendo os produtos de frio ser transportados em malas térmicas e os citotóxicos em malas próprias devidamente identificadas.

Depois de finalizada a etapa de conferência, a AT realiza o registo de entrada das encomendas no GHAF, introduzindo as informações relativas a quantidades, preços, lotes, PV e número de fatura ou guia de remessa ou de transferência.

Durante o estágio

Em conjunto com a Dra. Patrícia Dias e sob sua orientação, recebi e conferi, no recém-inaugurado Hospital de Dia de Oncologia da UHC, todas as terças e quintas-feiras, os citotóxicos preparados e enviados pela UHVR.

Nessas conferências, sempre, também, na presença de um elemento da enfermagem, verificámos a correspondência entre os medicamentos recebidos e os constantes nos protocolos terapêuticos dos doentes, nomeadamente as doses, bem como a correção das condições em que foram transportados os citotóxicos que requeriam refrigeração.

Posteriormente, executava a função que me fora atribuída de análise da guia de transferência enviada pelos SF da UHVR, para confirmar se os produtos informaticamente transferidos correspondiam aos produtos efetivamente enviados. Detetei por vezes inconformidades, sobretudo a transferência informática em falta de algum dos medicamentos recebidos, logo prontamente corrigidas pelos SF da UHVR.

Fiz ainda receções e conferências de hemoderivados, bem como consultei o Portal CAUL, disponível na página eletrónica do INFARMED, para pesquisa dos números dos CAUL quando não acompanhavam os lotes recebidos.

2.4. Armazenamento e controlo dos prazos de validade

É fundamental que o armazenamento dos medicamentos e PF garanta as condições ambientais adequadas para assegurar a sua estabilidade e, consequentemente, a sua qualidade e eficácia [5].

Os medicamentos que necessitam de refrigeração são armazenados em frigoríficos com temperatura controlada entre 2 e 8°C; os que não requerem condições especiais de conservação, são armazenados à temperatura ambiente, que se mantém inferior a 25°C, com humidade inferior a 60%. Para controlo destes dois parâmetros existem sondas, distribuídas por vários locais dos SF, acopladas a um sistema informático com dispositivo de alerta em caso de inconformidade.

Nas várias zonas de armazenamento, os medicamentos e PF estão identificados com etiquetas, que contêm o código interno de cada produto, a denominação comum internacional (DCI) e a dose, encontrando-se organizados por forma farmacêutica, por ordem alfabética de DCI e por dose crescente. Para além disso, como forma de aumentar a segurança na utilização dos medicamentos, alguns têm símbolos de alerta nas suas etiquetas ou são, estas, de cor diferente. Por exemplo, para doses diferentes do mesmo medicamento, a mais baixa corresponde à etiqueta branca, as intermédias à azul/verde e a mais alta à vermelha. Para os medicamentos com nome ortográfico, fonético ou aspeto semelhante, conhecidos por medicamentos LASA (*Look-alike Sound-alike*), que podem ser facilmente confundidos (causando a troca de medicamentos), é utilizado o método de inserção de letras maiúsculas na DCI (*Tall Man Lettering*) [10], por exemplo: hidrALAzina e hidrOXIzina. Além disso, as suas etiquetas contêm um autocolante com a designação “LASA”, em fundo cor-de-rosa, como chamada de atenção.

De modo a garantir um maior controlo e segurança, os psicotrópicos são armazenados num armário fechado à chave e os estupefacientes num cofre, no gabinete das farmacêuticas.

A disposição dos medicamentos e PF rege-se pela regra *First Expired, First Out* (FEFO), ou seja, os artigos com PV mais curto são colocados à frente, de forma a serem distribuídos em primeiro lugar.

Através do GHAF é possível emitir uma lista dos medicamentos cuja validade termine num determinado prazo (definível), de modo a que possam ser tempestivamente escoados para outro serviço ou Unidade Hospitalar do CHTMAD em que se verifique a necessidade da sua utilização. Caso não seja possível, são rotulados com uma etiqueta amarela com a inscrição “atenção à validade” e findo o PV são colocados em contentor próprio para incineração.

Durante o estágio

Arrumei medicamentos recebidos na sala de ambulatório e, no início dos meses de setembro e outubro, fiquei encarregue de verificar o PV dos PF que constavam na lista emitida pelo GHAF com limite até ao mês seguinte. Desta lista, apenas alguns cumpriam esse requisito, estando os restantes com essa informação desatualizada informaticamente. Verifiquei o cumprimento da regra FEFO para a disposição dos produtos e, quando não estavam em conformidade, reorganizei-os. Fiz ainda etiquetas informatizadas, em falta no armazém de injetáveis de grande volume.

No desempenho destas tarefas pude ambientar-me com os PF existentes nos SF e sua organização, tanto na sala de ambulatório como no armazém geral e dos injetáveis de grande volume, bem como com as normas técnicas e regras de boa prática que regulam essa organização.

3. Sistemas de distribuição de medicamentos

3.1. Distribuição clássica

A “distribuição clássica” é o mais antigo sistema de distribuição hospitalar de medicamentos. Consiste na reposição dos *stocks* fixos de medicamentos e PF existentes nos serviços, estabelecidos entre o enfermeiro e a farmacêutica responsáveis de acordo com a estimativa das necessidades semanais do serviço. Mediante requisição periodicamente enviada aos SF através do GHAF, após validação das requisições pelas farmacêuticas, os TSDT preparam depois a medicação que a AO distribui pelos respetivos serviços.

Pelas diversas condicionantes que propiciam a ocorrência de erros, já que a vigilância farmacoterapêutica por parte dos SF é, neste tipo de distribuição, reduzida, está o mesmo a cair em desuso e a ser gradualmente substituído pelo modelo de distribuição nivelada, associado ao sistema *Pyxis MedStation 3500*, abordado *infra*, de imediato, em 3.2. No entanto, todos os serviços de apoio sem internamento da UHC ainda o utilizam para todos os medicamentos e PF fornecidos. Nos restantes serviços de internamento, ao invés, está em uso apenas para determinados produtos, como antissépticos, desinfetantes e soluções estéreis de grande volume (como soluções de diálise) que, dadas as dimensões, não podem ser distribuídos de outra forma.

3.2. Reposição de *stocks* por níveis

O já referido sistema semiautomático *Pyxis MedStation 3500*, vulgarmente designado por *Pyxis*, opera a distribuição de medicamentos mediante a reposição de *stocks* por níveis.

Na UHC existem três armários *Pyxis*, todos eles situados no Serviço de Urgência (um na área de observações, outro na área da pequena cirurgia e outro na área de medicina). São geridos por um *software* que permite um rápido e controlado acesso aos medicamentos,

possibilitando a verificação dos PV e dos *stocks*, através do estabelecimento de limites máximo e mínimo periodicamente ajustados e repostos pelos SF.

Os *Pyxis* são constituídos por gavetas com divisórias internas, destinadas aos diferentes medicamentos, organizadas por níveis de segurança crescente: o nível de segurança baixo, em que a gaveta aberta disponibiliza toda a medicação das diferentes divisórias; o nível intermédio, em que o *stock* total do medicamento prescrito se encontra disponível na gaveta, ficando a restante medicação inacessível pelas tampas que fecham cada divisória; e o nível máximo de segurança, que apenas permite a retirada do medicamento na dose prescrita. Destina-se, este, a medicamentos de controlo rigoroso, como psicotrópicos e estupefacientes.

O acesso à medicação dos *Pyxis*, quer para retirada (pelos enfermeiros), quer para reposição (pelas farmacêuticas), é conseguido mediante a inserção do número mecanográfico e da senha pessoal (ou impressão digital) do profissional utilizador.

Duas vezes por semana, geralmente às segundas e quintas-feiras, as farmacêuticas geram uma lista automática dos medicamentos existentes (no momento) em cada um dos *Pyxis*, assim averiguando as necessidades de reposição. No atual contexto pandémico, para redução das deslocações ao Serviço de Urgência, os *stocks* são repostos segundo os níveis máximos definidos para cada medicamento.

A medicação necessária é preparada nos SF pelas farmacêuticas e transportada pelas AO em malas próprias até ao Serviço de Urgência, para reposição, pelas farmacêuticas, de cada um dos *Pyxis* – o que exige a confirmação da correspondência entre a quantidade informaticamente contabilizada (que aparece no monitor) e a quantidade existente nas gavetas, bem como o registo da quantidade adicionada de cada medicamento e respetivo PV.

Durante o estágio

Colaborei na reposição de stocks por níveis – desde a preparação da medicação nos SF até à reposição dos Pyxis no Serviço de Urgência.

3.3. Sistema de distribuição individual diária em dose unitária

Os medicamentos também são dispensados, na UHC, através do sistema de distribuição individual em dose unitária, geralmente para colmatar as necessidades de cada doente num período de 24h [5] – mas também, às sextas-feiras, para 72h, uma vez que os SF da UHC se encontram encerrados aos fins de semana. Os dias feriados, a menos que coincidam com sábados ou domingos, determinam o alargamento, em 24h, do período a que se reportaria (se o não fossem) a anterior distribuição.

Na UHC, este sistema de distribuição é aplicado a todos serviços com internamento. Como salvaguarda, estes serviços possuem também um *stock* de reserva para cobrir eventuais necessidades nos períodos em que os SF se encontram encerrados.

O processo de distribuição para cada doente inicia-se com a prescrição médica, realizada informaticamente no GHAF. Segue-se a validação farmacêutica, etapa em que o

farmacêutico verifica a prescrição no que respeita a doses, posologias, vias de administração, duplicações de medicação e possíveis interações farmacológicas.

Quando todas as prescrições de um determinado serviço estão validadas, imprimem-se os mapas terapêuticos referentes a cada serviço, que são enviados através do GHAF para o *Kardex*. O *Kardex* é um armário rotativo semiautomático, suportado por um programa informático, que movimenta prateleiras com gavetas múltiplas, cada qual contendo um determinado medicamento em dose unitária.

No momento de preparação da medicação pelos TSDT, é selecionado no computador o medicamento pretendido, e o *Kardex* acende a luz da gaveta correspondente, tornando o processo de recolha dos medicamentos mais rápido e diminuindo a probabilidade de erro. Os medicamentos são depois distribuídos pelas várias gavetas que fazem parte de pequenos armários móveis (malas) integrados em carros de transporte, devidamente identificados consoante o serviço que lhes corresponde. Cada gaveta é destinada a um doente e está identificada com o número de processo, nome e número de cama.

No final do processo de distribuição, é emitido um mapa de incidências que enumera todos os fármacos inexistentes no *Kardex*, posteriormente colocados nas respetivas gavetas pelos TSDT. Quando os medicamentos requerem refrigeração, têm de ser preparados na hora de entrega e colocados em malas térmicas devidamente identificadas. Estas, depois de preparadas são entregues aos respetivos serviços pela AO, que as troca pelas malas vazias ou com a medicação que não foi administrada no dia anterior, depois revertida no GHAF pelos TSDT e, após verificação do seu bom estado, novamente armazenada.

Durante o estágio

Observei diariamente, com todo o meu interesse, a validação pela Dra. Patrícia Dias das prescrições médicas. Pude perceber a enorme importância desse ato farmacêutico por excelência na minimização de erros de prescrição, que ocorrem com alguma frequência.

Por exemplo, foi detetada uma prescrição de fosfomicina na dose (inexistente) de 100 mg, quando a intenção do clínico foi prescrever, para o mesmo efeito (tratamento de infeção do trato urinário), essa precisa dose, mas de nitrofurantoína. Nesta e noutras situações de equívoco, como a prescrição de fármacos retirados do mercado ou inexistentes nos SF, era inserido um alerta no GHAF e ainda, quase sempre, contactado o médico prescritor. O que me permitiu perceber, com toda a força da evidência, a importância da permanente comunicação entre os diferentes profissionais de saúde, no esclarecimento de dúvidas, na partilha de conhecimentos e na correção de erros.

3.4. Distribuição a doentes em regime ambulatorio

A possibilidade de um número significativo de doentes cumprir os seus tratamentos em ambiente familiar apresenta diversas vantagens, como a redução dos custos e riscos inerentes ao internamento hospitalar [5].

A distribuição de medicamentos a doentes em regime de ambulatório pelos SF hospitalares resultou da necessidade de imprimir maior controlo e vigilância em determinadas terapêuticas, por força dos seus efeitos secundários graves, da necessidade de assegurar a adesão dos utentes ao tratamento e pelo facto de a comparticipação de certos medicamentos ser integral apenas quando são dispensados em meio hospitalar [5,11].

No ambulatório dos SF da UHC é cedida medicação principalmente para as patologias de infeção VIH/SIDA, hepatites B e C, esclerose múltipla, doença de *Crohn* e doenças do foro oncológico.

Previamente à dispensa, o farmacêutico valida a prescrição médica, tendo em consideração aspetos como a data da prescrição, a identificação do doente e a assinatura do médico. É da sua responsabilidade, em seguida, para além da dispensa e do mais, a educação do doente acerca do modo de administração, posologia, horário das tomas, possíveis efeitos secundários e condições especiais de armazenamento. A informação deve ser adequada à literacia do doente e, sempre que possível, a informação oral deve ser complementada com a escrita.

No primeiro ato de dispensa deve ser o utente a quem se destina a medicação a dirigir-se aos SF [12], de modo a que fique assegurada a sua correta instrução. Nesse aconselhamento inicial, o doente deve comprometer-se com as condições de uma correta utilização do medicamento, através da assinatura de um documento de responsabilização, cujo teor lhe deve ser cabalmente explicado [12]. Nos atos de dispensa subsequentes, os medicamentos podem ser dispensados a qualquer outra pessoa que se declare da confiança do utente (e que fica identificada no serviço).

A quantidade de medicamentos a dispensar é calculada em função da necessidade do doente, da data da próxima consulta e do *stock* da farmácia, para que seja possível garantir a sua distribuição a todos os utentes. Essa quantidade não deve exceder a necessária para 30 dias de tratamento, salvo exceções autorizadas pelo Conselho de Administração do hospital [12] ou regulamentadas, como a terapêutica antirretrovírica, que deve ser dispensada para um período mínimo de 90 dias [13].

O registo da medicação disponibilizada, assinado e datado, é feito manualmente na receita médica e inclui as quantidades e os lotes de cada medicamento. No final, a farmacêutica responsável debita os medicamentos dispensados no GHAF e arquiva a receita numa pasta dividida por patologias e ordenada por ordem alfabética dos nomes dos doentes.

Muitos utentes da UHC são acompanhados e têm consultas na UHVR. Com o eclodir da pandemia de COVID-19, muitas destas consultas começaram a ser feitas à distância, via telefónica, o que levou a que, para sua comodidade, os utentes pudessem solicitar o levantamento da medicação nos SF da UHC, depois enviada pelos SF da UHVR no prazo de aproximadamente 8 dias.

Durante o estágio

A distribuição de medicamentos a doentes em regime ambulatorio foi uma atividade que pude presenciar diariamente. Dispensei com bastante frequência e de forma autónoma a medicação enviada pelos SF da UHVR aos utentes e observei com toda a atenção os restantes atendimentos de ambulatorio. A partir do 2º mês de estágio comecei também a efetuar diariamente, no GHAF, débitos da medicação dispensada pelas farmacêuticas.

Às terças e quintas-feiras, preparei a “pós-medicação” dos doentes oncológicos, com confirmação final por uma das farmacêuticas. Esta medicação, fornecida aos doentes para administração no seu domicílio após ciclos de quimioterapia, é levantada nos SF por um AO que a transporta até ao Hospital de Dia, onde os doentes se encontram. Os medicamentos prescritos eram sobretudo filgrastim (para redução da duração da neutropenia), ‘suspensão IPO’ (manipulado para tratamento da mucosite oral), dexametasona e ondansetron (antieméticos).

3.5. Distribuição individualizada de medicamentos sujeitos a controlo especial

3.5.1. Psicotrópicos e estupefacientes

Os medicamentos psicotrópicos e estupefacientes, pelos efeitos de dependência e habituação que podem provocar e pelo seu potencial de associação a atos ilícitos, são alvo de regulação especial e fortemente restritiva – pelo Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de janeiro [14].

Nos SF da UHC, estes fármacos têm um circuito próprio de distribuição para reposição do *stock* – com exceção do Serviço de Urgência, onde podem ser retirados dos *Pyxis* pelos enfermeiros. Esta distribuição é feita através de requisições em folha autocopiativa, modelo n.º 1509, exclusivo da Imprensa Nacional Casa da Moeda (INCM) [8]. Quando o *stock* do serviço termina, o impresso de requisição original é entregue aos SF, sendo arquivado se estiver conforme e ficando a cópia arquivada no serviço em questão.

Para a reposição do *stock*, é preenchido um novo impresso por cada medicamento, por uma das farmacêuticas, com DCI, forma farmacêutica, dosagem, código do produto, quantidade fornecida, serviço a que se destina, identificação da farmacêutica, data e número sequencial do impresso.

A medicação é acondicionada em saco selado com a nova folha de registo e transportada até ao respetivo serviço por um AO. Aquando da administração dos fármacos, é completado o registo no impresso de requisição com o nome dos doentes, número do processo, quantidade administrada e enfermeiro responsável pela administração.

Durante o estágio

Preenchi novos impressos de requisições, arqueei requisições originais e preparei a medicação para enviar aos diferentes serviços, com posterior confirmação por uma farmacêutica. A participação no circuito de distribuição de psicotrópicos e estupefacientes

permitiu-me adquirir uma maior sensibilidade para a necessidade de um controlo rigoroso da distribuição e utilização destes medicamentos.

3.5.2. Estimulantes da hematopoiese

A prescrição, distribuição e comparticipação de estimulantes da hematopoiese é regulada pelo Despacho n.º 22569/08, de 22 de agosto, nos termos do qual “todos os insuficientes renais crónicos em diálise beneficiários do Serviço Nacional de Saúde (...) têm acesso gratuito à metoxi polietilenoglicol-epoetina beta, darbepoetina alfa, epoetina alfa e epoetina beta” [15].

Os SF da UHC recebem diariamente o mapa terapêutico da hemodiálise, onde vem indicado o estimulante da eritropoiese (sobretudo epoetina beta, em diferentes dosagens) prescrito para cada doente nesse dia. Às sextas-feiras, é também enviado o mapa correspondente ao dia seguinte.

A preparação da medicação é responsabilidade das farmacêuticas e é feita de forma individualizada, em sacos plásticos etiquetados com o nome completo de cada doente.

No mapa de prescrição regista-se o lote dispensado a cada doente. Este mapa é no final assinado e datado pela farmacêutica que realizou a preparação e depois fotocopiado, ficando o original arquivado nos SF. A fotocópia acompanha a medicação, transportada em mala térmica por uma das AO ao Serviço de Nefrologia.

Durante o estágio

Esta foi uma das atividades que realizei diariamente, de forma autónoma, com confirmação final por uma farmacêutica.

3.5.3. Hemoderivados

Os medicamentos derivados do plasma humano são constituídos por proteínas plasmáticas de interesse terapêutico, obtidas a partir do fracionamento e purificação do plasma de doadores humanos sãos, sendo os principais a albumina, as imunoglobulinas e os fatores de coagulação (fator VII, fator VIII e fator IX) [16]. Por serem derivados do plasma humano, é muito importante garantir a sua rastreabilidade, pelo que a sua distribuição é sujeita a um rigoroso controlo, com vista à investigação de eventuais nexos de causalidade entre a sua administração e a deteção de doença infecciosa transmissível pelo sangue [17].

O Despacho Conjunto n.º 1051/2000, de 14 de setembro, determina que os atos de requisição, distribuição e administração de medicamentos hemoderivados devem ser registados em impresso próprio, modelo n.º 1804 exclusivo da INCM [17], constituído por duas vias, “Via Farmácia” (original, autocopiativa) e “Via Serviço” (duplicado).

Na requisição aos SF, o médico deve preencher os quadros A e B do referido impresso, que dizem respeito à identificação do serviço requisitante, do médico prescriptor, do doente e do hemoderivado, bem como a justificação clínica para a sua prescrição. É função do farmacêutico

a verificação do correto preenchimento do impresso, bem como o preenchimento do quadro C, com o hemoderivado dispensado, fornecedor, número do lote, número do CAUL e numeração sequencial do registo.

A dispensa destes medicamentos na UHC é efetuada apenas pelas farmacêuticas, que garantem a etiquetagem de todas as unidades fornecidas com a identificação do doente e do serviço requisitante. Após o transporte ao serviço por um AO, o enfermeiro que recebe a medicação assina o impresso e a “Via Farmácia” retorna aos SF, aí ficando arquivada por um período de 50 anos. Todas as administrações são registadas pelo enfermeiro no quadro D da “Via Serviço”, que é depois arquivada no processo clínico do doente. No caso de o medicamento não ser administrado ao doente, a devolução aos SF é lavrada na “Via Serviço” e realizada num período máximo de 24 horas.

Durante o estágio

Preenchi requisições de hemoderivados, com a supervisão de uma farmacêutica, bem como as folhas de registo dos hemoderivados dispensados durante o ano pelos SF.

4. Produção e controlo de medicamentos

4.1. Preparação de formas farmacêuticas estéreis

4.1.1. Fármacos citotóxicos

Nos SF do CHTMAD, a produção de medicamentos estéreis é realizada exclusivamente na Unidade Centralizada de Preparação de Citotóxicos (UCPC), pertencente à UHVR. Na UCPC produz-se maioritariamente a medicação necessária para a Unidade de Oncologia de Vila Real. Adicionalmente, são preparados medicamentos citotóxicos para as Unidades Hospitalares de Chaves e de Macedo de Cavaleiros e medicamentos biológicos intravenosos para outros serviços da UHVR como os de Reumatologia, Gastroenterologia e Doenças Autoimunes.

A UCPC é constituída por uma câmara de produção, sala limpa de classe A, e uma área exterior de apoio. A sala limpa, também designada assética, está equipada com uma câmara de fluxo laminar vertical, que permite controlar a contaminação por partículas em suspensão no ar em níveis apropriados para a manipulação de citotóxicos. É precedida por uma antecâmara de passagem obrigatória onde se encontra o equipamento de proteção individual a utilizar durante a preparação [18].

A passagem do material entre a câmara e a área exterior de apoio é conseguida através de um *transfer* com sistema de duplo encravamento de portas, para impedir a abertura em simultâneo nos dois lados e manter a pressão negativa no interior da câmara. Aquando da transferência todo o material é pulverizado com álcool a 70% [18].

O processo começa com a admissão agendada do doente oncológico no hospital de dia, seguida da colheita de sangue para análise e posterior avaliação clínica em consulta médica. Após a confirmação médica de que o doente cumpre os parâmetros necessários para a realização do tratamento na UCPC, o farmacêutico valida as prescrições médicas, realizadas de acordo com os protocolos de terapêutica antineoplásica.

Na validação, é verificada a posologia estabelecida para cada citostático, que é função da superfície corporal ou do peso do doente, dependendo do fármaco, ou de eventuais reduções de dose devidamente expressas na prescrição [19]. De seguida, imprimem-se os rótulos de identificação da preparação, deles constando informações relativas ao doente, aos intervenientes na manipulação e validação, e à preparação do medicamento – como o volume do fármaco e da solução diluente a utilizar e condições de conservação. Por fim, um segundo farmacêutico envia o material necessário para a câmara de preparação através do *transfer*, num tabuleiro de inox, nomeadamente: os citostáticos necessários (sem qualquer cartonagem), o sistema de administração, o solvente de diluição (cloreto de sódio 0,9% ou solução de glicose 5%) e/ou reconstituição (água para preparações injetáveis) e os rótulos. Os fármacos usados, bem como as suas doses e lotes são registados numa ficha específica para esse efeito.

A preparação está ao cargo de dois TSDT, sendo um deles responsável pela manipulação – TSDT operador – e o outro por lhe prestar apoio e confirmar novamente todos os dados relativos à preparação da medicação (dupla verificação), assim como as medições de volumes efetuadas pelo primeiro – TSDT auxiliar.

Quando a preparação está pronta, é feita uma validação final pelo farmacêutico, do lado exterior da câmara, que avalia a conformidade do medicamento preparado com a prescrição original. Depois de verificado, o medicamento é colocado num invólucro opaco destinado ao transporte de citostáticos, no qual é colado o rótulo identificativo. O produto é então recolhido pelo farmacêutico, através do *transfer*, e colocado numa mala de transporte própria para o efeito, devidamente identificada, para ser depois transportada por um AO.

O farmacêutico é ainda responsável pela reavaliação das preparações que por qualquer motivo não são administradas (por exemplo, uma reação alérgica do doente) e são devolvidas à UCPC, bem como pela decisão quanto ao seu destino – se possível, reutilização para outro doente (que necessite de dose igual ou superior) ou, não o sendo, envio para incineração.

Durante o estágio

A fim de adquirir competências nesta valência, inexistente na UHC, pude passar uma semana do meu estágio, entre os dias 14 e 18 de setembro, na UCPC da UHVR. Aí aprendi a desempenhar todas as funções que cabem ao farmacêutico nesta área e que acima descrevo. Realizei-as em colaboração com as, e sob orientação das, farmacêuticas responsáveis: validação das prescrições médicas, preparação do material necessário para a manipulação, registo das doses e dos lotes dos medicamentos utilizados e preparação da pós-medicação dos doentes.

Na fase da validação, o principal obstáculo encontrado foi a omissão do peso dos doentes nalgumas prescrições, o que por vezes impossibilitou a confirmação do cálculo da dose prescrita. Nesses casos, foi necessário contactar o médico responsável para assim se obter o dado em falta.

No último dia, tive ainda a oportunidade de entrar na câmara de preparação com as TSDT e observar de perto todo o minucioso trabalho por estas aí desempenhado.

4.1.2. Nutrição parentérica

A nutrição parentérica consiste no fornecimento total ou parcial de nutrientes por via intravenosa, a doentes cujas necessidades metabólico-nutricionais não podem ser cobertas pela nutrição por via digestiva (oral ou entérica) [20].

Atualmente, a indústria farmacêutica proporciona uma ampla gama de misturas nutritivas, nomeadamente bolsas bi ou tri-compartimentadas, com diferentes composições de macro e micronutrientes [20]. Face à possibilidade de aquisição por compra, a produção em ambiente hospitalar é cada vez menos solicitada, pelo que nos SF do CHTMAD não se justifica a preparação de nutrição parentérica. Não obstante, é por vezes necessário obter bolsas de nutrição parentérica personalizadas, sobretudo para nutrição neonatal e pediátrica, devido ao metabolismo delicado característico desses grupos etários, que implica modificações diárias no aporte de nutrientes [20]. Em tais casos, os SF encomendam a preparação aos SF do Centro Hospitalar de São João, EPE, onde existe uma unidade de preparação de nutrição parentérica.

4.2. Preparação de formas farmacêuticas não estéreis

4.2.1. Medicamentos manipulados

Atualmente a preparação de medicamentos manipulados a nível hospitalar não é muito comum [5]. No entanto, nas situações em que se justifique, devem ser observadas boas práticas de preparação, aprovadas pela Portaria n.º 594/2004, de 2 de junho [21].

Na UHC, a 'suspensão IPO' é o medicamento manipulado mais frequentemente preparado, para tratamento da mucosite oral, complicação frequente decorrente da terapia oncológica. Esta suspensão é constituída por um antifúngico (nistatina), um anestésico (lidocaína) e um corretor de pH (bicarbonato de sódio). A preparação tem lugar na sala de farmacotecnia e é efetuada mediante prescrição médica, por um TSDT sob a supervisão de um farmacêutico. Durante o processo, é preenchida uma ficha de preparação e, no final, a formulação farmacêutica é devidamente acondicionada e rotulada.

4.2.2. Reembalagem de medicamentos em doses unitárias

O fracionamento e reembalagem de formas farmacêuticas sólidas orais permite disponibilizar fármacos em doses ajustadas às necessidades dos doentes – que muitas vezes

não estão disponíveis na indústria farmacêutica –, de forma individualizada e devidamente identificados, de modo a assegurar a sua qualidade e segurança [5].

Na UHC, o processo de reembalagem é realizado por um TSDT, num equipamento semiautomático (*Auto Print® - Grifols*), com a posterior validação de um farmacêutico. Antes do manuseamento da máquina de reembalagem é necessário desinfetar o equipamento e a bancada – e o operador deve estar devidamente equipado com bata e luvas, de forma a não comprometer a qualidade do medicamento e a evitar contaminações cruzadas. Em seguida, é feita a programação do procedimento no sistema informático, onde se insere a DCI, dose, PV, fabricante, lote de fabrico e lote de reembalagem. Relativamente ao PV após reembalagem, pode ou não sofrer alterações relativamente ao PV original: se o medicamento for reembalado no seu blister original, o PV mantém-se; se for retirado é-lhe atribuído um PV de 25% do tempo que medeia entre a data de reembalagem e o PV original, não ultrapassando os 6 meses [22].

Todos os medicamentos reembalados são registados em documento próprio para esse fim.

5. Farmacovigilância

Em 1992 foi criado o Sistema Nacional de Farmacovigilância, atualmente regulado pelo Decreto-Lei n.º 242/2002, de 5 de novembro [23]. A sua coordenação cabe ao INFARMED, que se encarrega da monitorização contínua da segurança de todos medicamentos com autorização de introdução no mercado. Para esse efeito, a informação recolhida através da notificação de reações adversas a medicamentos (RAM) é fundamental, contribuindo para identificar potenciais RAM desconhecidas, melhor caracterizar RAM previamente identificadas e implementar medidas de minimização do risco da sua ocorrência [24].

Alguns medicamentos são monitorizados de forma ainda mais atenta pelas autoridades reguladoras, em resultado da existência limitada de dados relativos à sua segurança – por serem novos no mercado europeu ou por falta de dados na sua utilização a longo prazo, por exemplo. Estes medicamentos são facilmente identificados através de um triângulo preto invertido, presente no resumo das características do medicamento (RCM) e no folheto informativo, acompanhado da frase: “este medicamento está sujeito a monitorização adicional”. Quando estão em causa estes medicamentos, solicita-se expressamente aos doentes que comuniquem todas as suspeitas de RAM ao seu médico ou farmacêutico ou diretamente no Portal RAM disponível no site do INFARMED [25, 26].

Durante o estágio

Tive contacto com um medicamento sujeito a monitorização adicional, a lenalidomida (Revlimid®), cujo laboratório (Celgene) enviou aos profissionais de saúde um livro, que pude ler e li, com toda a informação de segurança relativa ao medicamento, acompanhada de formulários de notificação de reações adversas e check-lists para auxílio da sua prescrição e

dispensa, frisando sobretudo a necessidade de cumprimento das condições do Programa de Prevenção da Gravidez, já que é de prever um efeito teratogénico associado à lenalidomida.

6. Atividade complementar

Como a dose dos medicamentos citotóxicos é normalmente dependente da superfície corporal ou do peso do doente, na maioria das vezes não é utilizado todo o conteúdo das ampolas dos fármacos aquando da sua preparação. Na UCPC faz-se o reaproveitamento desses volumes sobrantes para outras preparações, a fim de minimizar desperdícios económicos. Todavia, os fármacos possuem diferentes estabilidades (físico-químicas e microbiológicas) e modos de conservação (antes e após a abertura das ampolas), que devem ser tidos em conta.

Durante o estágio

Em estreita colaboração, eu e a minha colega estagiária na UHVR, Cláudia Teixeira, atualizámos a tabela de estabilidades de todos os fármacos citotóxicos utilizados na UCPC do CHTMAD, para exposição e utilização por farmacêuticos e TSDT – desafio que nos foi lançado pela Dra. Suzanne Peixoto. Para o efeito, consultámos os RCM dos fármacos, bem como informações adicionais enviadas pelos respetivos laboratórios. Uma das 20 páginas dessa tabela atualizada, com as alterações assinaladas a roxo, constitui, com fins exemplificativos, o Anexo 1.

PARTE II

Projeto: Relevância do registo e análise de erros de medicação

1. Enquadramento teórico-prático

Nas últimas décadas a melhoria e avanço dos tratamentos clínicos determinou o aumento, por um lado, da esperança média de vida e, por outro, da proporção de doentes crónicos, com múltiplas comorbilidades e polimedicados. Nestas circunstâncias, também o potencial para a ocorrência de erros de medicação sofreu um incremento – com possíveis consequências nefastas quer para o doente quer para o sistema de saúde. A subnotificação destes erros é uma problemática muito presente nos hospitais em geral e no CHTMAD em particular.

2. Objetivo

Eu e a minha já referida colega estagiária na UHVR, Cláudia Teixeira, fomos desafiadas, pela Dra. Patrícia Dias, a sensibilizar os profissionais de saúde para a importância da notificação dos erros de medicação – e esse foi precisamente o objetivo deste projeto.

3. Método

Para o efeito, realizámos uma apresentação em *PowerPoint* subordinada a esse tema (**Anexo 2**), o que fizemos por videoconferência. A ação de formação, dirigida a todos os profissionais do CHTMAD mediante inscrição, foi realizada no dia 22 de outubro de 2020, conforme certificado – **Anexo 3**.

4. Resultados e conclusões

Foram demonstradas as vantagens da notificação, assegurado o seu carácter formativo (e não punitivo), bem como a intenção que lhe subjaz de aperfeiçoamento de metodologias e processos, com vista à redução e eliminação, tanto quanto possível, do erro – assim melhor se garantindo a segurança do doente.

CONCLUSÕES

No decurso do estágio realizado nos SF da UHC tive a oportunidade de contactar com a realidade laboral e as atividades profissionais dos farmacêuticos hospitalares. Acompanhei o circuito do medicamento – desde a sua receção e conferência até à sua dispensa em regime de ambulatório e para os serviços clínicos internos. Adquiri valias e competências pessoais e profissionais altamente complementares das que me foram proporcionadas no decurso da minha formação académica.

Percebi, desde logo pelo exemplo profissional e científico da Dra. Patrícia Dias (e não só), mas também pelas tarefas que me permitiu executar, treinar e aprender, a relevância de uma permanente comunicação entre os diferentes profissionais de saúde, designadamente para esclarecimento de dúvidas, partilha de conhecimentos e correção de erros que inevitavelmente surgem, mas que podem ser corrigidos e evitados antes de atingirem o doente. Percebi ainda, para além do mais, a necessidade de um controlo especialmente rigoroso de certos medicamentos. E no contacto com doentes em regime de medicação ambulatoria, sobretudo os mais fragilizados ou com menos competências sociais, a importância da humanidade no trato e da relação solidária e compassiva.

É evidente a qualidade dos serviços farmacêuticos prestados na Unidade de Chaves e na Unidade Centralizada de Preparação de Citotóxicos do Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro. Os sistemas e processos de grande atualidade científica, tecnológica e organizacional, são notórios aqui – e ali claramente predominam, se bem que em coexistência, por vezes, com outros, francamente minoritários, talvez a cair em desuso.

A Unidade Centralizada de Preparação de Citotóxicos pode ser justamente qualificada como unidade de ponta. E os Serviços Farmacêuticos da Unidade Hospitalar de Chaves conciliam sabiamente – no contexto hospitalar em que são prestados e de harmonia com as realidades distintas dos vários serviços clínicos a que se destinam –, sistemas organizacionais, farmacológicos e de distribuição de medicamentos com manifesta eficiência e rigoroso controlo de qualidade.

O que me permitiu contactar *modus operandi* farmacêuticos de topo, mas também outros de gama não tão elevada, cuja utilidade, no entanto, continua patente no terreno e a dar provas no dia-a-dia das respostas dadas. E o que favoreceu a minha aprendizagem, para a qual tem interesse o desenvolvimento de aptidões profissionais e capacidades de exercício em ambientes distintos, com recursos diversos, bem como uma certa percepção prática do devir dos tempos, subjacente às evoluções do mundo.

Concluo – como começo, mas utilizando esse termo no seu duplo sentido – com um forte sentimento de gratidão.

- Fim -

Fontes bibliográficas e outras

[1] Decreto-Lei n.º 50-A/2007, de 28 de fevereiro. Cria o Hospital do Espírito Santo de Évora, EPE, o Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE, o Centro Hospitalar de Coimbra, EPE, o Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE, o Centro Hospitalar do Médio Ave, EPE, o Centro Hospitalar do Alto Ave, EPE, e o Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE, e aprova os respectivos Estatutos. Diário da República, 1.ª série, n.º 42, 2007.

[2] Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro. Instituição. [Internet]. [Acedido a 21 setembro 2020]. Disponível em: <http://www.chtmad.min-saude.pt/instituicao/>.

[3] Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro. Relatório e Contas 2018. [Internet]. [Acedido a 21 setembro 2020]. Disponível em: <http://www.chtmad.min-saude.pt/principios-do-bom-governo/informacao-de-gestao/relatorio-e-contas/>.

[4] Decreto-Lei n.º 44 204, de 2 de fevereiro de 1962. Regulamento Geral da Farmácia Hospitalar. Diário do Governo, 1.ª série, n.º 40, 1962.

[5] Conselho Executivo da Farmácia Hospitalar. Manual da Farmácia Hospitalar. 2005.

[6] Despacho n.º 2061-C/2013, de 1 de fevereiro. Cria a Comissão Nacional de Farmácia e Terapêutica e estabelece as suas competências e composição. Diário da República, 2.ª série, n.º 24, 2013.

[7] INFARMED. Formulário Hospitalar Nacional de Medicamentos. [Internet]. [Acedido a 13 outubro 2020]. Disponível em: https://www.infarmed.pt/web/infarmed/institucional/documentacao_e_informacao/publicacoes/tematicos/formulario-hospitalar-nacional-de-medicamentos.

[8] Portaria n.º 981/98, de 8 de junho. Execução das medidas de controlo de estupefacientes e psicotrópicos. Diário da República, 2.ª série, n.º 216, 1998.

[9] INFARMED. Autorização de Utilização de Lote. [Internet]. [Acedido a 15 outubro 2020]. Disponível em: <https://www.infarmed.pt/web/infarmed/entidades/medicamentos-uso-humano/autorizacao-utilizacao-lote>.

[10] Direção-Geral da Saúde. Norma 020/2014, de 30 de dezembro. Medicamentos com nome ortográfico, fonético ou aspeto semelhantes.

[11] Portaria n.º 210/2018. Estabelece o regime jurídico a que obedecem as regras de prescrição eletrónica de medicamentos a utentes em regime de ambulatório hospitalar no âmbito do Serviço Nacional de Saúde. Diário da República, 2.ª série, n.º 61, 2018.

[12] INFARMED. Circular Normativa n.º 01/CD/2012, de 30 de novembro. Procedimentos de cedência de medicamentos no ambulatório hospitalar.

[13] Despacho n.º 13447-B/2015. Estabelece disposições para a dispensa da terapêutica antirretrovírica. Diário da República, 2.ª série, n.º 228, 2015.

[14] Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de janeiro. Regime jurídico do tráfico e consumo de estupefacientes e psicotrópicos. Diário da República, 1.ª série, n.º 18, 1993.

[15] Despacho n.º 22569/08, de 22 de agosto. Acesso gratuito à metoxi polietilenoglicol-epoetina beta, darbepoetina alfa, epoetina alfa e epoetina beta para insuficientes renais crónicos em diálise. Diário da República, 2.ª série, n.º 169, 2008.

[16] Braga, F. Medicamentos derivados do plasma humano. Boletim do CIM - Revista da Ordem dos Farmacêuticos. 2013. 107, 1-2.

[17] Despacho Conjunto n.º 1051/2000, de 14 de setembro. Registo de medicamentos derivados de plasma. Diário da República, 2.ª série, n.º 251, 2000.

[18] Conselho do Colégio de Especialidade de Farmácia Hospitalar. Manual de Preparação de Citotóxicos. 2013.

[19] Serviços Farmacêuticos do Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE. Manual de Procedimentos de Citostáticos. 2014.

[20] Conselho do Colégio de Especialidade de Farmácia Hospitalar. Manual de Nutrição Artificial. 2004.

[21] Portaria n.º 594/2004, de 2 de junho. Aprova as boas práticas a observar na preparação de medicamentos manipulados em farmácia de oficina e hospitalar. Diário da República, 1.ª série, n.º 129, 2004.

[22] United States Pharmacopeia. General Chapter 1178: Good Repackaging Practices [Internet]. [Acedido a 24 outubro 2020]. Disponível em: http://pharmacopeia.cn/v29240/usp29nf24s0_c1178.html.

[23] Decreto-Lei n.º 242/2002, de 5 de novembro. Estabelece as regras respeitantes ao Sistema Nacional de Farmacovigilância de medicamentos de uso humano. Diário da República, 1.ª série, n.º 255, 2002.

[24] INFARMED. Farmacovigilância. [Internet]. [Acedido a 27 outubro 2020]. Disponível em: <https://www.infarmed.pt/web/infarmed/entidades/medicamentos-uso-humano/farmacovigilancia>.

[25] INFARMED. Medicamentos sujeitos a monitorização adicional. [Internet]. [Acedido a 27 outubro 2020]. Disponível em: <https://www.infarmed.pt/web/infarmed/entidades/medicamentos-uso-humano/farmacovigilancia/medicamentos-sujeitos-a-monitorizacao-adicional>.

[26] INFARMED. Portal RAM: Notificação de reações adversas/efeitos indesejáveis de medicamentos. [Internet]. [Acedido a 27 outubro 2020]. Disponível em: <https://www.infarmed.pt/web/infarmed/entidades/medicamentos-uso-humano/farmacovigilancia/medicamentos-sujeitos-a-monitorizacao-adicional>.

Anexo 1: Tabela atualizada de medicamentos citotóxicos da UCPC (uma página)

Medicamento / Dose/ Apresentação/ Via de administração/ Nome Comercial	Reconstituição/ Armazenamento	Concentração/ Intervalo terapêutico/ Dose máxima	Diluição e Concentração Recomendada	Estabilidade após abertura/ Reconstituição	Estabilidade após diluição	Utilização: Agulha (A) / Spike (S) / Sistema Filtro (F)	Observações
Infliximab 100 mg, pó para concent p/perfusão (Remsina)	10 ml água ppi Frigorífico	AR: 3 mg/kg (2,6,8 semanas) DC, CU, EA, AP, PS: 5 mg/kg (2,6,8 semanas)	250 ml SF 0,9%	Após reconstituição, 24H a 25°C	28 dias a 2-8°C 24h a 25°C (<i>in use</i>)	A F	Não agitar, repousar 5 min Perfusão de 1h a 2h
Irinotecano 500 mg Concentr. p/sol. p/perfusão (Accord)	Temperatura ambiente	20 mg/ml 180-350 mg/m2	250 ml S.F. ou G5%	NA	28 dias a 5-25°C protegido da luz	A	Perfusão: min.30' e máx.90' Não pode ser administrado antes de 1h após o Cetuximab
Irinotecano 500 mg Concentr. p/sol. p/perfusão (FRESENIUS KABI)				21 dias a 2-8°C 14 dias a 15- 25°C	24h a 25°C ou 48h a 2-8°C	A	
Levofolinato dissódico 450mg/9mL Sol. Injetável perfusão IV (MEDAC)	Frigorífico	50mg/mL Perfusão: 100mg/ m2 Bólus: 100mg/m2	S.F 0,9% ou G 5%	—	72H 20-25°C (ESTAB. Q.F.)	S	Pode ser administrado puro ou diluído Não pode ser administrado por via intratecal



U. PORTO
FACULDADE DE FARMÁCIA
UNIVERSIDADE DO PORTO



CHTMAD, EPE
SERVIÇOS
FARMACÊUTICOS



chtmad

Relevância do Registo e Análise de Erros de Medicação

Cláudia Teixeira
Inês Fonseca

Trabalho realizado no âmbito do Estágio Curricular do MICF da FFUP do ano 2020/2021

Introdução...



Erros de medicação

“Qualquer evento **evitável** que pode causar ou conduzir à utilização inadequada de medicação ou dano ao doente enquanto a medicação está sob controlo do profissional de saúde, do paciente ou do consumidor”.



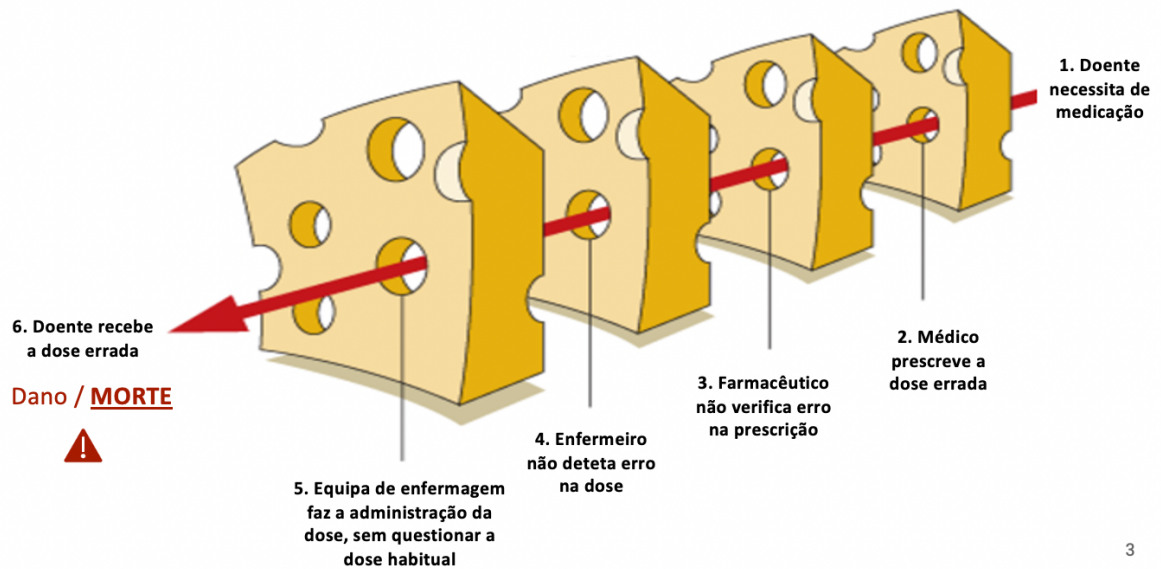
Riscos

O **crescimento substancial no uso de medicamentos** gera um risco de erros cada vez maior. O problema piora com a necessidade de prescrever medicamentos para uma **população cada vez mais idosa**, com necessidades médicas mais complexas, e com a introdução de muitos **novos medicamentos**.

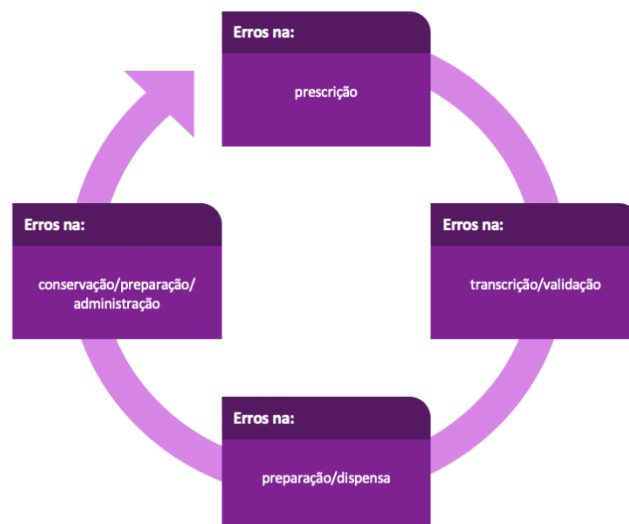
2

NCC MERP. 2020. *About Medication Errors*. [online] Available at: <<https://www.nccmerp.org/about-medication-errors>> [Accessed 15 Sept. 2020].

Modelo do queijo suíço



Dada a complexidade do processo de gestão da medicação, o **potencial para a ocorrência de erros é elevado...**



Notificação de erros de medicação



Os erros são **sub-reportados**

Porque não se notifica?

Tempo extra necessário para relatar

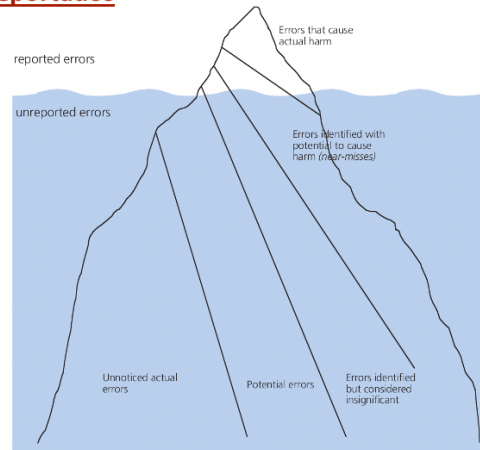
Hesitação sobre "denunciar" outra pessoa

Receio de censura ou punição

Incapacidade de reconhecer ou identificar erros de medicação

Falta de *feedback* sobre os erros reportados

...



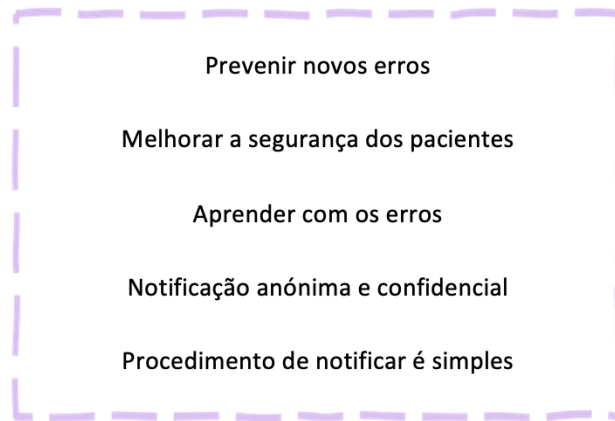
Hartnell, N., MacKinnon, N., Sketris, I., & Fleming, M. (2012). Identifying, understanding and overcoming barriers to medication error reporting in hospitals: a focus group 5 study. *BMJ quality & safety*, 21(5), 361-368.



Yu A, Flott K, Chainani N, Fontana G, Darzi A. (2016). Patient Safety 2030. London, UK: NIHR Imperial Patient Safety Translational Research Centre.

6

Porquê notificar?



7



Yu A, Flott K, Chainani N, Fontana G, Darzi A. (2016). Patient Safety 2030. London, UK: NIHR Imperial Patient Safety Translational Research Centre.

8

Soluções para melhorar a notificação dos erros de medicação

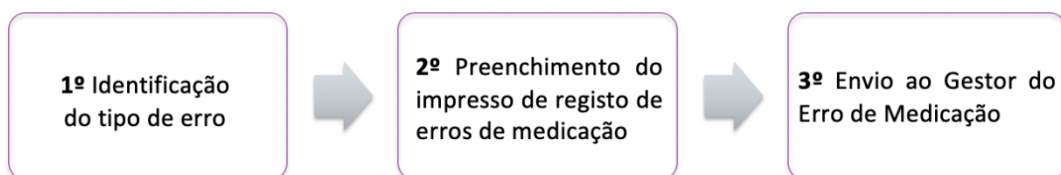
1. Divulgação e informação
2. Condução adequada da análise
3. Sistema de notificação
4. Resposta não punitiva
5. Feedback
6. Clareza
7. Cultura institucional
8. Treino
9. Anonimato
10. Trabalho em equipa
11. Demanda de trabalho
12. Comprometimento



Dalmolin, G. R. D. S. (2016). Notificação e monitoramento de erros de medicação no ambiente hospitalar: considerações a partir da bioética complexa.

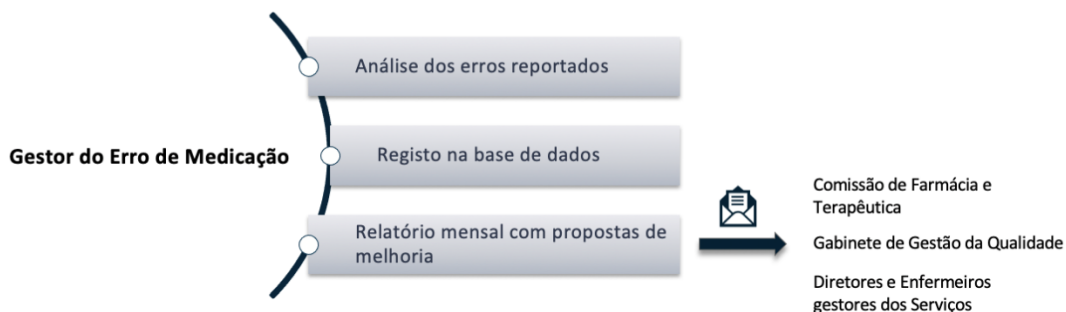
9

Como notificar?



10

3º



“Objetivo de identificar os erros de medicação numa **perspetiva formativa e não punitiva**, pelo que as informações das notificações não poderão ser utilizadas com outros fins que não aqueles que permitam a análise das causas do erro de forma a garantir a melhoria contínua do processo”.

Projeto de re-acreditação pela JCI, 2012. Norma de Procedimento 014.

13

Obrigada pela atenção!

Cláudia Teixeira
Inês Fonseca

Trabalho realizado no âmbito do Estágio Curricular do MICF da FFUP do ano 2020/2021

Anexo 3: Certificado de formadora



certificado de formador

certifica-se que **Inês Mesquita Fonseca** participou como formador (a) na ação de formação intitulada **Relevância do registo e análise de erros de medicação** que se realizou no dia 22 de outubro de 2020, no centro hospitalar de trás-os-montes e alto douro, num total de 1 horas.

vila real, 27 de outubro de 2020

pela unidade de formação





RELATÓRIO DE ESTÁGIO

2020 - 2021

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



RELATÓRIO DE ESTÁGIO

REALIZADO NO ÂMBITO DO MESTRADO INTEGRADO
EM CIÊNCIAS FARMACÉUTICAS

Farmácia de Coimbrões

Inês Mesquita Fonseca

M

2020-2021

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

Relatório de Estágio Profissionalizante

Farmácia de Coimbrões



Novembro de 2020 a Março de 2021

Inês Mesquita Fonseca

Orientadora: Dra. Carla Ferreira

Tutora FFUP: Prof. Dra. Manuela Morato

Abril de 2021

Declaração de integridade

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

Faculdade de Farmácia da Universidade do Porto, 17.04.2021

Inês Mesquita Fonseca

Agradecimentos

Agradeço em primeiro lugar à orientadora do meu estágio, Dra. Carla Ferreira, Diretora Técnica da Farmácia de Coimbrões, pelos ensinamentos tão completos, profundos e abrangentes que me proporcionou. Pelos conhecimentos que me transmitiu, pela paciência, sensibilidade, preocupações de inclusão, incentivo e confiança, estou-lhe eternamente grata. Reconhecimento que estendo a toda equipa da Farmácia de Coimbrões – Sr. Domingos Ferreira, Dr. João Moreira, Dra. Lurdes Costa, Dra. Rita Machado, Sr. Vítor Ferreira e Sr. Vítor Rajão –, com quem tive a oportunidade de aprender e o prazer de trabalhar. A todos agradeço por me terem feito sentir em casa, pela ajuda, pela boa disposição e, acima de tudo, pela amizade com que me receberam todos os dias.

Agradeço de seguida aos orientadores de vida que tenho nos meus pais e na minha irmã.

Agradeço ainda à Jéssica Pereira, grande amiga e companheira destes 5 anos de MICEF que tanto trabalho e felicidade nos trouxeram.

Agradeço por fim, mas não menos decisivamente, à Faculdade de Farmácia da Universidade do Porto pela formação de excelência que me proporcionou e espero ter aproveitado – especialmente à Prof. Dra. Manuela Morato que me acompanhou, sempre com toda a disponibilidade, nesta última fase do meu percurso académico.

Resumo

Este relatório versa o estágio profissionalizante em farmácia comunitária, com a duração de 4 meses, que concluí na Farmácia de Coimbra (FC) – inserido no Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas da Faculdade de Farmácia da Universidade do Porto.

Na sua primeira parte descrevo o funcionamento geral da FC, as atividades que nela exerci, as tarefas que me foram confiadas e algumas experiências que pude vivenciar. Numa segunda parte apresento os três projetos que tive, também, a oportunidade de aí desenvolver.

O “Projeto I: Acompanhamento farmacêutico do doente diabético” teve como principal objetivo melhorar o controlo glicémico dos utentes diabéticos da FC, contribuindo ainda para a sua educação em saúde. Para tal, utilizei a plataforma *online OneTouch Reveal®* que, através da ligação aos glicómetros dos utentes, me deu acesso ao registo das suas medições ao longo do tempo. Recorri ainda a um questionário inicial a fim de apurar necessidades de intervenção e aconselhamento. Este projeto foi, infelizmente, interrompido quando o gabinete de atendimento privado da FC foi temporariamente encerrado, por força do confinamento que ocorreu no país nesta altura, o que comprometeu uma parte significativa da sua execução e dos seus resultados. Trouxe ainda assim benefícios aos utentes, que melhoraram o seu conhecimento e capacidade de gestão da doença.

O “Projeto II: Deficiência de Vitamina D e COVID-19” surgiu da necessidade de dar resposta cientificamente fundada às recorrentes preocupações dos utentes sobre o tema. Também pela sua atualidade, pareceu-me útil fazer um ponto científico da situação, a partilhar com os colaboradores da FC no âmbito de uma formação interna. O objetivo principal deste projeto foi recolher a melhor informação à data disponível sobre a relação entre a deficiência de Vitamina D e a COVID-19, de modo a que pudessem ser oferecidos aos utentes da farmácia aconselhamentos em linha com o conhecimento científico seguro e atualizado. Elaborei também um panfleto sobre a matéria, destinado à sensibilização dos utentes. Os resultados finais cumpriram plenamente os objetivos determinados, pelo que o balanço final deste projeto foi muito positivo.

O “Projeto III: Loja *online*” surgiu para dotar a FC de um canal virtual de vendas e comunicação com os seus utentes, que não possuía. Este meio alternativo e cumulativo de funcionamento no mercado ganhou relevância acrescida no atual contexto pandémico. Foi no seu âmbito criada uma loja *online* da FC, associada ao *Facebook*. Seleccionados os cosméticos e os artigos de higiene corporal (de seis marcas distintas) para o lançamento e fase inicial da loja, a ideia era expandi-la futuramente para produtos de outras categorias. O objetivo principal do projeto (criação da loja) foi atingido. Contudo, não foi possível testá-la em pleno funcionamento: o meu estágio terminou quando o transporte para as entregas dos produtos aos clientes estava ainda em negociação.

ÍNDICE

PARTE I

1. INTRODUÇÃO	1
2. A FARMÁCIA DE COIMBRÕES	1
2.1. Localização e horário	1
2.2. Recursos humanos	2
2.3. Perfil de utentes	2
2.4. Organização do espaço físico	3
2.4.1. Espaço exterior	3
2.4.2. Espaço interior	3
2.5. Recursos informáticos	4
2.6. Redes sociais	4
2.7. Adaptações à pandemia COVID-19	4
3. SELEÇÃO, AQUISIÇÃO E ARMAZENAMENTO	5
3.1. Gestão de <i>stocks</i>	5
3.1.1. Encomendas diárias	5
3.1.2. Encomendas diretas	5
3.1.3. Encomendas instantâneas	6
3.2. Receção de encomendas	6
3.3. Devoluções e reclamações	7
3.4. Armazenamento	8
3.5. Gestão dos prazos de validade	9
3.6. Quebras	10
4. DISPENSA DE MEDICAMENTOS E PRODUTOS FARMACÊUTICOS	10
4.1. O papel do farmacêutico	10
4.2. Medicamentos sujeitos a receita médica	11
4.2.1. Prescrição médica e validação farmacêutica	12
4.2.1.1. Prescrição manual	12
4.2.1.2. Prescrição eletrónica	13
4.2.2. Regimes de participação	14
4.2.2.1. Subsistemas de saúde privados	14
4.2.3. Medicamentos genéricos	14
4.2.4. Casos especiais	15
4.2.4.1. Medicamentos psicotrópicos e estupefacientes	15
4.2.4.2. Vendas suspensas	15
4.2.5. Gestão do receituário	16
4.3. Medicamentos não sujeitos a receita médica	16
4.3.1. Indicação farmacêutica	17
4.4. Outros medicamentos e produtos farmacêuticos	18
4.4.1. Medicamentos de uso veterinário	18
4.4.2. Suplementos alimentares	18
4.4.3. Produtos cosméticos e de higiene corporal	19
4.4.4. Produtos de puericultura e obstetrícia	19

4.4.5. Dispositivos médicos, equipamentos de proteção individual e máscaras	19
4.4.6. Produtos fitoterapêuticos	20
4.4.7. Produtos de alimentação especial	20
4.4.8. Medicamentos homeopáticos e manipulados	20
5. OUTROS CUIDADOS DE SAÚDE	21
5.1. Determinação de parâmetros fisiológicos e bioquímicos	21
5.2. Administração da vacina da gripe	21
5.3. Recolha de medicamentos para o contentor VALORMED	22
6. APOIO À OPERAÇÃO NARIZ VERMELHO	22
7. FORMAÇÕES	22

PARTE II

PROJETO I: ACOMPANHAMENTO FARMACÊUTICO DO DOENTE DIABÉTICO	23
1. Enquadramento teórico – Diabetes <i>mellitus</i>	23
1.1. Caracterização	23
1.2. Prevalência	23
1.3. Descontrolo glicémico e complicações	23
1.4. Controlo glicémico	24
1.4.1. Estilo de vida	24
1.4.2. Automonitorização da glicémia	25
1.5. Papel do farmacêutico	25
2. Enquadramento prático	26
3. Objetivos	26
4. Métodos	27
5. Resultados e discussão	28
6. Conclusões	29
PROJETO II: DEFICIÊNCIA DE VITAMINA D E COVID-19	30
1. Enquadramento teórico	30
1.1. Fontes e metabolismo da Vitamina D	30
1.2. Impacto de um “inverno COVID” nos níveis de Vitamina D	30
1.3. Deficiência de Vitamina D e COVID-19: grupos de risco coincidentes	31
1.3.1. Idosos	31
1.3.2. Sobrepeso e comorbilidades associadas	31
1.4. Relação da Vitamina D com as infeções respiratórias	32
1.5. Suplementação com Vitamina D na era COVID-19	33
2. Enquadramento prático	34
3. Objetivos	35
4. Métodos	35
5. Resultados e discussão	35
6. Conclusões	36

PROJETO III: LOJA <i>ONLINE</i>	37
1. Enquadramento teórico	37
2. Enquadramento prático	37
3. Objetivos	38
4. Métodos	38
5. Resultados e discussão	39
6. Conclusões	39
CONSIDERAÇÕES FINAIS SOBRE O ESTÁGIO RELATADO	41
FONTES BIBLIOGRÁFICAS E OUTRAS	42

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1: Cartaz da Operação Nariz Vermelho	47
Anexo 2: Formações e cursos que frequentei durante o estágio	48
Anexo 3: Formação “Masterclass Antiqueda <i>Phyto</i> ®” – certificado	50
Anexo 4: Formação “Masterclass Antienvelhecimento <i>Lierac</i> ®” – certificado	51
Anexo 5: Formação “Como melhor acompanhar as pessoas com diabetes na nova realidade” – certificado	52
Anexo 6: Formação “Guronsan (EXCESSOS) Vs. Guronenergy (ENERGIA) - as diferenças” – certificado	52
Anexo 7: Formação “Cuidados da pele atópica – Nutratopic” – certificado	53
Anexo 8: Formação “Lançamentos <i>Phyto</i> ®” – certificado	54
Anexo 9: Curso “VALORMED – O modelo de gestão dos resíduos da fileira do medicamento” – certificado	55
Anexo 10: Formação “Inovações para os estados carenciais de ferro”	55
Anexo 11: Formação “Durex Intima Protect” – certificado	56
Anexo 12: Formação “Homeoptic” – certificado	57
Anexo 13: Formação “Mag’Fadiga” – certificado	57
Anexo 14: Formação “Incontinência urinária - Conhecer e ajudar” – certificado	58
Anexo 15: Questionário inicial utilizado no âmbito do Projeto I	59
Anexo 16: Apresentação <i>PowerPoint</i> utilizada na formação interna realizada no âmbito do Projeto II	60
Anexo 17: Panfleto realizado no âmbito do Projeto II	70
Anexo 18: Primeira página da tabela dos produtos selecionados para a loja online - Projeto III	72
Anexo 19: Oferta anunciada na loja <i>online</i> - Projeto III	73
Anexo 20: Aspeto geral do menu inicial da loja <i>online</i> - Projeto III	73

Lista de siglas e abreviaturas

ANF - Associação Nacional de Farmácias
Cooprofar - *Cooperativa dos Proprietários de Farmácia*
COVID-19 - *Coronavirus Disease*
DCI - Denominação Comum Internacional
DGAV - *Direção-Geral de Alimentação e Veterinária*
DM - *Diabetes Mellitus*
DM2 - *Diabetes Mellitus* tipo 2
DT - Diretora Técnica
FC - Farmácia de Coimbra
FEFO - *First Expired First Out*
FFP2 - *Filtering Face Piece 2*
IL - Interleucina
INFARMED - *Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I. P.*
IVA - Imposto sobre o Valor Acrescentado
MG - Medicamento Genérico
MNSRM - Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica
MSRM - Medicamentos Sujeitos a Receita Médica
ONV - Operação Nariz Vermelho
OTR - *OneTouch Reveal®*
PV - Prazos de Validade
PVF - Preço de Venda à Farmácia
PVP - Preço de Venda ao Público
RCM - Resumo das Características do Medicamento
SAMS - *Serviços de Assistência Médico-Social do Sindicato dos Bancários do Norte*
SARS-CoV-2 - *Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2*
SI - Sistema Informático
SNS - Serviço Nacional de Saúde
UV - Ultravioleta
VitD - Vitamina D
1,25(OH)2D - 1,25-dihidroxitamina D
25(OH)D - 25-hidroxitamina D

PARTE I

1. Introdução

A farmácia comunitária é o recurso de saúde mais acessível à generalidade dos utentes e frequentemente o primeiro local a que recorrem nos momentos de maior ou menor aflição [1].

A Unidade Curricular de Estágio engloba, como parte do plano de estudos do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas, um estágio profissionalizante que inclui, como sua componente, a farmácia comunitária. Para concluir essa etapa do meu percurso académico estagiei na Farmácia de Coimbra (FC), em Vila Nova de Gaia, entre 9 de novembro de 2020 e 19 de março de 2021. As principais atividades que realizei nesse período estão sumariadas, com referência ao tempo que lhes dediquei, no cronograma seguinte.

Cronograma das principais atividades que realizei ao longo do estágio

	NOVEMBRO 2020	DEZEMBRO 2020	JANEIRO 2021	FEVEREIRO 2021	MARÇO 2021
Receção de encomendas					
Armazenamento					
Controlo de prazos de validade					
Atendimento supervisionado					
Atendimento autónomo					
Determinação de parâmetros fisiológicos e bioquímicos					
Gestão do receituário					
Projeto I					
Projeto II					
Projeto III					

2. A Farmácia de Coimbra

2.1. Localização e horário

A FC, fundada em 1977, situa-se (desde 2016) no número 820 da Rua Machado dos Santos – freguesia de Santa Marinha, Vila Nova de Gaia [2]. Está inserida no rés-do-chão de um prédio habitacional nos andares superiores, junto a uma rotunda que interliga três

localidades de Vila Nova de Gaia: Coimbrões e Candal (freguesia de Santa Marinha) e Canidelo (freguesia). A mudança de instalações para esta zona, mais movimentada e com melhores acessos, veio acrescentar-lhe visibilidade, procura e frequência.

Funciona de segunda a sexta-feira das 9h00 às 13h00 e das 14h00 às 20h00, bem como aos sábados das 9h00 às 13h00 e das 14h30 às 18h00. Cumpre, pois, os limites mínimos estipulados na Portaria n.º 277/2012, de 12 de setembro [3]. Não realiza serviços permanentes e está encerrada aos domingos e feriados.

O horário que regularmente cumpri durante o estágio foi de segunda a sexta-feira, das 10h00 às 13h00 e das 14h00 às 18h00. Apresentei-me ainda, excecionalmente, às 14h30 de um sábado, para aprender as operações a efetuar mais tarde, às 18h00, no fecho.

2.2. Recursos humanos

A equipa de trabalho da FC é constituída por 7 profissionais: a Dra. Carla Ferreira, farmacêutica e Diretora Técnica (DT); a Dra. Lurdes Costa, farmacêutica adjunta substituta; o Dr. João Moreira e a Dra. Rita Machado, farmacêuticos; o Sr. Domingos Ferreira e o Sr. Vítor Rajão, técnicos de farmácia; e o Sr. Vítor Ferreira, responsável pela receção de encomendas. Cumpre, pois, a exigência legal de pelo menos 2 farmacêuticos no quadro [4]. Altamente competente e estabilizada há vários anos, a equipa trabalha com elevado profissionalismo e em conjunto – fatores que propiciam um ambiente amigável e familiar entre colaboradores e com os utentes.

2.3. Perfil de utentes

Nas cercanias da FC há lares de terceira idade, escolas primárias e bairros sociais – donde resulta uma afluência aos seus balcões de um conjunto variado de indivíduos, de diferentes faixas etárias e grupos sociais. Mas a grande maioria dos frequentadores da farmácia são idosos, com patologias e regimes terapêuticos crónicos.

A FC disponibiliza um cartão de fidelização que funciona por acumulação de pontos, proporcionando descontos aos seus clientes, cujas situações económicas são maioritariamente precárias – razão pela qual associa um sistema de crédito facilitador do pagamento das despesas mensais em dívida, nos momentos de maior liquidez, geralmente quando as pensões de reforma são recebidas.

O “utente tipo” da FC é habitual, fidelizado, bem conhecido pelos colaboradores (e vice-versa), o que permite um atendimento muito próximo e personalizado.

A minha presença na ‘sua’ farmácia foi, por isso, inicialmente motivo de estranheza – mas depressa me senti, também, verdadeiramente bem acolhida. Pude assim com imenso proveito lidar – e aprender a lidar – com um leque muito amplo e diversificado de pessoas, o que reforçou fortemente as minhas competências no atendimento.

2.4. Organização do espaço físico

2.4.1. Espaço exterior

A FC é facilmente visível e identificável, desde logo por letreiro exterior com a inscrição “FARMÁCIA DE COIMBRÕES” e pela cruz verde característica, sempre iluminada e a apresentar informações relevantes. Nas suas portas de vidro estão afixadas com evidência informações relativas ao horário de funcionamento e à direção técnica da farmácia, à existência de livro de reclamações e às congéneres do município destacadas nesse dia para serviço permanente (com especificação de localização e contacto). Por outro lado, as montras da sua fachada principal são periodicamente substituídas – designadamente com novos anúncios de promoções e descontos em vigor. Instalada frente a um passeio pedestre largo e sem obstáculos, a acessibilidade de todos os seus potenciais clientes está devidamente garantida. Ou seja, cumpre integralmente todas as regras de Boas Práticas Farmacêuticas legalmente estipuladas para a farmácia comunitária [5].

2.4.2. Espaço interior

A FC é constituída por dois pisos amplos. Possui, como exigido por lei, sala de atendimento, armazém inacessível ao público, laboratório e instalações sanitárias [4].

Na sala de atendimento, no piso zero, existem 5 postos individualizados, equipados (cada um) com computador, impressora, leitor ótico e leitor de cartões de cidadão. Em prateleiras nas paredes (diante de quem é atendido), para lá dos balcões (e inacessíveis ao público) estão expostos medicamentos não sujeitos a receita médica (MNSRM), divididos sazonalmente por classes de problemas de saúde menores e comuns, como obstipação, tosse, alergias. Ao lado, em zona também inacessível (e não visível) ao público, estão arrumados em gavetas e armários, medicamentos sujeitos a receita médica (MSRM), bem como outros produtos farmacêuticos. A área da divisão acessível ao público é limitada por expositores dedicados essencialmente à puericultura, à cosmética e à higiene. Inclui um equipamento de medição de peso, altura e índice de massa corporal e um contentor VALORMED. No mesmo piso há ainda um gabinete privado, destinado sobretudo à determinação de parâmetros fisiológicos e bioquímicos, mas também, sempre que necessário, a atendimentos de cariz mais reservado. Aos sábados, mediante marcação prévia, são prestados serviços de acompanhamento nutricional por parte de uma nutricionista.

No piso inferior situam-se (para além das instalações sanitárias) o gabinete da DT e os já referidos laboratório e armazém inacessível ao público, com posto de trabalho de apoio à gestão e ao abastecimento (encomendas, devoluções, etc.).

2.5. Recursos informáticos

O sistema informático (SI) utilizado na FC é o 4Digital Care[®], da empresa 4DigitalCare Lda. A sua finalidade é dúplice, visando a gestão e o atendimento. Permite a rápida consulta de informação sobre o medicamento, quer na respetiva ficha quer por direcionamento para o Resumo das Características do Medicamento (RCM) facultado pela *Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I.P.* (INFARMED) – possibilidades com forte impacto na diminuição do erro associado à dispensa. No caso dos utentes com cartão de fidelização, as suas fichas informáticas permitem aceder ao seu histórico de aquisições. Os códigos de utilizador e as *passwords* dos colaboradores permitem a rastreabilidade de todos os acessos.

Durante o estágio

Pude explorar as funcionalidades do SI e as que mais utilizei foram as de atendimento, gestão de produtos (realização e receção de encomendas, realização de devoluções, controlos de prazos de validade e de stocks) e gestão das fichas dos clientes (abertura e atualização). O software é de utilização simples e intuitiva.

2.6. Redes sociais

A FC possui contas próprias no *Facebook* e no *Instagram*, onde divulga promoções e informações relevantes sobre cuidados de saúde e prevenção de doenças. São geridas por uma equipa de *marketing* comum às 11 farmácias do grupo *Parcifarma*, em que a FC se integra.

2.7. Adaptações à pandemia COVID-19

A pandemia COVID-19 (*Coronavirus Disease*) forçou (também) a adaptação da FC a um “novo normal”. Foram implementadas medidas de promoção da segurança de toda a equipa e dos utentes, instalados dispensadores de álcool-gel à entrada, para higienização das mãos, bem como em cada balcão de atendimento e nas escadas de acesso ao piso inferior, para os colaboradores. O uso da máscara e a observação da distância de segurança foram imperativos no espaço interior do estabelecimento. Colocados acrílicos nos balcões de atendimento, eram frequentemente desinfetados. Passaram a ser utilizados apenas 3 dos 5 postos de atendimento, para nunca estarem dentro da farmácia mais do que esse número de utentes.

Durante o estágio

As deslocações dos utentes à FC para esclarecimento de dúvidas relativamente à COVID-19, aos diferentes tipos de máscaras e, mais tarde, à vacinação, foram muito frequentes. Tida com local seguro e habituados a visitá-la, aproveitavam a ocasião para conviver um pouco. Tentei por isso sensibilizá-los para que evitassem deslocações desnecessárias e dessem preferência, sempre que possível, a contactos por via telefónica ou por e-mail. Eduquei para o uso correto da máscara – que muitos colocavam cobrindo apenas a boca, retirando-a por vezes para falar e até (diziam) para ouvir melhor, tendo havido quem julgasse que a cirúrgica era lavável, ideia evidentemente errada mas, nalguns casos, difícil de

demover. Sinto que estas intervenções sociais foram muito relevantes – numa farmácia com utentes maioritariamente idosos e com patologias crónicas, grupos cumulativos de especial risco para a COVID-19.

3. Seleção, aquisição e armazenamento

3.1. Gestão de stocks

A correta gestão do *stock* dos medicamentos e produtos farmacêuticos é condição *sine qua non* para o bom funcionamento da farmácia. É fundamental do ponto de vista económico e da produtividade – desde logo pela minimização do tempo desperdiçado na procura de produtos por exemplo inexistentes –, bem como do ponto de vista da fidelização do utente. As operações de seleção e aquisição realizadas na FC podem ser divididas em 3 tipos de encomendas: diárias, diretas a laboratórios e instantâneas.

3.1.1. Encomendas diárias

Na FC são realizadas 5 encomendas diárias (3 de manhã, recebidas durante a tarde, e 2 ao final do dia, recebidas na manhã seguinte), a três distribuidores grossistas: a *Medicanorte*, *Medicamentos do Norte, Lda.*, a *Cooperativa dos Proprietários de Farmácia (Cooprofar)* e a *Empifarma–Produtos Farmacêuticos, S.A.* São geradas automaticamente pelo SI, que considera as prévias definições de *stocks* mínimo e máximo de cada produto, o fornecedor que geralmente o vende e o volume das dispensas nos meses anterior e atual. Realizada a verificação manual e introduzidas as alterações necessárias, geralmente pela DT, o pedido é enviado. A confirmação dos produtos a encomendar tem em vista que as farmácias são obrigadas a ter disponíveis pelo menos três medicamentos com as mesmas substâncias ativas, forma farmacêutica e dosagem que suplementarmente pertençam, quanto aos preços, ao conjunto dos cinco mais baratos de cada grupo homogéneo [6].

3.1.2. Encomendas diretas

As encomendas diretas são as realizadas, normalmente em grandes quantidades, diretamente aos laboratórios. Geram bonificações, descontos ou outros benefícios para a farmácia. Podem ser requisitadas em duas situações: uma vez por ano (a regular), com distribuição em parcelas ao longo dos diferentes meses; e a ditada pelo *stock*, quando fica reduzido – o que sucede mais frequentemente com produtos de puericultura, cosmética e higiene corporal.

3.1.3. Encomendas instantâneas

As encomendas instantâneas são realizadas essencialmente durante o atendimento, quando se verifica a falta de um determinado produto. Podem ser feitas imediatamente através do SI ou por telefone. O fornecedor principal a que a FC recorre para o efeito é a *Cooprofar*.

Para medicamentos que se encontram frequentemente esgotados ou rateados, o INFARMED criou em 2015 uma via excecional de aquisição, o canal Via Verde, com o intuito de facilitar aos utentes o acesso a estes produtos e evitar interrupções da terapêutica causadas por quebras de *stock*. É possível nestes casos, com receita médica válida, encomendar estes produtos específicos (e listados) a distribuidores aderentes ao projeto Via Verde, que satisfazem o pedido com o *stock* reservado para o efeito e fazendo a respetiva entrega na farmácia com a maior brevidade possível [7].

Durante o estágio

Acompanhei com frequência e foi-me sendo ensinada a realização de encomendas diretas a laboratórios, bem como de encomendas diárias, que realizei algumas vezes – de início, com a supervisão da DT e mais tarde de forma autónoma. No atendimento, realizei encomendas instantâneas quase diariamente, via SI e telefónica. Não realizei nenhuma encomenda Via Verde, mas o processo foi-me explicado e é bastante simples.

Quanto aos stocks, corriji-os por vezes, após contagem física, e reajustei limites mínimos e máximos nas fichas dos produtos.

Depois de emitir, no mês de janeiro, uma lista de “stocks parados” (produtos sem saídas registadas no ano anterior), avaliei a sua rotação em três estabelecimentos associados à FC, todos do grupo Parcifarma, para apurar se faria sentido enviá-los (a preço de custo) para algum. Concluído que sim, verificado o interesse das farmácias em questão e definido o destino de todos os produtos a transferir, tratei de os enviar e da sua faturação. Esta tarefa – tão relevante para a diminuição do desperdício de bens farmacêuticos e dos custos inerentes à sua aquisição, ao seu armazenamento e à sua conservação – pude realizá-la autonomamente.

3.2. Receção de encomendas

As encomendas chegam à FC em caixas de cartão ou de plástico (‘banheiras’) seladas, devidamente identificadas, juntamente com as respetivas faturas ou guias de remessa. Os produtos que requerem condições especiais de armazenamento vêm com sistema de refrigeração e têm prioridade na receção e armazenamento.

A receção física dos produtos é efetuada em área própria, no armazém do piso inferior, e a informática, no SI em uso, mobilizando-se para o efeito o menu da receção de encomendas, sempre com a fatura presente. Selecionado o fornecedor desejado, prossegue-se para a encomenda a rececionar. No caso de se tratar de uma encomenda instantânea por telefone, faz-se (no SI) uma “receção direta”, manualmente criada. Em termos ideais, quando é dada

entrada aos produtos, devem (todos) ser registados, um a um, pelo leitor ótico. Verificam-se depois os prazos de validade (PV), que devem ser atualizados no SI caso sejam inferiores aos que aí constam ou introduzidos *ex novo* caso o *stock* do produto seja nulo. Por fim, é necessário conferir a adequação da fatura e dos bens faturados, aos bens rececionados, bem como a existência de descontos ou bonificações e os preços de venda à farmácia (PVF) de todos os produtos. No caso dos produtos sem preço de venda ao público (PVP) marcado, designados *Nett*, é necessário calculá-lo, com base no PVF, no imposto sobre o valor acrescentado (IVA) e na margem de lucro aplicada pela farmácia. Esses produtos são depois etiquetados com o PVP estabelecido.

Se existir reserva paga de algum produto, o respetivo *stock* é geralmente negativo e o SI alerta o utilizador no momento em que dele seja dada entrada: a impressora imprime automaticamente um talão que identifica o produto em causa e quem realizou a reserva, informando ainda que o produto foi pago.

No último passo da receção de uma encomenda conferem-se os valores totais, que devem coincidir, na fatura e no computador. Finalizada a receção, identifica-se no SI o número da fatura ou guia de remessa correspondente e arquiva-se o original.

Durante o estágio

Esta foi a primeira tarefa que realizei no meu estágio. Nos primeiros dias, o processo foi acompanhado e supervisionado pela DT. Posteriormente e ao longo do primeiro mês, passei a assegurá-lo de forma independente, apenas solicitando ajudas ocasionais, nomeadamente quando tinha dúvidas relativamente a margens de lucro a aplicar. Foi uma atividade de que gostei muito, principalmente porque me permitiu ambientar com os diferentes produtos e as potencialidades do SI. Para me esclarecer relativamente a algum medicamento, aprendi a consultar a ficha do produto e todos os seus separadores, o que foi muito útil pois permitiu-me relembrar indicações terapêuticas, mecanismos de ação e posologias, bem como, posteriormente, agilizar o atendimento de utentes com dúvidas que justificassem essa consulta.

3.3. Devoluções e reclamações

Detetam-se por vezes, na receção, incongruências que originam reclamações e/ou devoluções. É o caso das deteriorações ou inconformidades na embalagem dos produtos e dos produtos não encomendados, não entregues ou entregues em quantidade errada. É então necessário contactar o fornecedor e reclamar. A devolução pode ainda fundar-se, designadamente, na desistência da reserva de um produto, em engano no pedido e na ultrapassagem ou insuficiência do PV. Podem ainda realizar-se devoluções por ordem de organismos superiores, nomeadamente quando um produto é retirado do mercado.

Nestes casos, recorre-se ao SI para emitir uma nota de devolução, em que é identificado o fornecedor, o(s) produto(s), a quantidade, o número da fatura de origem, o PV e o motivo da devolução. As notas de devolução são impressas em triplicado, assinadas e

carimbadas. O documento original e o duplicado são enviados para o fornecedor, em conjunto com o(s) produto(s), e o triplicado é arquivado na farmácia.

Durante o estágio

Procedi à realização de reclamações e de devoluções. Exemplos a falta de uma chupeta da Chicco® faturada como bónus e a faturação e o envio de uma embalagem de Quetiapina 50 mg da Ciclum® que não tinha sido pedida. Contactei o fornecedor por via telefónica, pedi o envio da chupeta em falta e procedi à devolução da Quetiapina, com pedido de emissão da correspondente nota de crédito. Também por múltiplas vezes devolvi produtos cujos PV estavam prestes a terminar.

3.4. Armazenamento

Após receção e conferência das encomendas, os medicamentos e produtos farmacêuticos são armazenados. Os associados a reservas pagas são arrumados em local específico, separados dos demais. Os restantes são armazenados em diferentes zonas da farmácia. A maior parte dos MSRM cujas formas farmacêuticas são comprimidos, cápsulas e sistemas transdérmicos são armazenados num sistema de múltiplas gavetas deslizantes colocado no piso zero. As gavetas estão divididas em dois grandes grupos: a metade esquerda destina-se aos medicamentos originais, que são organizados por ordem alfabética dos nomes comerciais; a metade direita destina-se aos medicamentos genéricos (MG), organizados por ordem alfabética de denominação comum internacional (DCI). Nas gavetas do topo são ainda armazenados os granulados e as ampolas bebíveis, bem como os estupefacientes e psicotrópicos, estes em gaveta fechada à chave. As soluções injetáveis, inaladores, colírios e gotas orais e auriculares, produtos utilizados por utentes diabéticos (tiras, agulhas), medicamentos de aplicação vaginal, supositórios e outras preparações retais, medicamentos de uso veterinário, cremes, pomadas e géis, têm gavetas específicas, devidamente identificadas. Os produtos que não cabem no sistema de gavetas, como as formas farmacêuticas líquidas (xaropes, suspensões), o material de penso (compressas, ligaduras, gaze), os champôs, entre outros, são armazenados num armário junto ao sistema de gavetas. Insulinas, vacinas e outros produtos que requerem refrigeração são acondicionados num frigorífico de temperatura controlada. Todos estes produtos são igualmente organizados por ordem alfabética e estão inacessíveis ao público.

Atrás dos balcões de atendimento estão expostos MNSRM e outros produtos de venda livre. Na restante área, acessível ao público, estão sobretudo expostos produtos de puericultura, de higiene corporal e cosméticos, como já descrito *supra*, em 2.4.2.

Todos os medicamentos e produtos farmacêuticos cujo *stock* total não cabe nas respetivas zonas destinadas no piso zero, têm um *stock* de reserva no armazém do piso inferior, onde são igualmente armazenados alguns produtos sazonais que só estão expostos em determinada época do ano, como é o caso dos protetores solares.

Um correto armazenamento dos medicamentos e produtos farmacêuticos garante a conservação das suas propriedades. É essencial que fiquem protegidos da ação de fatores externos, impondo-se para tanto a manutenção de adequadas condições de limpeza, iluminação, temperatura, humidade e ventilação [5, 8]. De um modo geral, os medicamentos devem ser armazenados em ambientes com temperatura inferior a 25°C e humidade inferior a 60%. Os medicamentos que necessitam de refrigeração devem ser armazenados a temperaturas entre 2 e 8°C. Estas condições devem ser constantemente monitorizadas e registadas [5, 8], o que acontece na FC com recurso a 4 termohigrómetros distribuídos pelas várias zonas de armazenamento e conservação.

Durante o estágio

O armazenamento e a (re)organização dos diferentes medicamentos e produtos existentes na FC foram outras das minhas primeiras tarefas, mas continuei posteriormente a realizá-las. Familiarizar-me com os diferentes locais de armazenamento permitiu-me depois agilizar e ganhar eficácia no processo de atendimento.

Fui-me apercebendo no decurso do estágio que a gestão das reservas pagas podia ser melhorada. Os produtos reservados eram arrumados numa estante pequena e baixa, por ordem alfabética de DCI ou nome comercial. Com o acumular de várias reservas, os produtos ficavam desordenados, empilhados e sobrepostos, tornando-se difícil localizá-los. Os correspondentes talões identificadores, automaticamente impressos aquando da entrada dos produtos no SI, eram agrupados num clipe, em molhe. Aí deveriam ser encontrados por ocasião das respetivas dispensas, o que impunha desperdícios de tempo no atendimento. O sistema foi por isso alterado, conjuntamente por mim e pela DT: o talão identificativo das reservas passou a ser enrolado e fixado em volta dos produtos, com um elástico, no momento em que deles era dada entrada no SI; passaram depois a ser ordenados alfabeticamente pelos nomes dos utentes titulares das reservas, num armário com 5 gavetas, a cada uma das quais foi destinado um conjunto de letras, para simplificação da procura. Todos os colaboradores consideraram que esta mudança tornou o processo muito mais rápido e eficiente.

3.5. Gestão dos prazos de validade

O armazenamento dos produtos obedece, na FC, à máxima *First Expired First Out* (FEFO). Deste modo, os produtos são armazenados de forma a garantir que os de PV inferior são os primeiros a ser dispensados. Adicionalmente, todos os meses é impressa, através do SI, uma lista com todos os produtos cujo PV expira entre o mês então em curso e os dois seguintes, para recolha e colocação em local separado, de modo a que não sejam comercializados – tudo em conformidade com as normas em vigor [8]. Esses produtos são depois devolvidos ao fornecedor ou ao laboratório.

Durante o estágio

Fui responsável, nos primeiros meses do meu estágio, pela impressão da referida lista de PV e bem assim pela recolha dos medicamentos nela enumerados – o que me permitiu familiarizar-me melhor ainda com os diferentes locais de armazenamento dos produtos, especialmente os cosméticos e os de higiene corporal, ou seja, aqueles com que menos lidava aquando do armazenamento das encomendas diárias. Verifiquei que alguns PV das listas não estavam atualizados, pelo que não correspondiam ao verdadeiro PV assinalado nas embalagens dos produtos – e aproveitei para proceder às retificações pertinentes no SI. Imprimi ainda (no último mês) uma lista dos medicamentos sem PV inserido no SI e atualizei as respetivas fichas.

3.6. Quebras

Quando um produto ultrapassa o seu PV ou se encontra danificado, e nem o distribuidor grossista nem o laboratório aceitam a sua devolução, verifica-se uma “quebra”. O produto é então recolhido e armazenado em local próprio, separado dos restantes, e no final do ano é inserido em lista a enviar para as Finanças, que a todos relaciona. A farmácia declara que não os vendeu e, por isso, não lhe é cobrado o IVA correspondente. Por fim, são enviados para destruição por uma empresa de tratamento de resíduos.

Durante o estágio

Recolhi diversos produtos com PV ultrapassado para “quebras” e o restante processo foi-me devidamente explicado.

4. Dispensa de medicamentos e produtos farmacêuticos

4.1. O papel do farmacêutico

O uso racional do medicamento é responsabilidade de todos, mas o contributo do farmacêutico é determinante. Situa-se entre a seleção e a administração do medicamento, pelo que é a ‘peça’ central do processo. A “dispensa” é uma tarefa complexa, vai muito para além da simples entrega dos medicamentos prescritos ou solicitados, cabendo ao farmacêutico a avaliação atenta da situação do utente e da adequabilidade da medicação, bem como o aconselhamento capaz de garantir um correto uso do medicamento [5, 9].

Durante o estágio

Observei com todo o cuidado o processo de atendimento desde o primeiro dia do meu estágio. Ao longo do primeiro mês, fui atendendo os utentes sempre acompanhada ou supervisionada. A partir do segundo mês, comecei a fazê-lo de forma crescentemente autónoma, sempre contando, em caso de dúvida, com a ajuda de toda a equipa da FC, o que me deu bastante segurança. O atendimento ao balcão foi, até ao final, a minha prioridade, sendo que no exercício dessa função fui ficando cada vez mais independente. Ao contrário do

que supunha, a dispensa clínica fascinou-me. Permitiu-me compreender o verdadeiro impacto da profissão na vida do utente. Nem sempre foi tarefa fácil: descobrir como comunicar com utentes de diferentes tipos sociais e etários pode ser e foi um desafio. Gratificante (acrescento).

4.2. Medicamentos sujeitos a receita médica

Segundo o Estatuto do Medicamento, estão sujeitos a receita médica os medicamentos que: “possam constituir um risco para a saúde do doente, direta ou indiretamente, mesmo quando usados para o fim a que se destinam, caso sejam utilizados sem vigilância médica”; “possam constituir um risco, direto ou indireto, para a saúde, quando sejam utilizados com frequência em quantidades consideráveis para fins diferentes daquele a que se destinam”; “contenham substâncias (...) cuja atividade ou reações adversas seja indispensável aprofundar”; ou que se destinem “a ser administrados por via parentérica” [9]. Dividem-se em: MSRM não renovável (todos os que não se incluem nas categorias seguintes); MSRM renovável, quando se destinam a doenças ou tratamentos prolongados, podendo ser adquiridos mais do que uma vez sem necessidade de nova prescrição; MSRM especial, caso dos estupefacientes e psicotrópicos; e MSRM restrita, de utilização reservada a meios especializados, como os medicamentos de uso hospitalar exclusivo [9].

Durante o estágio

Dispensei, todos os dias, inúmeros MSRM. Tentei fazê-lo sempre de forma personalizada, não automatizada. Sobretudo (mas não só) quando se tratava de terapêuticas novas, as dúvidas dos utentes, em cujo esclarecimento me empenhei, eram muito frequentes. Notei por exemplo que quando os regimes posológicos vinham descritos nas receitas médicas no formato “0+0+0”, a generalidade dos utentes não as compreendia. Nesses casos optei, sempre que me pareceu oportuno, por complementar a explicação oral com posologia escrita nas próprias embalagens dos medicamentos, o que os utentes apreciaram bastante. Gostei particularmente de dispensar suspensões orais de antibióticos, embora não tenham sido muito frequentes. Foi a tarefa que executei mais próxima do que seja uma manipulação.

Destaco (pela sua relevância) um atendimento em particular: Uma senhora com cerca de 60 anos dirigiu-se à FC com uma prescrição médica de Tramadol + Paracetamol (37,5 mg + 325 mg), solicitando o medicamento original, Zaldiar®, e ainda (à parte) uma embalagem de Ben-u-ron® 1 g. Alertei-a para a circunstância de que o Ben-u-ron® 1 g é um MSRM e coloquei-lhe depois algumas questões. Percebi então que os medicamentos eram para o seu marido, que padecia de dores nas costas que dizia insuportáveis. Tencionava intercalar a toma dos dois medicamentos. Expliquei-lhe que não o podia fazer cumulativamente por serem dois medicamentos com uma substância ativa comum (Paracetamol), ou seja, por haver um manifesto risco de sobredosagem. Este exemplo permite extrair uma tríplice conclusão: a exigência de receita médica, preventiva de evidentes riscos, deve ser escrupulosamente respeitada; o atendimento na farmácia proporciona oportunidades de esclarecimento

adequadas a reforçar as próprias prevenções de risco visadas nessa exigência (a dita senhora não foi seguramente tentar adquirir o medicamento em questão por via alternativa, pois foi devidamente esclarecida); a farmácia pode evitar comportamentos de risco e assumir, na relação que estabelece com quem a procura, feições pedagógicas muito relevantes em matéria de uso de medicamentos e produtos farmacêuticos (de cuidados de saúde).

4.2.1. Prescrição médica e validação farmacêutica

Ao longo dos últimos anos, a prescrição tem evoluído assinalavelmente no sentido da sua completa desmaterialização. Deve, hoje, ser feita por via eletrónica e só excecionalmente por via manual [9]. A prescrição eletrónica pode ser materializada ou desmaterializada. No futuro a forma desmaterializada será a única em uso [6, 9]. Seja qual for o tipo de receita, a prescrição tem de incluir a DCI, a forma farmacêutica, a dosagem, a apresentação (dimensão da embalagem) e a posologia [6, 9]. Em algumas situações, o médico prescriptor pode optar por recorrer ao nome comercial (em vez da DCI), por exemplo: quando não existem similares para o medicamento de marca prescrito; quando para determinado medicamento original não existem MG comparticipados ou por justificação técnica do prescriptor, numa das seguintes situações: a) Medicamento com margem ou índice terapêutico estreito (como a levotiroxina sódica); b) Intolerância ou reação adversa, reportada ao INFARMED, para um medicamento com a mesma substância ativa, mas identificado com outro nome comercial; c) Medicamento utilizado em tratamento com duração estimada superior a 28 dias [6, 9].

4.2.1.1. Prescrição manual

A prescrição manual só é permitida em casos excecionais [6]. Em tais situações o prescriptor tem de assinalar com uma cruz, no canto superior direito da receita, o motivo de exceção, entre os quatro seguintes: a) Falência informática; b) Inadaptação fundamentada do prescriptor, previamente confirmada e validada anualmente pela respetiva Ordem Profissional; c) Prescrição no domicílio; d) Outras situações, até 40 receitas/mês [6]. Além disso, para uma receita manual ser válida tem de apresentar: nome e número de utente do Serviço Nacional de Saúde (SNS); identificação do local de prescrição; vinheta identificativa do médico prescriptor, especialidade médica (se aplicável), contacto telefónico e assinatura; entidade financeira responsável; regime especial de comparticipação de medicamentos e despacho associado (se aplicável); identificação do medicamento; justificação técnica (se aplicável); e data da prescrição. Adicionalmente, deve ser efetuada com um único tipo de caneta e não pode conter rasuras ou caligrafias diferentes. As receitas têm validade de 30 dias após data de emissão [6]. Aquando da dispensa é necessário inserir manualmente no SI os medicamentos prescritos e os planos de comparticipação. No final imprime-se no verso da receita a informação relativa aos medicamentos dispensados, sistema de comparticipação associado, lote e número da

receita. Depois de assinado pelo utente o documento é datado, carimbado e assinado pelo responsável pela dispensa – e guardado na farmácia.

A principal desvantagem associada às receitas manuais é a obrigatoriedade da sua dispensa na íntegra. Ou seja, se o utente optar por levantar apenas parte da medicação prescrita, perde imediatamente o seu acesso à restante.

Durante o estágio

Contactei mais do que esperava com receitas manuais. A principal dificuldade que senti foi na identificação dos fármacos prescritos, devido por um lado à minha inexperiência e, por outro, às caligrafias com que as mesmas são redigidas, tantas vezes quase indecifráveis. Além disso, este tipo de receitas requer uma atenção redobrada na verificação de que todos os campos se encontram devidamente preenchidos e de que estão dentro do seu prazo de validade. Na dúvida, recorri à equipa da FC para uma segunda (e por vezes terceira) opinião.

4.2.1.2. Prescrição eletrónica

As receitas eletrónicas materializadas e desmaterializadas apresentam, para além do número de receita, códigos de dispensa e de opção que permitem o acesso às mesmas através do SI. Diferem entre si na forma de apresentação: papel *versus* formato digital (via *sms* ou e-mail). O conjunto de informações que devem apresentar, de que depende a sua validade, é semelhante ao das receitas manuais, com a vantagem de a sua validação ser realizada automaticamente pelo SI [6]. As receitas eletrónicas materializadas têm em regra uma validade de 30 dias contados da data de emissão [6] e têm de ser integralmente dispensadas, tal como as manuais. As desmaterializadas, por seu turno, têm a vantagem de permitir o levantamento parcial e espaçado dos medicamentos, conforme as necessidades e preferências do utente.

Em agosto de 2020 entrou em vigor a Portaria n.º 284-A/2016, de 4 de novembro, que veio limitar as farmácias à dispensa de “um máximo de 2 embalagens, por linha de prescrição, ou de 4 embalagens, no caso das embalagens em dose unitária, por mês”, só podendo dispensar quantidades superiores mediante a seleção de uma das seguintes justificações: “a) A quantidade de embalagens necessária para cumprir a posologia” ser “superior a 2 (ou 4, no caso de embalagem unitária) embalagens por mês; b) Extravio, perda ou roubo de medicamentos; c) Dificuldade de deslocação à farmácia; d) Ausência prolongada do país” [10]. O SI cruza a informação e quando o utente atinge o limite permitido a dispensa é bloqueada, só sendo possível avançar depois de escolhida uma das referidas justificações.

Durante o estágio

*As prescrições com que mais frequentemente contactei foram as eletrónicas desmaterializadas. A diminuição do número de consultas presenciais provocada pela pandemia COVID-19 tornou cada vez mais habitual o envio das prescrições por *sms*. No entanto, sobretudo para os utentes mais idosos, é manifesta a preferência pelo formato em papel. Apresentam-se quase sempre acompanhados pelo respetivo guia de tratamento – que inclui*

os códigos necessários para a abertura informática da prescrição, permitindo ao utente gerir muito melhor a sua medicação pois consegue visualizar os medicamentos que ainda tem disponíveis e até quando –, ao contrário do que acontece com as prescrições via sms, que muitas vezes optei por imprimir, atualizando depois manualmente (após dispensa) as quantidades que podiam ser posteriormente adquiridas.

As novas normas relativas à quantidade de embalagens dispensáveis geraram muita insatisfação. Quando os utentes cumpriam os critérios para exceção, recorri às justificações pertinentes. Tendo em conta o perfil de utentes da FC, a que mais utilizei foi a de “Dificuldade de deslocação à farmácia”.

4.2.2. Regimes de comparticipação

A lei prevê a possibilidade de comparticipação de medicamentos através de um regime geral e de um regime especial (também designado excecional). No regime geral, o Estado é responsável por pagar uma percentagem do PVP dos medicamentos, fixada de acordo com os seguintes escalões: A - 90%; B - 69%; C - 37%; D - 15% – definidos de acordo com a classificação farmacoterapêutica do medicamento [11]. No regime especial, aplicável a situações específicas que abrangem determinadas patologias (como a doença de Alzheimer) ou grupos de doentes (como pensionistas) [11, 12], à comparticipação dos medicamentos definida no regime geral acresce uma comparticipação suplementar variável. Além destes regimes há comparticipações associadas a outras situações, como a dos produtos destinados ao autocontrolo da Diabetes *mellitus* (DM), de 85% do PVP nas tiras-teste e de 100% do PVP em agulhas, seringas e lancetas [13].

4.2.2.1. Subsistemas de saúde privados

Para além do SNS, universal, existem diversos subsistemas de saúde, criados no âmbito de ministérios governamentais, empresas bancárias, seguradoras e outras instituições, para prestação de cuidados de saúde aos seus trabalhadores e outros beneficiários, que os utentes, estando nas condições requeridas, podem livremente subscrever [14]. Exemplos: o SAMS (*Serviços de Assistência Médico-Social do Sindicato dos Bancários do Norte*) e o EDP Sâvida. Os aderentes são titulares de um cartão próprio e para os medicamentos incluídos o custo é menor. Na dispensa é necessário inserir o número do cartão no SI e por vezes tirar-lhe uma fotocópia para anexar a um talão impresso que, tal como nas receitas manuais, discrimina os medicamentos dispensados, a assinar pelo utente.

4.2.3. Medicamentos genéricos

Um MG é um medicamento com as mesmas forma farmacêutica e composição qualitativa de substâncias ativas que demonstrou, por apropriados estudos de biodisponibilidade, ser bioequivalente ao medicamento de referência [9].

Durante o estágio

Apercebi-me que, de um modo geral, os utentes aceitam bem os MG e têm preferência pelos mesmos, sobretudo em regimes crónicos de medicação. Ainda assim, foi comum ouvir nos atendimentos as típicas perguntas: “Mas é a mesma coisa?” ou “faz o mesmo efeito?”. No aviamento de receitas foi também frequente, perante a pergunta: “Quer o medicamento de marca ou um genérico?”, obter respostas como: “O mais barato” ou “o que o médico escolheu” – caso, este, que pode revelar desconhecimento quer das regras da prescrição, quer do próprio direito à escolha por parte do utente.

Foi clara, quando em causa antibióticos, a preferência por originais. Muitos utentes patentearam preconceitos infundados e ideias desajustadas relativamente aos genéricos, por supostamente serem de inferior qualidade ou menos eficazes. Tentei sempre desmistificar crenças equivocadas e assegurar a sua equivalência aos originais.

4.2.4. Casos especiais

4.2.4.1. Medicamentos psicotrópicos e estupefacientes

Os psicotrópicos e estupefacientes são das substâncias mais controladas em todo o mundo. Apesar de trazerem benefícios terapêuticos a um número alargado de situações de doença – se usados de forma correta e orientada –, por serem normalmente associados a atos ilícitos e fenómenos de habituação e dependência, o respetivo circuito de dispensa é fortemente regulado [15, 16]. Requer obrigatoriamente a apresentação de receita médica válida [15] e registo no SI de informações adicionais relativas ao utente ou ao indivíduo que a levanta (que podem ou não coincidir). Na FC recorre-se para o efeito aos leitores de cartões de cidadão. No final do atendimento é impresso um talão com os dados recolhidos, a medicação dispensada, a data e a identificação quer do médico prescriptor quer da farmácia, a arquivar por esta em pasta própria.

Mensalmente, procede-se à gestão dos psicotrópicos e estupefacientes, verificando-se as respetivas entradas e saídas. É depois enviada uma lista de saídas ao INFARMED, obrigatoriamente concordante com os talões arquivados.

Durante o estágio

Fiz várias dispensas de estupefacientes e psicotrópicos, cuja gestão acompanhei no mês de fevereiro. Pude perceber que a maioria dos utentes já estava habituada ao processo, logo apresentando o documento de identificação sem hesitações.

4.2.4.2. Vendas suspensas

A venda suspensa consiste na dispensa de MSRM sem prescrição médica – o que é uma incongruência a que deve recorrer-se apenas em circunstâncias específicas e excecionais. Em tais situações o utente, dada a falta de receita, não pode usufruir da comparticipação, pelo

que paga o preço do medicamento na totalidade. Posteriormente, apresentando receita válida, pode sanar a falta e reaver o valor da comparticipação. Na FC as vendas suspensas são efetuadas esporadicamente a utentes com doenças crónicas e histórico de uso da medicação em causa registado no SI.

Durante o estágio

Pude perceber que a dificuldade de estabelecer contacto com os médicos, inerente à pandemia COVID-19, determinou um aumento significativo das vendas suspensas. Surpreendente foi a quantidade de utentes a solicitá-las para aquisição de ansiolíticos e de antibióticos (sobretudo para tratamento de infeções urinárias autodiagnosticadas).

4.2.5. Gestão do receituário

A gestão do receituário é aplicada às receitas manuais, às receitas eletrónicas materializadas e a todas as dispensas que envolvam subsistemas de saúde privados, uma vez que, nestas, a validação no SI não é automática. Há, pois, que confirmar novamente se todos os requisitos anteriormente descritos estão preenchidos e se a informação impressa no verso da receita, com os produtos dispensados, corresponde aos prescritos. Em seguida os documentos são divididos por organismo de comparticipação e por lote. Cada lote tem no máximo 30 receitas do mesmo tipo e está associado a um Verbete de Identificação de Lote gerado informaticamente. Cada Verbete discrimina todas as receitas presentes no lote, o PVP associado, o valor pago pelo utente e o valor correspondente à comparticipação. No final são impressos o documento de Relação de Resumo de Lotes e a fatura associada. A documentação relativa à comparticipação pelo SNS é enviada ao Centro de Conferência de Faturas. A restante é enviada à Associação Nacional de Farmácias (ANF), que a separa e envia para as diferentes entidades responsáveis pelos subsistemas de saúde. A ANF adianta à farmácia o valor da comparticipação e os organismos pagam à ANF. Se durante o processo for detetado algum erro, a farmácia tem de devolver (à ANF) a respetiva comparticipação.

Durante o estágio

Acompanhei a gestão do receituário do mês de janeiro. No mês seguinte, fui eu a responsável. O processo é burocrático e moroso, requerendo muita atenção por parte de quem o executa. Consegui assumi-lo sozinha, mas com dúvidas, prontamente debeladas pelo responsável da tarefa. No decurso da conferência o único erro que detetei foi na escolha do organismo responsável pela comparticipação de uma receita, que imediatamente corriji no SI.

4.3. Medicamentos não sujeitos a receita médica

Os medicamentos que não preenchem as condições de MSRM referidas em 4.2 são considerados MNSRM e, na sua maioria, não são comparticipáveis [9]. Grande parte destes medicamentos pode ser (desde 2005) vendido ao público fora das farmácias, em parafarmácias e noutros estabelecimentos [17] em que a sua dispensa não é, em regra, efetuada por

farmacêuticos. Em 2013 foi definida uma nova subcategoria de MNSRM, de dispensa exclusiva em farmácia, mediante protocolos adequados ao seu perfil de segurança ou indicações terapêuticas [18]. É o caso, por exemplo, do Ibuprofeno 400 mg e do Ulipristal 30 mg [19].

4.3.1. Indicação farmacêutica

A indicação farmacêutica é um ato profissional do farmacêutico. Nele assume a responsabilidade da seleção de um MNSRM ou outro produto de saúde, bem como de aconselhar medidas não farmacológicas, com o objetivo de tratar uma afeção menor, ou seja, um “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” [20]. É frequente o pedido de ajuda, na farmácia, para a resolução de um problema de saúde, mas é igualmente comum a solicitação direta de um medicamento específico. Ora saber o nome de um medicamento é muito diferente de o conhecer – e as farmácias comunitárias oferecem garantias e credenciais em falta noutros estabelecimentos. Para seleção do produto mais adequado, o farmacêutico deve recolher um conjunto de informações relevantes, tais como, entre outros aspetos de interesse consoante o caso: quem é o utente afetado pelo problema, quais as suas características, quais os sinais e sintomas associados (frequência, duração, etc.), que medicação toma regularmente, se já recorreu a alguma substância para tentar apaziguar as queixas [20]. Cabe-lhe depois avaliar se a melhor opção é a indicação farmacêutica, outro serviço farmacêutico ou outro serviço de saúde [20]. É ainda importante, conforme a afeção e se possível, monitorizar o progresso da situação em determinado período.

Durante o estágio

A indicação farmacêutica foi a parte do meu estágio em que senti maior insegurança e dificuldade, por ser uma tarefa que exige não só um grande conhecimento do universo dos medicamentos e produtos farmacêuticos, mas também experiência no reconhecimento de sinais e sintomas associados a determinadas afeções. Muitos foram os atendimentos em que pedi auxílio aos vários elementos da equipa da FC. Com o tempo fui aprendendo e (sinto) melhorando, penso que consideravelmente, a selecionar melhor as perguntas a fazer e a identificar com segurança acrescidas situações repetidas tantas vezes.

Deparei-me com vários casos de solicitação direta de medicamentos específicos – fundada em equívocos quanto às respetivas indicações terapêuticas. Dois exemplos:

Uma senhora, com cerca de 80 anos, pediu uma embalagem de Paramolan® C (500 mg de Paracetamol + 250 mg de Vitamina C). Pretendia dar esse medicamento ao neto quando sentisse frio à noite. Mas o neto não tinha qualquer sintoma, fosse dor, febre ou outro. Uma outra senhora, com cerca de 70 anos, pretendia comprar uma pomada de Bacitracina, aconselhada pela filha, para aplicar no corpo todo, porque sentia muita comichão depois do banho. Tomava banho com água muito quente e a sua pele estava visivelmente ressequida.

Em ambos os casos expliquei às utentes a composição dos medicamentos que me haviam solicitado e quais as situações para que estavam indicados, de modo a que entendessem que não fazia sentido dispensá-los. Aconselhei a primeira a medir a temperatura corporal do neto e sugeri-lhe, na ausência de febre, medidas não farmacológicas simples. À segunda aconselhei um creme corporal hidratante e calmante para aplicar depois do banho, bem como a diminuir a temperatura da água e a sua duração.

4.4. Outros medicamentos e produtos farmacêuticos

4.4.1. Medicamentos de uso veterinário

O medicamento de uso veterinário, importante para a saúde e bem-estar dos animais, bem como para a proteção da saúde pública [21], 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 (...) a restaurar, corrigir ou modificar funções fisiológicas” [21]. Na sua rotulagem deve vir inscrita a menção “USO VETERINÁRIO”, em fundo verde [21]. A grande maioria é de venda livre e o farmacêutico tem um papel significativo na sua dispensa. Na FC existem alguns, sobretudo destinados a animais de companhia.

Durante o estágio

Desta categoria, dispensei quase exclusivamente desparasitantes externos e internos, sempre para cães ou gatos. A maioria dos utentes estava bem informada, o que me surpreendeu. Deparei-me também com receitas médico-veterinárias destinadas à dispensa de medicamentos de uso humano para uso em animais.

4.4.2. Suplementos alimentares

Em circunstâncias normais uma alimentação equilibrada e variada facultava todas as substâncias e nutrientes necessários à boa manutenção da saúde [22], o que, no entanto, nem sempre se verifica. Por isso, os suplementos alimentares – géneros alimentícios que constituem uma fonte concentrada de substâncias nutritivas [22] – podem ser um complemento útil. Não são medicamentos, pelo que não podem reivindicar propriedades profiláticas, de tratamento ou curativas de doenças humanas, e a sua ingestão excessiva (por exemplo, de vitaminas e minerais) pode provocar efeitos adversos [22], pelo que deve sempre ser orientada por um profissional de saúde. A sua tutela é da responsabilidade da *Direção-Geral de Alimentação e Veterinária* (DGAV).

Durante o estágio

Notei uma elevada procura de suplementos alimentares por parte dos utentes. O interesse nos associados ao fortalecimento do sistema imunitário, particularmente de Vitamina

D (VitD), foi uma constante em todo o meu estágio, o que desencadeou o meu interesse num dos temas desenvolvidos na Parte II deste relatório. Suplementos dirigidos a estados de ansiedade e fadiga muscular e mental foram também muito frequentemente solicitados.

4.4.3. Produtos cosméticos e de higiene corporal

Produto cosmético e de higiene corporal é “qualquer substância ou preparação destinada a ser posta em contacto com as diversas partes superficiais do corpo humano”, com a finalidade, exclusiva ou principal, de as “limpar, perfumar, modificar o seu aspeto”, proteger ou manter “em bom estado”, bem como “de corrigir os odores corporais” [24]. A FC dedica a estes produtos uma extensa área acessível ao público. Aí se destacam, entre outras, as marcas *Lierac®*, *Jowaé®*, *Phyto®*, *Marti Derm®*, *Babé®* e *Parodontax®*.

Durante o estágio

Uma grande parte dos utentes que utiliza este tipo de produtos está já fidelizada. Solicita-os por isso diretamente. Mas também me foram pedidos aconselhamentos, sobretudo para cuidados de rosto, queda de cabelo e frieiras. Área pela qual sempre me interessei, não me colocou grandes dificuldades. No entanto, face à diversidade de produtos existentes, tanto as formações que neste domínio realizei como os conhecimentos que a equipa da FC me transmitiu foram essenciais. Ajudaram-me a esquematizar os produtos de cada gama e a melhor orientar o seu aconselhamento.

4.4.4. Produtos de puericultura e obstetrícia

A FC oferece um leque muito alargado de artigos de puericultura e obstetrícia das marcas *Chicco®* e *NUK®*, designadamente chupetas, biberões, toalhas e cintas modeladoras.

Durante o estágio

*Dispensei muitos produtos desta categoria. A maioria dos utentes sabia de antemão o que pretendia, pelo que aos mesmos acedia diretamente dos expositores. A maioria das ajudas solicitadas destinavam-se apenas a confirmar a adequação respetiva à idade. Fui responsável por dar entrada de uma grande encomenda da *Chicco®* e por organizar os correspondentes expositores, o que me permitiu conhecer esses artigos com maior detalhe.*

4.4.5. Dispositivos médicos, equipamentos de proteção individual e máscaras

Dispositivo médico é “qualquer instrumento, aparelho, equipamento, *software*, material ou artigo (...) cujo principal efeito pretendido no corpo humano não seja alcançado por meios farmacológicos, imunológicos ou metabólicos”, destinado a fins de “diagnóstico, prevenção, controlo, tratamento ou atenuação de uma doença, (...) lesão ou deficiência”, a “estudo, substituição ou alteração da anatomia ou de um processo fisiológico” ou a “controlo da conceção” [25]. Estão disponíveis na FC, entre outros, os seguintes: termómetros, testes de gravidez, materiais de penso, coletores de urina e máscaras cirúrgicas. Mas oferece ainda

equipamentos de proteção individual (EPI), como os respiradores *Filtering Face Piece 2* (FFP2), e produtos têxteis, como as máscaras comunitárias [26].

Durante o estágio

Os dispositivos médicos com que mais tive contacto foram os que destaquei de entre os disponíveis na farmácia. Com a COVID-19 a venda de todos os tipos de máscara disparou, aumentando exponencialmente. As mais procuradas no início do meu estágio foram as comunitárias e as cirúrgicas, mas no princípio de fevereiro houve uma verdadeira “corrida” às FFP2 (que durou cerca de duas semanas).

4.4.6. Produtos fitoterapêuticos

Os produtos fitoterapêuticos são preparados à base de plantas com propriedades medicinais. Podem estar incluídos noutras categorias supramencionadas, como suplementos alimentares ou MNSRM. Por serem produtos naturais são também frequentemente percebidos como inócuos pelos utentes – o que é um erro, desde logo porque, à semelhança de qualquer medicamento, podem ser prejudiciais se não forem usados devidamente.

Durante o estágio

Os produtos mais procurados nesta categoria foram os relacionados com distúrbios do trato gastrointestinal, nomeadamente obstipação (Pursennide®, Agiolax®), e do sono ou ansiedade (Valdispert®). O Chologutt® foi também frequentemente solicitado, sobretudo em alturas tradicionalmente propícias a excessos alimentares, como o Natal.

4.4.7. Produtos de alimentação especial

Os produtos de alimentação especial são géneros alimentícios que, devido à sua composição ou processo de fabrico especiais, se adequam às necessidades nutricionais próprias de determinadas categorias de pessoas, designadamente lactentes e indivíduos cujo metabolismo se encontre perturbado [23]. A entidade que regula este tipo de produtos é a DGAV. Na FC destacam-se as vendas de produtos de alimentação infantil, sobretudo os leites e as papas Nestlé®.

4.4.8. Medicamentos homeopáticos e manipulados

Os medicamentos homeopáticos, embora disponíveis, têm na FC uma procura quase nula, à exceção do *Sedatif PC*®, pelo que o meu contacto com os mesmos foi praticamente nenhum. O mesmo se passou com os medicamentos manipulados, que a FC não prepara – tendo optado por encomendar o seu fabrico, quando necessário, a uma farmácia parceira.

5. Outros cuidados de saúde

5.1. Determinação de parâmetros fisiológicos e bioquímicos

A FC possui os equipamentos necessários para, através de punção capilar, fazer a determinação da glicémia, do colesterol total e dos triglicerídeos, bem como, com recurso a um medidor digital de braço, determinar a pressão arterial e a frequência cardíaca. Neste domínio é essencial o conhecimento dos valores de referência associados aos diferentes parâmetros e das medidas não farmacológicas a aplicar às patologias associadas. Para bem interpretar os resultados das determinações é usual a realização de um breve questionário ao utente sobre patologias presentes, medicação e valores habituais do parâmetro a determinar. Pode importar ainda saber que tempo decorreu desde a última refeição ou se o utente se esforçou fisicamente, se fumou, ingeriu café ou bebidas alcoólicas nos momentos que antecederam a deslocação à farmácia, pois são fatores que podem influenciar os valores a apurar. Na determinação da pressão arterial é usual aconselhar o utente a descansar uns minutos antes da medição, principalmente no caso de se ter deslocado à farmácia a pé. Os resultados são geralmente anotados num cartão individual para o seu registo ao longo do tempo.

Durante o estágio

Ainda que a FC sempre tivesse adotado medidas de higiene e segurança, entre os dias 18 de janeiro e 4 de março o gabinete privado encerrou, com a consequente interrupção dos serviços nele prestados. As medições que tive oportunidade de autonomamente realizar foram as da glicémia e da pressão arterial e frequência cardíaca. As restantes não foram requisitadas.

5.2. Administração da vacina da gripe

A administração de vacinas (como a da gripe) e de medicamentos injetáveis é outro serviço farmacêutico de promoção da saúde prestado na FC, nos termos da legislação em vigor, por elementos habilitados e com formação complementar específica, periodicamente renovada, sobre administração de vacinas e suporte básico de vida [27].

Durante o estágio

A terceira semana do meu estágio coincidiu com a segunda fase da campanha (das farmácias) de vacinação contra a gripe. Fiquei responsável pela sua gestão, com observância de uma lista de pré-reservas. Para evitar ajuntamentos, agendei telefonicamente as administrações, destinando uma vacina a cada utente. Muitos ficaram de fora por não haver vacinas suficientes, o que gerou forte descontentamento – por incompreensão das causas dessa falha, que contrariou o habitual nos anos anteriores. Tive, pois, nesse período, de aprender a lidar com situações menos agradáveis... que fazem parte do ofício.

5.3. Recolha de medicamentos para o contentor VALORMED

Os medicamentos fora de uso ou de PV devem ser tratados como resíduos especiais pois a sua incorreta rejeição tem impactos negativos no meio ambiente e na saúde pública. Devem por isso ser recolhidos para posterior processamento e tratamento adequados [28]. A VALORMED é uma sociedade sem fins lucrativos que se responsabiliza pela gestão dos resíduos de embalagens vazias e dos medicamentos em tais condições [29], sendo as farmácias comunitárias pontos da sua recolha. Os contentores destinados a esse fim são selados quando cheios e depois entregues a um distribuidor grossista que os encaminha para Centros de Triagem e subsequente tratamento.

Durante o estágio

Fechei vários contentores VALORMED para recolha pelos distribuidores grossistas. O grau de consciencialização dos utentes – que se deslocavam quase diariamente à FC com embalagens vazias e/ou medicamentos para rejeitar no contentor disponível – sobre o interesse desta boa-prática sanitária e ambiental pareceu-me muito satisfatório.

6. Apoio à Operação Nariz Vermelho

A Operação Nariz Vermelho (ONV) é uma Instituição Particular de Solidariedade Social que intervém nos serviços pediátricos dos hospitais portugueses através de visitas regulares de palhaços profissionais às crianças hospitalizadas [30]. A ONV angaria fundos através de donativos particulares e empresariais, e promove campanhas para esse fim – causa à qual a FC habitualmente se associa com a venda de “narizes vermelhos” cujo produto reverte na totalidade para a ONV.

Durante o estágio

*Elaborei um cartaz de incentivo à compra dos “narizes vermelhos” e aos donativos à ONV (**Anexo 1**). Esteve afixado sob o expositor dos “narizes”, nos meses de dezembro e janeiro (parte). A campanha decorreu favoravelmente e a angariação de fundos superou a dos anos anteriores.*

7. Formações

O conhecimento farmacêutico está em constante evolução. A atualização permanente e o sistemático desenvolvimento dos saberes e competências são por isso, neste campo de atividade, obrigações profissionais e deontológicas. A formação contínua deve pois ser uma constante [5].

Durante o estágio

*Frequentei várias ações de formação e cursos, atividades listadas na tabela **Anexo 2**. Nem em todas foram concedidos certificados de participação. Os fornecidos constam dos **Anexos 3 a 14**.*

PARTE II

Projeto I: Acompanhamento farmacêutico do doente diabético

1. Enquadramento teórico – Diabetes *mellitus*

1.1. Caracterização

A DM é uma doença crónica associada a distúrbios metabólicos, caracterizada por níveis elevados de glicose no sangue (hiperglicémia), o que a longo prazo gera múltiplas complicações de natureza macro e microvascular [31].

Existem dois tipos principais de DM:

Diabetes *mellitus* tipo 1, em que a insulinopenia é absoluta, por destruição autoimune das células beta pancreáticas – mais habitual nas crianças embora possa ocorrer em qualquer idade [32, 33]; e diabetes *mellitus* tipo 2 (DM2), em que a insulinopenia é relativa, com maior ou menor grau de resistência à insulina e intimamente ligada ao estilo de vida – afetando principalmente adultos com o avançar da idade [32, 33].

Com aumentos significativos na glicémia, os dois tipos de diabetes podem ter sintomas muito semelhantes: a glicosúria leva à diurese osmótica, que provoca o aumento do volume e da frequência da micção (poliúria) e sede excessiva (polidipsia), fatores que podem intensificar a sensação de fome (polifagia), bem como outros sintomas, como a visão turva, sonolência, náuseas. Já se a hiperglicémia for ligeira, como numa fase inicial da DM2, é também frequentemente assintomática [34].

1.2. Prevalência

Segundo a Organização Mundial da Saúde, até 2016 a DM já tinha atingido 422 milhões de pessoas [35] – ou seja, 5,65% da população mundial. A DM2 corresponde a 90% dos casos, que continuamente aumentam [32], a par da epidemia global de obesidade [32], seu principal fator de risco. Os números são verdadeiramente alarmantes e Portugal não é exceção, com uma das mais elevadas prevalências da Europa e cerca de 14% da população entre os 20 e os 79 anos afetada [36].

A DM gera uma elevada morbimortalidade e custos de saúde muito significativos, pelo que é cada vez mais importante a implementação de estratégias públicas e privadas capazes de a prevenir e controlar [37, 38].

1.3. Descontrolo glicémico e complicações

A glicémia descontrolada e repetidamente elevada provoca no diabético, ao longo do tempo, complicações vasculares múltiplas, associadas aos pequenos e/ou aos grandes vasos [34].

A doença microvascular está na base das três complicações mais comuns da DM: a retinopatia, a neuropatia e a nefropatia diabéticas. Mas pode ainda ser responsável pela alteração dos fatores de cicatrização da pele, sobretudo ao nível dos membros inferiores, causadora de pequenas feridas que facilmente evoluem para úlceras profundas, propensas a infeção [32, 34].

A doença macrovascular está na base da aterosclerose dos grandes vasos, propiciando eventos potencialmente e em regra muito graves, como o enfarte agudo do miocárdio e o acidente vascular cerebral [32, 34].

1.4. Controlo glicémico

O controlo da DM é crónico, tal como a doença, pelo que exige um grande esforço do doente [39], fundamental, no entanto, para a prevenção ou retardamento das referidas complicações [34, 38]. Segundo a *American Diabetes Association*, o bom controlo glicémico na DM2 diminui em 25 a 70% o desenvolvimento de complicações [38]. Mas, quando instaladas, já não pode revertê-las [34].

A análise de rotina mais relevante neste âmbito é a da hemoglobina glicada – que resulta da reação (irreversível) entre a glicose plasmática e os grupos amina livres da hemoglobina dos eritrócitos [40]. A extensão dessa glicação varia consoante a concentração de glicose a que os eritrócitos estão expostos ao longo do seu tempo médio de vida de 120 dias. Assim, a percentagem de hemoglobina glicada permite estimar a glicémia média referente aos 2-3 meses anteriores. De um modo geral, valores inferiores a 7,5% representam um bom controlo da doença [40].

O objetivo principal do controlo da DM é, pois, manter os parâmetros glicémicos o mais próximos possível, com segurança, da normalidade [31, 41] – sempre sem prejuízo de, para certas categorias específicas de doentes (como os idosos), esse objetivo não dever ser tão ambicioso, pelo risco hipoglicémico particularmente indesejável que pode implicar [34]. Por todas as razões (designadamente as expostas) os valores alvo devem ser individualizados e estabelecidos pelo médico [38].

1.4.1. Estilo de vida

A manutenção de um estilo de vida saudável é essencial para o controlo glicémico dos pacientes com DM2. Além de melhorar os parâmetros glicémicos, confere benefícios noutras condições clínicas frequentemente associadas, como as doenças cardiovasculares [41].

A alimentação deve, em geral, mas particularmente na presença de diabetes, ser pobre em gorduras saturadas e hidratos de carbono refinados – e rica em fibras [41, 42]. E embora somente os hidratos de carbono tenham efeito direto na glicémia, certo é também que as gorduras e as proteínas contribuem para a ingestão calórica, pelo que a sua quantidade deve ser devidamente restringida [42], com vista à obtenção de um peso saudável e bem assim de

um eficaz controlo da doença. A dieta deve, enfim, ser individualizada e orientada por um nutricionista.

Igualmente o exercício físico deve ser prescrito com adequação às capacidades do doente, aumentando gradualmente dentro dos níveis (progressivos) que tolere. O período mínimo de atividade recomendado corresponde a 150 minutos, de intensidade moderada a intensa, fracionados por pelo menos 3 dias da semana e, no máximo, 2 consecutivos sem atividade [41]. Além de contribuir para a redução e/ou manutenção de um peso corporal saudável, o exercício físico estimula a produção de insulina e aumenta a captação de glicose – que as células musculares esqueléticas utilizam como fonte energética –, o que impede que se acumule no sangue, proporcionando um melhor controlo glicémico. O aumento da sensibilidade à insulina induzido pelo exercício físico dura 24 a 72 horas, pelo que a regularidade com que é praticado é importante para manter os seus benefícios [41].

Uma vez que a glicémia diminui durante a atividade física, o diabético deve estar atento à presença de sintomas de hipoglicémia e saber como agir nessas circunstâncias – ingerindo imediatamente 5 a 15 g de sacarose ou outro açúcar simples. Se for o caso, a dose de insulina pode ser reduzida antes do exercício, de modo a que a glicémia fique um pouco acima do normal no seu começo [41].

1.4.2. Automonitorização da glicémia

A acelerada evolução tecnológica que se vem sentido há décadas permitiu o desenvolvimento de medidores (glicómetros) capazes de ajudar os diabéticos a melhor gerir a sua doença. Requerem quantidades muito reduzidas de sangue e permitem obter informação em tempo real sobre os níveis de glicémia, bem como armazenar vários resultados, com a data e hora das medições.

Estes dispositivos podem em regra ser ligados a computadores ou telefones pessoais e fornecer vários tipos de dados visuais relacionados com as glicémias [38], fornecendo informações que permitem ajustes terapêuticos muito úteis. Devem ser tão adequados quanto possível ao utente – às suas limitações (visuais e/ou auditivas) e literacia tecnológica [38] –, a capacitar para uma adequada utilização e interpretação dos resultados obtidos, de modo a poder tomar medidas corretivas imediatas e melhorar o seu equilíbrio glicémico.

1.5. Papel do farmacêutico

O controlo da progressão da DM é um desafio enfrentado por todos [38] (diabéticos, investigadores e profissionais de saúde), mas o farmacêutico, pela sua proximidade ao doente, encontra-se na posição ideal para o auxiliar na gestão da sua doença [39, 43].

Vários estudos avaliaram já a eficácia das intervenções farmacêuticas no apoio a pessoas com DM (sobretudo DM2), bem como os respetivos efeitos favoráveis quer no controlo glicémico quer no aumento do conhecimento dos pacientes sobre a sua condição – com

benefícios clínicos, humanísticos, sociais e económicos associados de alto valor para o utente [32, 44].

O papel do farmacêutico é, pois, fundamental, quer para transmitir ao utente diabético (papel pedagógico) informações rigorosas sobre a sua doença e esclarecer os tratamentos farmacológicos de que esteja a beneficiar (educação científica), quer para o aconselhar quanto ao seu estilo de vida (educação pessoal), quer para o apoiar na monitorização e gestão da sua doença (educação para o autocontrolo terapêutico).

No entanto continuam a verificar-se níveis preocupantes de falta de adesão do diabético aos tratamentos (farmacológico e não farmacológico) a que deve submeter-se. Esta vertente de especial significado para a saúde pública mais se intensificou com as condicionantes sociais e as limitações de acesso aos serviços de saúde causadas pela COVID-19 [43].

Certo é, pois, em todas as circunstâncias, que a qualidade de vida do diabético beneficia grandemente do apoio, das ações pedagógicas e das instruções que o farmacêutico lhe pode oferecer e oferece [37, 39].

2. Enquadramento prático

Os utentes da FC são na sua maioria idosos com patologias crónicas. Uma elevada percentagem sofre de DM e foi diretamente afetada pela COVID-19 e consequente diminuição quer do acesso a consultas presenciais quer da monitorização e orientação necessárias à gestão da sua doença. Por isso, a importância do acompanhamento farmacêutico na DM, tal como na generalidade das patologias crónicas, acentuou-se.

No início do mês de dezembro, no seguimento de uma formação da *Lifescan*[®] subordinada ao tema: “Como melhor acompanhar as pessoas com diabetes na nova realidade”, a minha orientadora de estágio, Dra. Carla Ferreira, sugeriu-me que acompanhasse os utentes diabéticos da FC que revelassem problemas no controlo glicémico – de modo a tentar, com a minha intervenção, melhorá-lo e assim diminuir o impacto das complicações da doença que alguns sofreram e outros poderiam vir a sofrer.

Aceitei imediatamente o desafio e logo assumi o projeto, cujo cariz social (se bem que silencioso) e cuja relevância pública (ainda que discreta) são evidentes. Permitiu-me ainda pôr em prática e relacionar conhecimentos de várias ordens adquiridos ao longo do meu percurso académico.

3. Objetivos

Os objetivos essenciais deste projeto foram intensificar a eficácia do controlo glicémico dos utentes diabéticos da FC, contribuir para a sua educação em saúde – e por tais vias melhorar a sua qualidade de vida.

4. Métodos

Para atingir os objetivos que me propus, recorri – por sugestão da minha orientadora – à plataforma *online OneTouch Reveal®* (OTR), através de um computador portátil da FC. Esta ferramenta permite ao profissional de saúde, mediante ligação aos glicómetros *OneTouch®* dos utentes, o acesso ao registo das medições que foram efetuando ao longo do tempo.

Os utentes, no decurso do atendimento, quando apresentavam prescrições médicas para produtos destinados ao autocontrolo da DM2, foram sendo convidados a participar neste projeto.

Haviam sido previamente estabelecidos os seguintes critérios de seleção: (1) utente habitual da FC, (2) com DM2 e dificuldades no controlo glicémico, (3) que utilizasse um glicómetro da *OneTouch®* (*OneTouch Verio Flex™* ou *OneTouch Select Plus Flex™*) para automonitorização. Foram selecionados como elegíveis 3 utentes, que depois da necessária e devida explicação, logo aceitaram participar. Um 4º utente – que cumpria os critérios de seleção – foi incluído quando solicitou ajuda na utilização de glicómetro que tinha adquirido recentemente e acreditava estar estragado por “só dar valores altos”.

O plano inicialmente definido contemplava a realização de consultas quinzenais individuais com os utentes, mas, infelizmente, o projeto teve de ser interrompido quando o gabinete de atendimento privado na FC foi encerrado. Assim, os 3 meses programados para o seguimento dos utentes (com 7 consultas) ficaram reduzidos a menos de 1 mês (de 21 de dezembro de 2020 a 15 de janeiro de 2021), com apenas 2 consultas.

Na primeira semana foram realizadas as consultas iniciais com os 4 utentes, que duraram cerca de 30 minutos cada uma. Fiz a primeira conexão dos respetivos glicómetros à plataforma OTR e lá registei alguns dados sociodemográficos (nome, género, data de nascimento).

Recorri depois a um questionário inicial, que consta no **Anexo 15**, para averiguar necessidades de intervenção e aconselhamento nas terapêuticas farmacológica (medicamentos tomados para a DM e respetiva posologia) e não farmacológica (hábitos alimentares e atividade física) seguidas pelos utentes. Registei também a presença de outras patologias e aproveitei para esclarecer dúvidas e dar conselhos gerais sobre os vários aspetos da doença.

As segundas consultas, ocorreram passados 15 dias, na semana de 4 a 8 de janeiro – e são abordadas com mais detalhe infra, no ponto “5. Resultados e discussão”.

Para as terceiras consultas, que não chegaram a acontecer pelos motivos já referidos, tinha programado, com a colaboração da nutricionista da FC, a elaboração de planos alimentares individualizados para cada utente, de acordo com hábitos alimentares e situações clínicas específicas.

As consultas seguintes estavam destinadas a dar continuidade às operações de controle, adequação de terapêuticas, melhoria de estilos de vida e reforço das competências

dos utentes na autogestão da sua doença – segundo planificações a elaborar tendo em consideração os resultados obtidos nas consultas anteriores.

5. Resultados e discussão

Dos 4 utentes incluídos no estudo, de idades compreendidas entre os 71 e os 82 anos, 3 eram do sexo feminino e 1 do sexo masculino. Todos apresentavam comorbilidades associadas, sendo as mais frequentes a hipertensão e a hipercolesterolemia. Todos apresentavam hiperglicémias frequentes (com valores, em jejum, entre os 126 e os 180 mg/dL, e/ou pós-prandiais, entre os 180 e os 250 mg/dL), aí residindo o principal obstáculo detetado ao controlo glicémico.

Na consulta inicial, foi patente a falta de conhecimento, pelos doentes, da importância da manutenção de um estilo de vida saudável para um controlo glicémico adequado. Percebi que os utentes não aderiam às medidas não farmacológicas por falta de consciência da sua importância, lacuna que me esforcei por preencher.

No geral e pelo que diziam, os doentes seguiam o tratamento e tomavam a medicação de forma adequada, excetuando uma utente cujo regime posológico de Metformina 1000 mg era de 1 comprimido ao pequeno almoço + 1 comprimido ao jantar. Erradamente, protelava a toma do segundo para momentos antes de se deitar, porque lhe “dava mais jeito” (dizia). Com esta alteração, a toma do medicamento era adiada 4 a 5 horas após a refeição. Ora, sendo a Metformina utilizada para controlar o nível de glicose no sangue após a ingestão de alimentos, o fármaco deve ser tomado durante ou imediatamente após as refeições – o que também minimiza os seus efeitos gastrointestinais secundários.

Quanto aos hábitos alimentares, todos faziam menos refeições do que as 6-7 recomendáveis, com intervalos de, aproximadamente, 3 horas. O regime comum era de 3 refeições principais (pequeno-almoço, almoço e jantar) e, esporadicamente, o lanche. Esta insuficiente repartição das refeições impunha-lhes grandes períodos de tempo sem comer, o que se refletia no aumento do apetite ao almoço e ao jantar.

No que diz respeito à atividade física, era praticamente inexistente, com a COVID-19 e o dever geral de recolhimento domiciliário a contribuir para esse resultado.

Para avaliar as técnicas de automonitorização da glicémia solicitei aos utentes uma determinação desse parâmetro. Os erros identificados foram: falta de cuidado na manipulação dos dispositivos de medição, nomeadamente manuseios não higienizados, reutilização de lancetas e armazenamento inadequado das tiras de teste. Neste âmbito recomendei as devidas correções.

A higienização das mãos, prévia às determinações, é uma prática que elimina microrganismos e sujidades. É essencial tanto para prevenir infeções como para garantir que não há interferências externas nos resultados obtidos – devidas, por exemplo, a resquícios de alimentos à base de frutose nas mãos. Por seu turno, a reutilização de lancetas é

contraindicada, pois perdem a esterilidade. Finalmente, quanto ao armazenamento das tiras de teste e para garantia de obtenção de resultados precisos, devem ser conservadas na embalagem original, pois são sensíveis à luz, à humidade e a temperaturas mais extremas.

Ainda que o projeto tivesse decorrido durante muito pouco tempo e, ainda por cima, coincidido com uma altura festiva (Natal e Passagem de Ano), tradicionalmente propensa a excessos alimentares, quando os dados dos glicómetros foram descarregados, na segunda consulta, pude constatar uma tendência geral de diminuição quer dos valores glicémicos quer na incidência de hiperglicémias. Verifiquei contudo que nos dias festivos, como era de prever, houve um acentuado descontrolo dos valores obtidos, com grandes picos de glicémia pós-prandial. Os utentes mostraram-se, no entanto, dispostos a iniciar o ano de 2021 com a mudança de hábitos que muito incentivei.

Foi uma pena a interrupção do projeto, sentimento partilhado pelos utentes, que expressamente lastimaram (todos) a subjacente perda da motivação inerente à apresentação dos resultados das medições na consulta subsequente. E estou certa de que, se o acompanhamento tivesse prosseguido, os pacientes teriam alcançado um bom autocontrolo glicémico e que depois seriam capazes de perseverar para o manter.

6. Conclusões

Creio poder em suma concluir que este projeto, mesmo tendo sido interrompido, trouxe benefícios muito significativos na gestão da DM e na educação em saúde dos utentes da FC que nele participaram, pelo que o objetivo que me propus foi, se bem que limitadamente, atingido. Tivesse podido prosseguir na íntegra e os seus impactos positivos na saúde dos utentes envolvidos teriam sido seguramente superiores e, mesmo (penso), de alta relevância.

Acredito que contém virtualidades capazes de justificar a sua oferta como serviço prestado pelas farmácias comunitárias em geral, com fortes benefícios para a saúde pública – especialmente da população idosa –, devendo então ser idealmente submetido a adaptações metodológicas com vista à sua extensão a todas as marcas de glicómetros usadas pelos utentes.

Penso também poder concluir que a população idosa doente está fortemente necessitada de atenção personalizada, designadamente no que concerne aos cuidados de saúde de que carece – mas também fortemente disponível para os receber, para a escuta e bem assim para aprender as boas práticas e adequar em conformidade os seus comportamentos.

Projeto II: Deficiência de Vitamina D e COVID-19

1. Enquadramento teórico

A insuficiência de VitD é uma grande preocupação de saúde pública, que ganhou particular relevo no contexto atual de confinamento social [45]. Em Portugal, cerca de 66% dos adultos apresentam níveis de VitD aquém do normal, ainda que com forte variação geográfica e sazonal [46].

A VitD desempenha um importante papel no sistema imunológico, nomeadamente na proteção contra infeções respiratórias [47], motivo pelo qual está a ser cada vez mais estudada como agente não farmacológico para o combate à COVID-19 [48, 49].

A sobreposição (ou coincidência ou identidade) entre os fatores de risco da COVID-19 grave, por um lado, e da deficiência de VitD, por outro, permite levantar a suspeita de que estão relacionadas. Verificando-se tal associação, a implementação urgente de estratégias para a prevenção de carências de VitD mais se justifica nesta época pandémica que atravessamos [48, 50].

A suplementação emerge assim como possível agente preventivo ou terapêutico da doença provocada pelo *Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2* (SARS-CoV-2) [51].

1.1. Fontes e metabolismo da Vitamina D

A VitD é obtida principalmente a partir da exposição da pele aos raios ultravioleta (UV)-B da luz solar. A dieta, pela baixa concentração de VitD nos alimentos, representa uma fonte minoritária [46, 52-54] – à exceção dos “peixes gordos” (sardinha, salmão), do óleo de fígado de peixe e, com concentrações mais modestas, da gema de ovo [45], alimentos que, no entanto, não são genericamente consumidos em quantidades que permitam atingir, sem mais, as doses diárias recomendadas [46, 49, 50, 52-54].

Inicialmente metabolizada no fígado, a Vitamina D₃ (colecalfiferol), produzida na pele após exposição solar e/ou fornecida pela dieta – que pode incluir Vitamina D₂ (ergocalciferol), de origem vegetal –, é convertida em 25-hidroxivitamina D (25(OH)D), principal forma circulante no organismo cuja concentração sérica define o nível de VitD de um indivíduo [46, 52].

A 25(OH)D é depois novamente metabolizada nos rins, na forma biologicamente ativa da VitD: 1,25-dihidroxivitamina D (1,25(OH)₂D) ou calcitriol [46, 55], que atua como importante modulador da imunidade inata e adaptativa [56].

1.2. Impacto de um “inverno COVID” nos níveis de Vitamina D

No período de inverno é difícil obter uma dose adequada de VitD, dados os baixos níveis de radiação UV e o reduzido tempo de exposição ao sol, com a maior parte do corpo coberto, fatores que condicionam a sua síntese na pele [52]. Por outro lado, as crescentes preocupações face ao fotoenvelhecimento e à fotocarcinogénese disseminaram a utilização de

protetor solar no rosto durante todo o ano, o que pode contribuir significativamente para acentuar a insuficiência em VitD nos meses de inverno [53]. Basta um creme com fator 15 de proteção solar para diminuir a produção de VitD na pele em 99% [57].

Quando combinados com uma dieta rica em alimentos processados, que carecem de VitD, bem como com as quarentenas, os confinamentos e o uso obrigatório de máscara na rua (consequências da pandemia COVID-19), todos estes fatores se alinham para prejudicar drasticamente a capacidade de obtenção de VitD, assim agravando a já esmagadora prevalência dessa falta na nossa população – o que, por sua vez, parece poder reduzir a capacidade de prevenir ou combater a COVID-19 (ou a sua gravidade) [49].

1.3. Deficiência de Vitamina D e COVID-19: grupos de risco coincidentes

Os subgrupos considerados de maior risco para a COVID-19 são também desproporcionalmente afetados pela carência de VitD [49, 58]: idosos, indivíduos com excesso de peso e comorbilidades associadas à obesidade, como hipertensão, doenças cardiovasculares e DM [49, 59]. Estes fatores de risco – comuns a ambas as situações – deveriam implicar uma monitorização generalizada dos níveis séricos de 25(OH)D para correção de qualquer deficiência [58], o que não se verifica.

Justificar-se-ia, pois, a adoção política, cientificamente fundamentada, de medidas simples de promoção da saúde pública com recurso à VitD, com impacto genérico na qualidade de vida das populações por melhoria dos seus parâmetros vitais, mas também com eficácia suficientemente demonstrada na prevenção e no combate à COVID-19.

1.3.1. Idosos

A idade exerce um papel importante quer na absorção quer na síntese da VitD a partir da radiação UV – ambas prejudicadas com o seu avançar. A produção cutânea de um adulto de meia-idade corresponde a cerca de 66% da de uma criança [50].

A situação pandémica atual veio agravar ainda mais este efeito negativo do aumento da idade na síntese de VitD já que, para muitos idosos, as medidas de confinamento implicam pouco tempo ou nenhum ao ar livre, pouca ou nenhuma exposição solar, ou seja, um consequente aumento de risco de insuficiência de VitD [49].

1.3.2. Sobrepeso e comorbilidades associadas

O excesso de peso é outro dos fatores que predispõe para a deficiência de VitD, independentemente da faixa etária, com estudos a sugerir prevalências 25 a 35% superiores nos indivíduos em tal situação [58]. Tem sido proposto como principal motivo para essa predisposição o facto de a VitD ser lipossolúvel e, portanto, parcialmente sequestrada pelos adipócitos da gordura corporal, que a aprisionam antes de ser transportada para o fígado [49, 52, 58, 60]. Além disso, a obesidade está usualmente associada ao sedentarismo e,

consequentemente, à menor exposição solar – fatores agravados pelas já referidas condicionantes pandémicas da COVID-19 (confinamentos e quarentenas sobretudo).

As comorbilidades associadas ao sobrepeso influenciam também os níveis de VitD, desde logo pelos efeitos que alguns medicamentos, como antihipertensivos e antidiabéticos, têm no aumento do catabolismo de 25(OH)D, reduzindo as suas concentrações séricas e assim aumentando o risco de deficiência de VitD [49, 59, 60].

1.4. Relação da Vitamina D com as infeções respiratórias

A VitD é uma hormona imunomoduladora com eficácia há muito sustentada contra várias infeções respiratórias virais, como a gripe sazonal e a constipação comum [49, 59, 61]. Os seus efeitos são tão mais benéficos quanto maior a deficiência de base [62]. As potencialidades terapêuticas da VitD contra a COVID-19 estão a ser crescentemente investigadas.

A desregulação imunológica é uma característica fundamental da COVID-19 grave [54]. A infeção pelo SARS-CoV-2 está associada a uma elevação sustentada de citocinas pro-inflamatórias, nomeadamente interleucina (IL)-1, IL-6 e fator de necrose tumoral alfa [54], responsáveis pelos fenótipos hiperinflamatórios que levam às manifestações graves (por vezes letais) da COVID-19, como a pneumonia [59] e a síndrome da dificuldade respiratória aguda [54]. Ora, a VitD é apontada como possível coadjuvante na inibição e controlo dessa "tempestade de citocinas" característica da COVID-19 grave [61], bem como na restauração do equilíbrio imunológico [54].

Os vários mecanismos que o metabolito ativo da VitD desempenha na resposta imunitária incluem: o estímulo da imunidade celular inata, pela indução de peptídeos antimicrobianos, como catelicidinas, defensinas e IL-37, que podem inativar diretamente os vírus ou inibir a sua replicação [49]; o aumento do recrutamento de fagócitos [49]; a modulação da resposta imune adaptativa, elevando a expressão de citocinas anti-inflamatórias pelos macrófagos [59] e das células Thelper-17 associadas à supressão da inflamação e à preservação do funcionamento imunológico saudável nos pulmões e outros sistemas do corpo [49]; e a redução da produção de citocinas pro-inflamatórias [49, 59].

Percebe-se assim, de um ponto de vista mecanicista, que a VitD pode modelar favoravelmente as respostas do hospedeiro à COVID-19, tanto na fase virémica inicial como na fase hiperinflamatória tardia, sendo o sistema imunológico prejudicado pela sua deficiência [51], predisponente para infeções virais como a COVID-19 [63]. Na verdade, indivíduos cujas defesas estão enfraquecidas pela carência de VitD correm um risco acrescido (pode concluir-se) de desenvolver COVID-19 e de experienciar, sendo infetados, a referida "tempestade de citocinas" e as correspondentes complicações [57, 63].

O tratamento com VitD pode, pois, na medida em que diminui a replicação e acelera a depuração viral, reduzir a propagação da doença. Mas, por outro lado, ao reduzir a inflamação

pode também diminuir as apresentações sintomáticas e aumentar o transporte assintomático, o que torna difícil prever o seu efeito na disseminação viral [61]. Aspeto negativo, este, meramente eventual que o tratamento com VitD bem pode, no entanto, compensar com as virtualidades preventivas e terapêuticas enunciadas.

Vários estudos têm demonstrado uma associação entre a insuficiência/deficiência de VitD e a gravidade e mortalidade da COVID-19, apontando para um possível efeito positivo da VitD na resposta imune à infeção e sugerindo que a sua utilização como tratamento adjuvante pode melhorar os resultados da evolução da doença no paciente [48, 54, 56, 59, 64, 65].

Enquanto se aguardam dados mais robustos, com definição de posologias, objetivos terapêuticos e populações-alvo, as carências de VitD devem ser identificadas e corrigidas independentemente da sua relação com o prognóstico da COVID-19 [66]. Nesse sentido, a determinação sérica de 25(OH)D constitui uma ferramenta importante para orientar tratamentos [61] – devendo, por isso, ser prática clínica habitual.

1.5. Suplementação com Vitamina D na era COVID-19

O valor-limite que determina a deficiência de VitD continua sujeito a amplo debate, não existindo consenso quanto aos valores de referência a utilizar na determinação dos níveis séricos, o que gera confusão na prática clínica [46]. A *Direção Geral da Saúde* estabelece esse ponto de corte no valor sérico de 25(OH)D de 20 ng/mL (no adulto) [67], enquanto, por exemplo, o *US Institute of Medicine* considera 12 ng/mL [68]. Não há, no entanto, dúvida de que baixas concentrações de 25(OH)D (aquém dos 12 a 20 ng/mL) estão associadas a danos na saúde, como a progressão acelerada da osteoporose e o aumento do risco de infeções respiratórias – pelo que é ponto cientificamente assente que ninguém deve estar carente de VitD, em nenhum momento [57]. Por isso mesmo, a identificação de abordagens alternativas e seguras para obter VitD é decisiva, assumindo a suplementação um papel muito significativo em pacientes com baixos níveis [62].

Embora não haja evidência bastante para sustentar uma recomendação geral de VitD para a redução do risco de infeção por SARS-CoV-2 e mesmo esperando que os benefícios sejam maiores entre pessoas com uma carência marcada [61], a suplementação de VitD – tendo em conta que os níveis séricos de 25(OH)D são facilmente modificáveis [63], os suplementos são seguros, relativamente baratos [54, 62] e estão amplamente disponíveis –, deve ser fortemente recomendada e encarada como possível abordagem não farmacológica para a COVID-19, sobretudo para pessoas com elevada probabilidade de insuficiência de VitD e alto risco de contrair COVID-19 grave com desfecho fatal [48, 56, 65].

A VitD, importante para a manutenção da saúde e a modulação do sistema imunológico, deve ser preferencialmente adquirida através da alimentação e da exposição solar. Por outro lado, os suplementos de VitD não vão impedir a infeção. Mas vai surgindo evidência científica

no sentido de que o aumento da robustez do sistema imunitário diminui a probabilidade de uma evolução mais desfavorável da doença.

A suplementação de VitD – não isenta de perigos sobretudo se excessiva – deve ser preferencialmente diária ou semanal já que grandes flutuações na concentração circulante de 25(OH)D (observadas depois do uso de grandes doses em bólus) podem desregular cronicamente a atividade das enzimas responsáveis pela síntese e degradação de 1,25(OH)D, reduzindo os respetivos teores nos tecidos extra-renais, o que pode atenuar a sua capacidade protetora contra infeções agudas do trato respiratório [49, 62].

É então de considerar, para a população em geral – havendo sinais de carência – e em particular para os supramencionados grupos de risco, a recomendação de suplementos diários de, pelo menos, 800-1.000 UI de VitD [50, 62, 66]. O cálculo dessas doses é baseado nos benefícios conhecidos da VitD para a saúde óssea e muscular – sendo pois cientificamente recomendável por essa razão, com a vantagem acrescida de poder adicionalmente reduzir o impacto da COVID-19 [51].

A dose consensualmente recomendada na maioria dos estudos recentes para os “tempos COVID-19” é (no entanto) de 2.000 UI/dia para adolescentes e adultos em risco. Está totalmente dentro dos limites de segurança: corresponde a 1/20 da quantidade que teria de ser tomada, durante muitos meses, para representar um risco de toxicidade [61, 63]. Ainda assim, a orientação clínica é essencial para a prevenção da toxicidade decorrente de uma suplementação irracional. Sendo que para o tratamento de pessoas infetadas com COVID-19 doses mais altas de VitD podem ser úteis e, por isso, recomendáveis [59, 62].

2. Enquadramento prático

No mês de dezembro (reitero) comecei a dedicar a maior parte do meu tempo de estágio ao atendimento. E os utentes muito recorrentemente revelavam preocupações a respeito da necessidade que poderiam ter de VitD, bem como, muito pelo que liam e ouviam nos *media*, quanto à sua relação com a COVID-19. Alguns solicitavam diretamente um suplemento de VitD, mas a maioria pedia aconselhamentos. Era frequente a ideia (totalmente errada) de que a VitD conferia imunidade à doença.

Notei alguma dissonância nos aconselhamentos oferecidos pela equipa da FC e, dado interesse candente do tema, pareceu-me que poderia ser muito útil uma atualização de conhecimentos nesta matéria. Estariam, enfim, reunidas as condições ideais para um ponto (científico) da situação, através de uma formação interna. A proposta foi recebida imediatamente pela equipa com total acolhimento.

Face à quantidade de informação disponível nos dias de hoje sobre o assunto, é por vezes difícil filtrar a que possui real valor intrínseco bem como a que provém de fontes fidedignas com base científica, mais capazes à partida de melhor garantir aquele resultado (qualidade da informação atualizada a recolher). Este sentimento era partilhado por todos.

O facto de uma grande percentagem dos utentes da FC ser de idade avançada e, portanto, de ingressar nas categorias de risco para ambas as situações, COVID-19 e insuficiência de VitD, mais motivou a elaboração e a concretização plena deste projeto (de incidência sobretudo interna, mas também externa).

3. Objetivos

Esclarecer a equipa da FC quanto à melhor informação à data disponível sobre a relação entre a deficiência de VitD e a COVID-19, de modo a que pudessem oferecer aos utentes aconselhamentos mais uniformes e fundamentados, sensibilizando-os para a adoção de comportamentos mais adequados às suas particulares situações – assim contribuindo do mesmo passo com benefícios para a saúde pública –, foi o objetivo essencial deste projeto, que pretendeu, também, influenciar diretamente as condutas dos mesmos utentes.

4. Métodos

Para atingir os objetivos que me propus recorri a uma dupla abordagem: interna e externa.

Internamente, orientei uma ação de formação destinada aos colaboradores da FC, com a duração aproximada de 20 minutos, no dia 3 de fevereiro de 2021, nas instalações da farmácia e durante a pausa para o almoço – prática já habitualmente adotada para reuniões de grupo. Fiz uma revisão geral e muito sintética sobre a VitD (metabolismo, fontes alimentares e fatores de risco para a carência no contexto pandémico atual), sua relação com a COVID-19 (ponto científico da situação e coincidência de grupos de risco) e suplementação com VitD (pertinência, doses diárias recomendadas e suplementos existentes na FC). A apresentação em *PowerPoint* está disponível no **Anexo 16**.

Externamente, elaborei um panfleto (**Anexo 17**) destinado diretamente aos utentes, abordando, de forma simples e esquematizada, as principais fontes de VitD, a sua relação com a COVID-19, e os motivos pelos quais, em contexto pandémico atual, a suplementação com VitD (orientada por um profissional de saúde) poderia adquirir importância de relevo.

5. Resultados e discussão

Preparar a formação permitiu-me atualizar e aprofundar os meus conhecimentos numa matéria tão atual, o que era uma exigência dos objetivos internos que me propus atingir: transmiti-los à equipa da FC, para que depois os disseminassem pelos utentes, com ganhos para a saúde de cada um e consequentes benefícios genéricos para a saúde pública.

A equipa foi muito interventiva durante a apresentação. Houve espaço para troca de ideias e partilha de informações e conhecimentos. No final, esta ação de formação foi qualificada por todos os participantes como objetiva, pertinente e muito interessante. Descontei

a simpatia e a amizade – que pessoalmente muito me satisfizeram – e senti-me muito feliz cientificamente.

Realizada a formação, foi impresso o panfleto (70 exemplares), posteriormente disponibilizado nos balcões de atendimento para entrega em mão pela equipa aos utentes, de modo a impedir que funcionassem como foco de transmissão do SARS-CoV-2, tendo sido distribuídos ao longo do mês.

A divulgação desse panfleto não pôde ser realizada através das redes sociais utilizadas pela FC, uma vez que as comunicações aí publicadas, de conteúdo comum a todas as farmácias do grupo *Parcifarma*, são geridas por uma equipa externa, de *marketing*. O recurso às redes sociais teria sido uma mais valia para a difusão das informações constantes desse material junto de um maior número de utentes, mas não o considero, neste caso, de especial relevância uma vez que o principal intuito subjacente à sensibilização pretendida foi que chegasse aos utentes em maior risco de carência de VitD e de doença COVID-19, sobretudo os idosos – que de um modo geral não têm *Facebook* ou *Instagram*.

Não obtive um *feedback* direto e significativo por parte dos utentes relativamente ao panfleto propriamente dito, pois foram poucos os utentes que o voltaram a referir depois de o levarem consigo, mas indiretamente pude perceber, e pôde toda a equipa, que o interesse dos utentes sobre o tema (VitD *versus* COVID-19) que já era elevado, aumentou.

6. Conclusões

Julgo, em suma, ter atingido os objetivos que estipulei no desenho deste projeto e considero o seu balanço final bastante positivo quer internamente, pela atualização e valia científica intrínseca dos conhecimentos partilhados bem como pela fidedignidade das fontes em que foram colhidos, quer externamente, pela sensibilização conseguida dos utentes para relevantes cuidados de saúde, especialmente em contexto pandémico.

Pude ainda uma vez mais verificar que a farmácia, pela proximidade que mantém com os seus utentes, é um instrumento por excelência de promoção da saúde pública e de sensibilização para práticas comportamentais cientificamente fundadas – podendo ainda decisivamente contribuir para desfazer ideias erradas e preconceitos nefastos tão facilmente dissemináveis e disseminados nos tempos que correm, deixando populações a todos os títulos carenciadas à mercê de jogos de interesse, protagonismo e poder a que são totalmente alheias. Populações que alimentam o “negócio” das farmácias e que estas, em contrapartida, por obrigação deontológica, responsabilidade social e gratidão económica, devem proteger.

Projeto III: Loja *online*

1. Enquadramento teórico

O *marketing* digital faz hoje parte das estratégias comunicacionais e publicitárias das empresas. Mais, faz hoje parte das vidas de toda a gente. E o setor da saúde, de quem trabalha nele e de quem dele precisa, não é exceção [69]. A era digital teve também nas farmácias um profundo impacto.

Os consumidores finais não são, nos dias que correm, meros consumidores passivos da informação obtida através dos canais tradicionais de comunicação [70]. Os padrões de consumo mudaram e as massas, ainda que mais atomizadas ou dispersas, estão cada vez mais conectadas e exigentes.

A pesquisa e aquisição de medicamentos e produtos de saúde através da internet é atualmente prática comum [70, 71]. É crescente o segmento dos consumidores que procuram, antes de se decidirem pela compra, informações sobre os produtos que pretendem adquirir, comparando preços, promoções e outras vantagens em diferentes estabelecimentos [70]. Pode mesmo dizer-se que participa ativamente não só na construção das suas próprias preferências e decisões de consumo, como também na criação de um universo pessoal de necessidades.

Com a concorrência a aumentar, a farmácia está a ser obrigada a repensar o seu papel e o seu posicionamento na comunidade, a diversificar estratégias e a ampliar estrategicamente a sua oferta e os seus encontros com a procura através do *online* [71]. E em qualquer caso, a combinar métodos tradicionais e digitais para a transmissão de informações, a oferta de serviços e a comercialização de produtos farmacêuticos [70].

O *marketing* digital, que opera nomeadamente através das redes sociais, trouxe às farmácias poderosas ferramentas de anúncio, promoção e venda. Puderam com elas projetar-se para um público mais vasto, ampliar o círculo dos seus clientes regulares e reforçar posições no mercado [72] – efeitos económicos e comerciais de alta relevância, a que dão particular atenção. Mas as suas vertentes científicas, éticas e deontológicas não são desprezíveis, dadas as inescapáveis exigências de difusão de informações rigorosas, verificáveis e credenciadas a que estes estabelecimentos estão sujeitos.

2. Enquadramento prático

A ideia deste projeto surgiu quando percebi que a FC não dispunha de um canal de vendas *online*. O que já seria importante anteriormente (por conveniência e contemporaneidade mercantis), no contexto pandémico atual mais se tornou, por permitir evitar deslocações desnecessárias à farmácia, sobretudo para a aquisição de produtos de saúde não essenciais.

3. Objetivos

Criar uma loja *online*, para a FC, de produtos cosméticos e de higiene corporal – cujas vendas estão sujeitas a menos restrições, condicionantes e exigências legais –, que pudesse proporcionar utilidades imediatas quer à farmácia quer aos seus utentes, mas que funcionasse também como ensaio geral e recolha de experiências para posterior expansão a categorias e géneros diversos de produtos farmacêuticos, foi o objetivo deste projeto.

4. Métodos

Para a execução deste projeto decidi utilizar como ferramenta o *Facebook*, uma vez que: (1) A FC já dispunha de uma página própria, conhecida e regularmente visitada pelos seus clientes, o que facilitava o acesso à loja e a sua divulgação; (2) o *Facebook* é a rede social com maior influência no público (pelos números de usuários e de visitas); e (3) se usado eficazmente, pode potenciar a sua atividade comercial e aumentar as conexões que mantém com a sua clientela efetiva ou potencial [72].

A DT começou por selecionar os produtos a disponibilizar na loja. Numa primeira fase foi opção sua incluir apenas produtos cosméticos e de higiene corporal, nomeadamente das marcas mais representadas no estabelecimento: *Marti Derm*[®], *Lierac*[®], *Jowae*[®], *Babé*[®], *Phyto*[®] e *Oral-B*[®].

Em seguida, recolhi informação sobre os 230 produtos (das referidas marcas) disponíveis na FC. Para o efeito, contactei os delegados comerciais de cada uma e solicitei o envio de portefólios dos produtos, o que sucedeu. Selecionei depois os produtos e recolhi informações adicionais ou em falta nos respetivos *websites*. A cada produto associei uma imagem. Registei título, quantidade, breve descrição, modo de utilização e PVP praticado na FC. Como exemplo, o **Anexo 18** (primeira página da tabela que criei para sistematizar informações sobre os produtos).

Através da conta no *Facebook* da FC criei a seguir a virtual loja projetada. Nos seus expositores descarreguei a informação recolhida anteriormente. Optei nesta fase (sempre com a aceitação, a colaboração e a supervisão da DT, é claro) por anunciar descontos e ofertas (**Anexo 19**), a fim de atrair a atenção dos consumidores. O acesso à loja passou a ser possível através da página de *Facebook* da FC, com um ‘clique’ no botão de fundo azul destacado no respetivo início. Nele se lê: “Ver loja”. Acionado, direciona para ela.

Os produtos estão divididos por 6 coleções, cada uma de marca diferente. São aplicáveis diversos filtros de pesquisa, como por ordem crescente ou decrescente de preço e produtos em promoção, designadamente (**Anexo 20**). A visualização de cada produto inclui um botão que direciona para as mensagens a dirigir à farmácia, por exemplo quando o utente queira suscitar questões, pedir esclarecimentos, tenha interesse num produto ou pretenda agendar a sua entrega.

5. Resultados e discussão

A criação desta loja virtual permitiu demonstrar a viabilidade e o interesse da venda e do contacto com o público por meios alternativos desmaterializados capazes de funcionar a par da farmácia física, de potenciar as vendas e as prestações de serviços que nela se realizam e de aproveitar a excelente aptidão profissional dos seus quadros técnicos. As sinergias resultantes da conjugação dessas duas realidades – virtual e corpórea – logo pareceram evidentes e bem sustentadas em múltiplas experiências similares já amplamente testadas.

As áreas da cosmética e da higiene corporal, porque por um lado são muito rentáveis e comercialmente relevantes na FC e, por outro, menos reguladas e condicionadas do que outras do negócio farmacêutico (entre estas o medicamento), facultaram um campo ideal para o ensaio, a experimentação e a recolha e sedimentação de experiências. Poderiam seguir-se a puericultura, os dispositivos analíticos, os suplementos alimentares, até se chegar ao medicamento.

A loja foi criada e respondeu com suficiência às exigências a que foi submetida no respetivo projeto. Mas foi este iniciado apenas em março, a cerca de 15 dias do fim do meu estágio, pelo que não foi possível testá-la em pleno funcionamento. Estava em fase de contratação do transporte para as entregas dos produtos encomendados. Já podia ser visitada e as encomendas já podiam ser feitas. Mas não foi ainda anunciada a sua abertura, nem publicitada – o que, tanto quanto sei, ocorrerá brevemente. Está acessível em <https://www.facebook.com/farmcoimbroes/>.

Este projeto entusiasmou a DT da FC. Representou uma aposta na criação embrionária de um estabelecimento virtual capaz, a prazo, de funcionar em espelho com o estabelecimento físico, ampliando-o e complementando-se ambos reciprocamente, com sinergias altamente significativas para a exploração dos dois e a qualidade científica, a dimensão comercial e a prestação de verdadeiros cuidados de saúde em qualquer deles.

6. Conclusões

O objetivo principal do projeto foi concretizado. A base está criada, o embrião existe, o lançamento está a um passo e o funcionamento pleno chegará decerto antes da época estival de 2021.

A FC pode iniciar a comercialização via *online*, expandir o seu âmbito de atuação a outras categorias de produtos, engendrar coleções, expositores, anúncios, promoções. E uma filosofia atenta às experiências congêneres, mas inovadora, adaptada à sua clientela e à sua comunidade primacial, aquela em que fisicamente se insere. Pode progredir para outras redes ou plataformas de contacto com o público. Pode informá-lo, prestar-lhe esclarecimentos credenciados, educá-lo na observação de cuidados essenciais de saúde, oferecer às suas decisões conscientes de compra os produtos de que carece para satisfação quer de necessidades inescapáveis ou de cuja falta de observância possam resultar malefícios

significativos, quer das necessidades que livremente resolveu construir ou criar, preferencialmente no âmbito de relações honestas e sãs de confiança, respeito e colaboração recíprocas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS SOBRE O ESTÁGIO RELATADO

Dizer a respeito deste estágio – que me esforcei por relatar honestamente, com competência, suficiência e sem ‘gorduras’ – que me foi muito útil e proveitoso quer pessoalmente quer no plano técnico-profissional seria, apesar de afirmação totalmente verdadeira, muito pouco.

Na Farmácia de Coimbra pude perceber a relevância prática da minha formação científica e académica. Melhor entendi, no contacto com os olhares, as angústias e as perplexidades dos utentes, a importância deontológica do saber e do brio profissional. Melhor alcancei as razões humanistas de ser subjacentes a tantos ensinamentos dos insígnies Mestres que na Faculdade pude contactar – essas que resvalam diretamente para a vida, a qualidade de vida, o bem-estar e a saúde das pessoas, tendo sempre em vista os seus sofrimentos.

O estágio relatado foi a etapa final da minha formação académica e nela se integra. Pude lidar com medicamentos, prescrições, medições de parâmetros, estados de saúde e de doença, ansiedades, temores, bebés, crianças, adolescentes, adultos de todas as idades, portadores de incapacidades e deficiências. Pude aprender e partilhar conhecimentos e experiências com profissionais que, integrando uma equipa sumamente dirigida, se empenharam sempre em informar, esclarecer e ajudar quem das suas mãos recebeu valiosos e esmerados cuidados de saúde.

Este meu feliz contacto com o público e com uma equipa motivada para o servir foi para mim uma preciosidade humana e marcou-me profundamente. Guardo no meu interior as figuras de uma Diretora Técnica altamente habilitada, de Farmacêuticos portadores de manifesta sabedoria, de Técnicos solícitos com enorme competência, todos amistosos, todos acolhedores, corretíssimos, prestáveis.

Guardo também os utentes, especialmente os mais carenciados e aflitos, os mais necessitados de ajuda – que na Farmácia de Coimbra sempre encontraram, para além do medicamento, uma palavra amiga e de incentivo e conforto.

Pude desempenhar uma multiplicidade de funções farmacêuticas, do atendimento à verificação de encomendas, da abertura da farmácia ao fecho. Pude conceber e desenvolver projetos. Pude adquirir competências técnico-profissionais. Pude superar-me e enriquecer-me, por mim mesma e com os outros, como pessoa.

Muito obrigada, pois, porque, enfim, pude ser feliz!

- Fim -

Fontes bibliográficas e outras

- [1] Ordem dos Farmacêuticos: Farmácia Comunitária. [Internet]. [Acedido a 12 dezembro 2020]. Disponível em: <https://www.ordemfarmaceuticos.pt/pt/areas-profissionais/farmacia-comunitaria/>.
- [2] Farmácia de Coimbrões. Sobre nós. [Internet]. [Acedido a 12 dezembro 2020]. Disponível em: <https://coimbroes.parcifarma.pt/sobre-nos/>.
- [3] Portaria n.º 277/2012, de 12 de setembro. Define o horário padrão de funcionamento das farmácias de oficina, regula o procedimento de aprovação e a duração, execução, divulgação e fiscalização das escalas de turnos, bem como o valor máximo a cobrar pelas farmácias de turno pela dispensa de medicamentos não prescritos em receita médica do próprio dia ou do dia anterior. Diário da República, 1.ª série, n.º 177, 2012.
- [4] Decreto-Lei n.º 307/2007, de 31 de agosto. Regime jurídico das farmácias de oficina. Diário da República, 1.ª série, n.º 168, 2007.
- [5] Ordem dos Farmacêuticos. Boas Práticas Farmacêuticas para a farmácia comunitária. 3ª edição. 2009.
- [6] INFARMED. Normas relativas à prescrição de medicamentos e produtos de saúde. 2019.
- [7] INFARMED. Circular Informativa n.º 019/CD.100.20.200, de 15 de fevereiro de 2015. Projeto Via Verde do medicamento.
- [8] INFARMED. Deliberação n.º 047/CD/2015, de 19 de março de 2015. Regulamento relativo às boas práticas de distribuição de medicamentos para uso humano.
- [9] Decreto-Lei n.º 176/2006, de 30 de agosto. Estatuto do medicamento. Diário da República, 1.ª série, n.º 167, 2006.
- [10] Portaria n.º 284-A/2016, de 4 de novembro. Alterações às normas de dispensa de medicamentos por via eletrónica. Diário da República, 1.ª série, n.º 212, 2016.
- [11] Decreto-Lei n.º 48-A/2010, de 13 de maio. Aprova o regime geral das participações do Estado no preço dos medicamentos, altera as regras a que obedece a avaliação prévia de medicamentos para aquisição pelos hospitais do Serviço Nacional de Saúde, e modifica o regime de formação do preço dos medicamentos sujeitos a receita médica e dos medicamentos não sujeitos a receita médica participados. Diário da República, 1.ª série, n.º 93, 2010.
- [12] INFARMED. Regimes excecionais de participação. [Internet]. [Acedido a 9 janeiro 2021]. Disponível em: <https://www.infarmed.pt/web/infarmed/regimes-excecionais-de-participacao>.
- [13] Portaria n.º 364/2010, de 23 de junho. Define o regime de preços e participações a que ficam sujeitos os reagentes (tiras-teste) para determinação de glicemia, cetonemia e cetonúria e as agulhas, seringas e lancetas destinadas a pessoas com diabetes. Diário da República, 1.ª série, n.º 120, 2010.

[14] Associação Portuguesa de Seguradores. Os seguros de saúde privados no contexto do sistema de saúde português. 2009.

[15] INFARMED. Saiba mais sobre Psicotrópicos e Estupefacientes. 2010.

[16] Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de janeiro. Regime jurídico do tráfico e consumo de estupefacientes e psicotrópicos. Diário da República, 1.ª série, n.º 18, 1993.

[17] Decreto-Lei n.º 134/2005, de 16 de agosto. Estabelece o regime da venda de medicamentos não sujeitos a receita médica fora das farmácias. Diário da República, 1.ª série, n.º 156, 2005.

[18] Decreto-Lei n.º 128/2013, de 5 de setembro. Procede à oitava alteração ao Decreto-Lei n.º 176/2006, de 30 de agosto, que estabelece o regime jurídico dos medicamentos de uso humano e à quarta alteração ao Decreto-Lei n.º 307/2007, de 31 de agosto, que estabelece o regime jurídico das farmácias de oficina. Diário da República, 1.ª série, n.º 171, 2013.

[19] INFARMED. Lista de DCI identificadas pelo Infarmed como MNSRM-EF e respetivos protocolos de dispensa. [Internet]. [Acedido a 16 janeiro 2021]. Disponível em: https://www.infarmed.pt/web/infarmed/entidades/medicamentos-uso-humano/autorizacao-de-introducao-no-mercado/alteracoes_transferencia_titular_aim/lista_dci.

[20] Ordem dos Farmacêuticos. Norma OF.C-N005-00, de 10 de maio. Norma específica sobre indicação farmacêutica. 2018.

[21] Decreto-Lei n.º 148/2008, de 29 de julho. Transpõe para a ordem jurídica interna a Directiva n.º 2004/28/CE, de 31 de março, que estabelece um código comunitário relativo aos medicamentos veterinários. Diário da República, 1.ª série, n.º 145, 2008.

[22] Decreto-Lei n.º 136/2003, de 28 de junho. Transpõe para a ordem jurídica nacional a Directiva n.º 2002/46/CE, de 10 de junho, relativa à aproximação das legislações dos Estados membros respeitantes aos suplementos alimentares. Diário da República, 1.ª série, n.º 147, 2003.

[23] Decreto-Lei n.º 74/2010, de 21 de junho. Regime geral dos géneros alimentícios destinados a alimentação especial. Diário da República, 1.ª série, n.º 118, 2010.

[24] Decreto-Lei n.º 296/98, de 25 de setembro. Regime jurídico dos produtos cosméticos e de higiene corporal. Diário da República, 1.ª série, n.º 222, 1998.

[25] Decreto-Lei n.º 145/2009, de 17 de junho. Estabelece as regras a que devem obedecer a investigação, o fabrico, a comercialização, a entrada em serviço, a vigilância e a publicidade dos dispositivos médicos e respectivos acessórios. Diário da República, 1.ª série, n.º 115, 2009.

[26] INFARMED. Máscaras: normas aplicáveis e tipologia. [Internet]. [Acedido a 27 fevereiro 2021]. Disponível em: https://www.infarmed.pt/web/infarmed/noticias/-/journal_content/56/15786/3686503.

[27] INFARMED. Deliberação n.º 139/CD/2010, de 21 de outubro. Administração de vacinas nas farmácias de oficina. 2010.

[28] VALORMED. Processo. [Internet]. [Acedido a 6 março 2021]. Disponível em: <http://www.valormed.pt/paginas/8/processo>.

[29] VALORMED. Quem somos. [Internet]. [Acedido a 6 março 2021]. Disponível em: <http://www.valormed.pt/paginas/2/quem-somos/>.

[30] Operação Nariz Vermelho. Sobre nós. [Internet]. [Acedido a 7 novembro 2020]. Disponível em: https://www.narizvermelho.pt/epages/1290-080722.sf/pt_PT/?ObjectPath=/Shops/1290-080722/Categories/ONV/QuemSomos.

[31] Venkatesan, R., et al., Role of community pharmacists in improving knowledge and glycemic control of type 2 diabetes. *Perspect Clin Res*, 2012. 3(1): p. 26-31.

[32] Hughes, J.D., et al., The role of the pharmacist in the management of type 2 diabetes: current insights and future directions. *Integr Pharm Res Pract*, 2017. 6: p. 15-27.

[33] Direcção-Geral da Saúde. Norma n.º 002/2011, de 14 de janeiro. Diagnóstico e classificação da diabetes mellitus. 2011.

[34] Manual MSD, Versão para Profissionais de Saúde. Diabetes mellitus (DM). [Internet]. [Acedido a 2 março 2021]. Disponível em: [https://www.msdmanuals.com/pt/profissional/dist%C3%BArbios-end%C3%B3crinos-e-metab%C3%B3licos/diabetes-melito-e-dist%C3%BArbios-do-metabolismo-de-carboidratos/diabetes-melito-dm?query=Diabetes%20mellitus%20\(DM\)](https://www.msdmanuals.com/pt/profissional/dist%C3%BArbios-end%C3%B3crinos-e-metab%C3%B3licos/diabetes-melito-e-dist%C3%BArbios-do-metabolismo-de-carboidratos/diabetes-melito-dm?query=Diabetes%20mellitus%20(DM)).

[35] World Health Organization. Diabetes. [Internet]. [Acedido a 12 dezembro 2020]. Disponível em: https://www.who.int/health-topics/diabetes#tab=tab_1.

[36] Raposo, J.F., Diabetes: Factos e Números - 2016, 2017 e 2018. *Rev Port Diabetes*, 2020. 15(1): p. 19-27.

[37] Jornal Médico. Diabetes em Portugal: Prevalência elevada, mas faltam números atuais. [Internet]. [Acedido a 12 dezembro 2020]. Disponível em: <https://www.jornalmedico.pt/atualidade/40218-diabetes-em-portugal-prevalencia-elevada-mas-faltam-numeros-atuais.html>.

[38] Sousa, Z., C. Neves, and D. Carvalho, Monitorização do Controlo Glicémico. *Rev Port Diabetes*, 2016. 11(1): p. 33-37.

[39] Khunti, N., A. Willis, and K. Khunti, The role of pharmacists in the management of type 2 diabetes: A literature review. *Prim Care Diabetes*, 2013. 15(3): p. 131-40.

[40] Direcção-Geral da Saúde. Norma n.º 033/2011, de 30 de setembro. Prescrição e determinação da hemoglobina glicada A1c. 2011.

- [41] Raveendran, A.V., E.C. Chacko, and J.M. Pappachan, Non-pharmacological treatment options in the management of diabetes mellitus. *Eur Endocrinol*, 2018. 14(2): p. 31-39.
- [42] Reynolds, A.N., A.P. Akerman, and J. Mann, Dietary fibre and whole grains in diabetes management: Systematic review and meta-analyses. *PLoS Med*, 2020. 17(3): p. e1003053.
- [43] Nogueira, M., et al., Pharmaceutical care-based interventions in type 2 diabetes mellitus: A systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials. *Einstein (Sao Paulo)*, 2020. 18: p. eRW4686.
- [44] Deters, M.A., et al., Effective interventions for diabetes patients by community pharmacists: A meta-analysis of pharmaceutical care components. *Ann Pharmacother*, 2018. 52(2): p. 198-211.
- [45] INSA. Vitamina D em tempos de confinamento social. [Internet]. [Acedido a 18 janeiro 2021]. Disponível em: <http://www.insa.min-saude.pt/vitamina-d-em-tempos-de-confinamento-social/>.
- [46] Duarte, C., et al., Prevalence of vitamin D deficiency and its predictors in the portuguese population: A nationwide population-based study. *Arch Osteoporos*, 2020. 15(1): p. 36.
- [47] Nurshad, A., Role of vitamin D in preventing of COVID-19 infection, progression and severity. *J Infect Public Health*, 2020. 13(10): p. 1373-13800.
- [48] Pereira, M., et al., Vitamin D deficiency aggravates COVID-19: Systematic review and meta-analysis. *Crit Rev Food Sci Nutr*, 2020: p. 1-9.
- [49] DeLuccia, R., D. Clegg, and D. Sukumar, The implications of vitamin D deficiency on COVID-19 for at-risk populations. *Nutr Rev*, 2020. 79(2): p. 227-234.
- [50] Holick, M.F., Vitamin D deficiency. *N Engl J Med*, 2007. 357(3): p. 266-81.
- [51] Martineau, A.R. and N.G. Forouhi, Vitamin D for COVID-19: A case to answer? *Lancet Diabetes Endocrinol*, 2020. 8(9): p. 735-736.
- [52] Serrano, M.A., et al., Solar ultraviolet doses and vitamin D in a northern mid-latitude. *Sci Total Environ*, 2017. 574: p. 744-750.
- [53] Miroux, A., C. Catarino, and I. Viana, Vitamin D – Current Perspectives. *J Port Soc Dermatol Venereol*, 2016. 74(4): p. 345-353.
- [54] Mohan, M., J.J. Cherian, and A. Sharma, Exploring links between vitamin D deficiency and COVID-19. *PLoS Pathog*, 2020. 16(9): p. e1008874.
- [55] Cesareo, R., et al., Italian Association of Clinical Endocrinologists and Italian Chapter of the American Association of Clinical Endocrinologists position statement: Clinical management of vitamin D deficiency in adults. *Nutrients*, 2018. 10(5): p. 546.
- [56] Radujkovic, A., et al., Vitamin D deficiency and outcome of COVID-19 patients. *Nutrients*, 2020. 12(9): p. 2757.

- [57] Kohlmeier, M., Avoidance of vitamin D deficiency to slow the COVID-19 pandemic. *BMJ NPH*, 2020. 3(1): p. 67.
- [58] Pereira-Santos, M., et al., Obesity and vitamin D deficiency: A systematic review and meta-analysis. *Obes Rev*, 2015. 16(4): p. 341-9.
- [59] Grant, W.B., et al., Evidence that vitamin D supplementation could reduce risk of influenza and COVID-19 infections and deaths. *Nutrients*, 2020. 12(4): p. 988.
- [60] Holick, M.F., et al., Evaluation, treatment, and prevention of vitamin D deficiency: an Endocrine Society clinical practice guideline. *J Clin Endocrinol Metab*, 2011. 96(7): p. 1911-30.
- [61] Meltzer, D.O., et al., Association of vitamin D deficiency and treatment with COVID-19 incidence. *medRxiv*. Preprint., 2020.
- [62] Martineau, A.R., et al., Vitamin D supplementation to prevent acute respiratory infections: individual participant data meta-analysis. *Health Technol Assess*, 2019. 23(2): p. 1-44.
- [63] Benskin, L.L., A basic review of the preliminary evidence that COVID-19 risk and severity is increased in vitamin D deficiency. *Front Public Health*, 2020. 8: p. 513.
- [64] Carpagnano, G.E., et al., Vitamin D deficiency as a predictor of poor prognosis in patients with acute respiratory failure due to COVID-19. *J Endocrinol Invest*, 2021. 44(4): p. 765-771.
- [65] Rhodes, J.M., et al., Perspective: vitamin D deficiency and COVID-19 severity - plausibly linked by latitude, ethnicity, impacts on cytokines, ACE2 and thrombosis. *J Intern Med*, 2021. 289(1): p. 97-115.
- [66] Trovas, G. and S. Tournis, Vitamin D and COVID-19. *Hormones (Athens)*, 2021. 20(1): p. 207-208.
- [67] Direção-Geral da Saúde. Norma n.º 004/2019, de 14 de agosto. Prevenção e tratamento da deficiência de vitamina D. 2019.
- [68] Institute of Medicine (US) Standing Committee. Dietary reference intakes for calcium, phosphorus, magnesium, vitamin D, and fluoride. 1997.
- [69] Clementson, C., Business: Social media in pharmacy. *The Aust J Pharm*, 2015. 96(1145): p. 76-79.
- [70] Pestun, I. and Z. Mnushko, Effectiveness of current multi-channel marketing in pharmacy. *MEQ Assur Pharm*, 2016. 1(45): p. 62-66.
- [71] Raconteur. How online pharmacies are improving patients' lives. [Internet]. [Acedido a 8 março 2021]. Disponível em: <https://www.raconteur.net/healthcare/healthcare-technology/online-pharmacies-rise/>.
- [72] Westerfield, B. and J. Cain, Why and how community pharmacies should better use Facebook. *J Am Pharm Assoc*, 2019. 59(2S): p. S30-S34.

ANEXOS

Anexo 1: Cartaz da Operação Nariz Vermelho



The poster is for the 'Operação Nariz Vermelho' (Red Nose Day) campaign. It features a red background with white starburst decorations. At the top left is a yellow pill-shaped logo for 'FARMÁCIA COIMBRÕES'. The main text is written in a playful, handwritten style. A central white box contains the 'Operação Nariz Vermelho' logo, which depicts a red nose wearing a Santa hat and a stethoscope. Below the logo, the text 'receitamos alegria' is written. The bottom section of the poster is white and contains a paragraph of text and a call to action.

Receitamos alegria

A FARMÁCIA DE COIMBRÕES METEU O NARIZ POR ESTA CAUSA!

operação
NARIZ VERMELHO
receitamos alegria

E você, já meteu o seu?

A Farmácia de Coimbrões está a promover uma campanha de angariação de fundos a favor da Operação Nariz Vermelho.

Adquira um Nariz Vermelho ou faça um donativo na sua farmácia!

Anexo 2: Formações e cursos que frequentei durante o estágio

FORMAÇÃO / CURSO	LOCAL E ENTIDADE RESPONSÁVEL	DATA	DURAÇÃO	CERTIFICADO
AAS na gripe e constipações: terapêutica e cross-selling	Online (Bayer®, Escola de Pós-Graduação em Saúde e Gestão)	17/11/2020	2 h	Não disponibilizado (ND)
Masterclass Antiqueda Phyto®	Online (Alès Groupe Portugal)	19/11/2020	1 h 30 min	Anexo 3
Masterclass Antienvelhecimento Lierac®	Online (Alès Groupe Portugal)	24/11/2020	1 h 30 min	Anexo 4
Viver com Diabetes – autovigilância na farmácia	Online (Ascensia Diabetes Care)	24/11/2020	1 h	ND
Como melhor acompanhar as pessoas com diabetes na nova realidade	Online (Lifescan®)	25/11/2020	1 h 30 min	Anexo 5
Guronsan (EXCESSOS) Vs. Guronenergy (ENERGIA) – as diferenças	Online (Jaba Recordati®)	26/11/2020	30 min	Anexo 6
Ampolas Marti Derm®	Farmácia de Coimbra (Marti Derm®)	26/11/2020	1 h	ND
Gamas Vitacê e Lactacyd	Farmácia de Coimbra (Perrigo®)	2/11/2020	30 min	ND
Intervenção farmacêutica na utilização de dispositivos inalatórios reutilizáveis	Online (Boehringer Ingelheim®, em parceria com a Escola de Pós-Graduação em Saúde e Gestão)	22/01/2021	2 h	ND
Cuidados da pele atópica – Nutratopic	Online (ISDIN®)	26/01/2021	1 h	Anexo 7
VALORMED – O modelo de gestão dos resíduos da fileira do medicamento	Online (LisbonPH)	05/02/2021	6 h	Anexo 8
Lançamentos Phyto®	Online (Alès Groupe Portugal)	11/02/2021	1 h 30 min	Anexo 9
Inovações para os estados carenciais de ferro	Online (Gedeon Richter)	17/02/2021	2 h	Anexo 10
Osteoporose e fraturas de fragilidade	Online (Escola de Pós-Graduação em Saúde e Gestão)	19/02/2021	1 h	ND

Durex Intima Protect	<i>Online (Durex[®], RBWithYou)</i>	23/02/2021	45 min	Anexo 11
Como ajudar os seus utentes a dormir melhor	<i>Online (P&G Health[®], em parceria com a Escola de Pós-graduação em Saúde e Gestão)</i>	25/02/2021	1 h	ND
Homeoptic	<i>Online (Boiron[®])</i>	9/03/2021	30 min	Anexo 12
II Curso Internacional ONCOFIR	<i>Online (Universidade Francisco de Vitoria – UFV Madrid)</i>	10–11/03/2021	8 h	ND
Woman Isdin	<i>Online (ISDIN[®])</i>	16/03/2021	1 h	ND
Mag'Fadiga	<i>Online (Boiron[®])</i>	16/03/2021	30 min	Anexo 13
Incontinência urinária – Conhecer e ajudar	<i>Online (Coopropar)</i>	17/03/2021	2 h	Anexo 14
FAMA VII – Endometriose	<i>Online (Gedeon Richter)</i>	18/03/2021	2 h	ND

Anexo 3: Formação “Masterclass Antiqueda Phyto®” – certificado



Masterclass Antiqueda

CERTIFICADO

A ALÈS GROUPE PORTUGAL CERTIFICA QUE

INÊS FONSECA

Participou na **Masterclass Antiqueda Phyto**, que se realizou no dia 19 de NOVENBRO de 2020, entre as 15h e as 16h30 (sessão de formação por Zoom).



Joana Nobre
Diretora Técnica e de Formação Portugal
& International Training Manager

Programa

SESSÃO DE BOAS-VINDAS

FORMAÇÃO

A ALOPECIA

Introdução ao tema

A pele e os anexos cutâneos

O couro cabeludo e as propriedades do cabelo

Cabelo: ciclo piloso, características

Tipos de queda de cabelo: alopecia androgenética e eflúvio telogénico

Os mitos capilares

PHYTO, ESPECIALISTA DOS CUIDADOS ANTIQUEDA

Storytelling da marca: missão, visão, história, valores, pilares

Segmentação: a oferta Phyto

CUIDADOS ESPECÍFICOS ANTIQUEDA

- Queda de Cabelo Hereditária Masculina: PHYTOLIUM + (NOVIDADE 2020)
- Queda de Cabelo Reacional Feminina: PHYTOCYANE
- Todos os Tipos de Queda de Cabelo: PHYTONOVATHRIX
- Cuidados de Culto: PHYTOPOLLÉINE
- Cabelos e Unhas: PHYTOPHANERE

Aconselhamento Cosmético: Técnicas de Venda e Coffrets Antiqueda 2020

Conclusão: o papel do Farmacêutico no aconselhamento cosmético

DEBATE – REVISÃO DAS QUESTÕES FREQUENTES

PORTAL DE FORMAÇÃO PHYTO

ENCERRAMENTO DA SESSÃO

Esta ação de formação foi realizada por:

Joana Nobre

A Joana construiu a sua carreira na área da Dermocosmética e é Diretora Técnica e de Formação da Alès Groupe Portugal desde 2008. Assume também, desde 2018, o cargo de International Training Manager a nível mundial. É Mestre em Ciências Farmacêuticas pela FFUL, Pós-Graduada em Dermofarmácia e Cosmética pelo ISCS-Norte, Pós-Graduada em Branding e Gestão de Imagem pelo IPAM-Lisboa.

Teresa Faria

Com uma carreira dedicada durante 15 anos à Farmácia Comunitária, a Teresa é desde 2018 Farmacêutica do Departamento Técnico e de Formação da Alès Groupe Portugal. Licenciada em Ciências Farmacêuticas pelo ISCS-Norte, o foco da Teresa é o aconselhamento dermocosmético e com ela nada fica por explicar.

Diana Oliveira

A Diana teve sempre um gosto especial pela dermocosmética, procurando especializar-se nesta área durante o seu percurso académico e profissional. Começou com um estágio extracurricular em 2018 e assume, desde 2019, o cargo de Farmacêutica do Departamento Técnico e de Formação da Alès Groupe Portugal. É Mestre em Ciências Farmacêuticas pela FFUC.

Anexo 4: Formação “Masterclass Antienvhecimento Lierac®” – certificado



Anexo 5: Formação “Como melhor acompanhar as pessoas com diabetes na nova realidade” – certificado



Anexo 6: Formação “Guronsan (EXCESSOS) Vs. Guronenergy (ENERGIA) – as diferenças” – certificado



Anexo 7: Formação “Cuidados da pele atópica – Nutratopic” – certificado



Certifica que **Inês Fonseca,**

Esteve presente na acção de formação, com os temas:

Cuidados da pele atópica - Nutratopic

com a duração de 60min.

Obrigada pela sua presença e colaboração.

Data da Formação: 26.01.2021



(Helena Morais)
Learning Account Manager

Anexo 8: Formação “Lançamentos Phyto®” – certificado



LANÇAMENTOS PHYTO



CERTIFICADO

O LABORATOIRE NATIVE PORTUGAL CERTIFICA QUE

INÊS FONSECA

Participou na sessão de Lançamentos PHYTO, que se realizou no dia 11 de fevereiro de 2021, entre as 10h e as 11h30 (sessão de formação por Zoom).

PROGRAMA

PHYTO - O PODER VEGETAL
Storytelling da marca: missão, visão, história, valores, pilares
Segmentação: a oferta PHYTO

NOVIDADES
• PHYTO LAQUE
• PHYTO COLOR Novas Cores

PRODUTOS ESTRELA
CUIDADOS ESPECÍFICOS ANTIQUEDA
• Queda de Cabelo Hereditária Masculina: PHYTO LIUM +
• Queda de Cabelo Reacional: Feminina: PHYTO CYANE
• Todos os Tipos de Queda de Cabelo: PHYTO NOVA IHR X

CUIDADOS ESPECÍFICOS E DE CULTO
• Cabelos e Unhas: PHYTO PHANERE
• Cuidados de Cuito: PHYTO POLLEINE

DEBATE - Revisão das questões frequentes
ENCERRAMENTO DA SESSÃO


Joana Nobre
Directora Técnica e de Formação Portugal
& International Training Manager

Esta ação de formação foi realizada por:


Joana Nobre
A Joana constituiu a sua carreira na área da Dermofarmacologia e Cosmética e é Diretora Técnica e de Formação do Laboratoire Native Portugal desde 2008. Assumiu também, desde 2018, o cargo de International Training Manager a nível mundial. É Mestre em Ciências Farmacológicas pela FFUL, Pós-Graduada em Dermofarmacologia e Cosmética pela ISCS-Nordeste, Pós-Graduada em Branding e Gestão de Imagem pelo IFAM Lisboa.


Teresa Faria
Com uma carreira dedicada durante 15 anos a Farmácia Comunitária, a Teresa é desde 2019 Farmacêutica do Departamento Técnico e de Formação do Laboratoire Native Portugal. Licenciada em Ciências Farmacológicas pela ISCS-Nordeste, a foca da Teresa é o aconselhamento farmacológico e com ela natia fica por aplicar.


Diana Oliveira
A Diana teve sempre um gosto especial pela dermatologia, procurando especializar-se nesta área durante o seu percurso académico e profissional. Começou com um estágio extracurricular em 2018 e assumiu, desde 2019, o cargo de Farmacêutica do Departamento Técnico e de Formação do Laboratoire Native Portugal. É Mestre em Ciências Farmacológicas pela FFUL.


Laboratoire NATIVE Portugal
Rua de Cambas, n.º 288, 3.º andar, sala 5, 4000-158 Porto
Tel.: 220900030 - Fax: 220905408

ROGÉ&GALLET PHYTO LIERAC JOWAÉ

Anexo 9: Curso “VALORMED – O modelo de gestão dos resíduos da fileira do medicamento” – certificado



Anexo 10: Formação “Inovações para os estados carenciais de ferro”



Anexo 11: Formação “Durex Intima Protect” – certificado



Anexo 12: Formação “Homeoptic” – certificado



Anexo 13: Formação “Mag’Fadiga” – certificado



Anexo 14: Formação “Incontinência urinária – Conhecer e ajudar” – certificado



CERTIFICADO

Certifica-se que Inês Mesquita Fonseca, titular da Carteira Profissional nº. , portador(a) do nº identificação 15038773 (Cartão de Cidadão), frequentou o Curso de "Incontinência Urinária - Conhecer e Ajudar", promovido pela Coopprofar, CRL, no(s) dia(s) 17 de Março de 2021, nas instalações da Webinar - Online, com a duração de 2 horas.

Gondomar, 22 de Março de 2021



Dra. Natércia Martins Pires Moreira
Direção de Marketing

Certificado nº 386/2021



Formação Coopprofar
Rua Pedro José Ferreira, 200-210
4420-612 - Gondomar

Anexo 15: Questionário inicial utilizado no âmbito do Projeto I

Acompanhamento do doente diabético

- QUESTIONÁRIO INICIAL -

1. Diabetes

1.1. Terapêutica farmacológica

Fármaco (DCI e dosagem)	Como toma?

1.2. Terapêutica não farmacológica

1.2.1. Alimentação

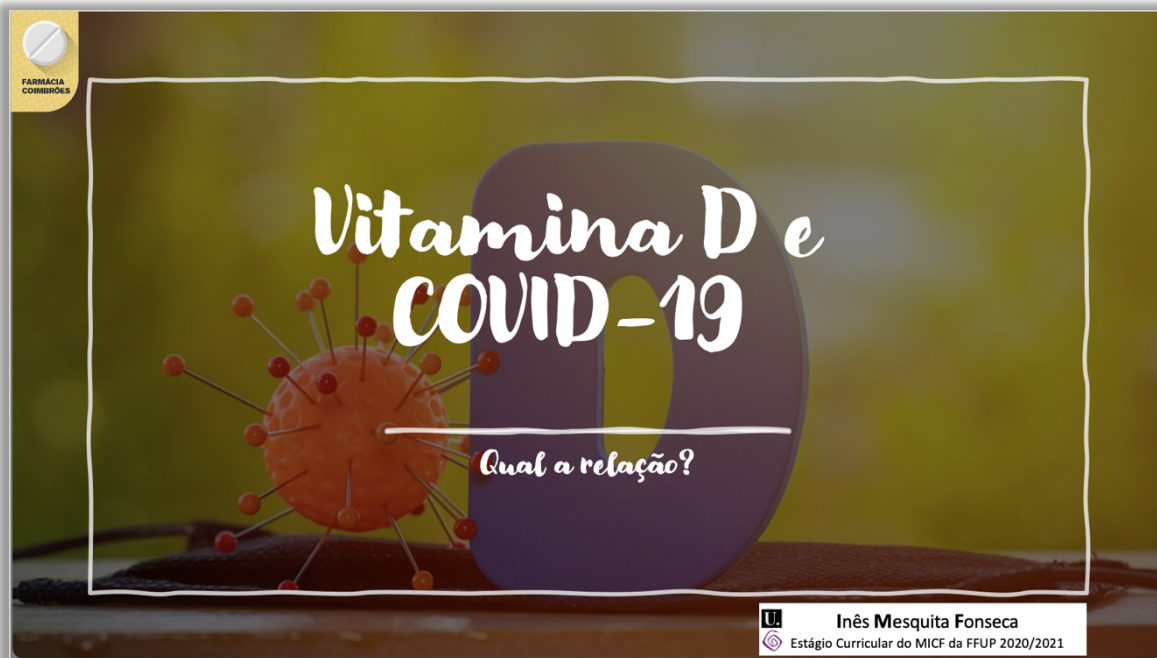
	O que come habitualmente?	A que horas?
Pequeno-almoço		
Meio da manhã		
Almoço		
Lanche		
Jantar		
Ceia		

1.2.2. Exercício físico

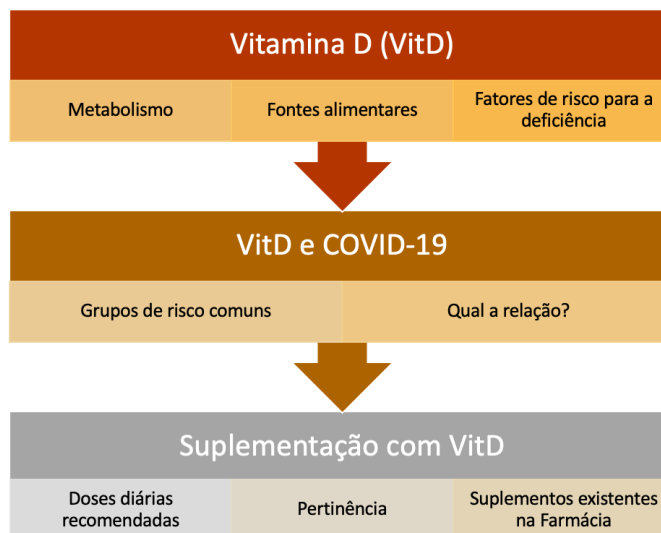
Na última semana, quantas caminhadas (>30min) fez?

3. Outras patologias

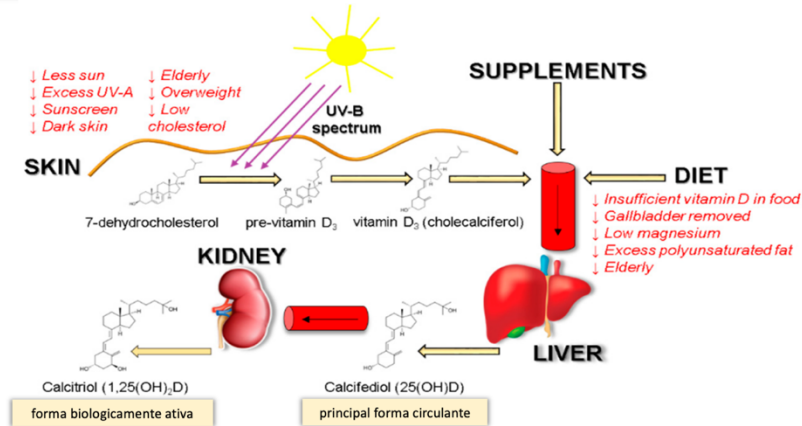
Anexo 16: Apresentação *PowerPoint* utilizada na formação interna realizada no âmbito do Projeto II



*Para
hoje...*



Metabolismo da Vitamina D



Simoliunas, E., et al., Bioavailability of Different Vitamin D Oral Supplements in Laboratory Animal Model. Medicina (Kaunas), 2019. 55(6).

3

Principais fontes alimentares

FONTE	CONTEÚDO DE VITAMINA D
Óleo de fígado de bacalhau	400 – 1000 UI/colher de chá
Salmão fresco selvagem	600 – 1000 UI/100 gr
Salmão fresco de cultura	100 – 250 UI/100 gr
Salmão de conserva	300 – 600 UI/100 gr
Sardinhas de conserva	300 UI/100 gr
Gema de ovo	20 UI/gema

A dieta é uma fonte minoritária de VitD

Miroux Catarino, A., Claro, C., & Viana, I. Vitamin D – Current Perspectives. Journal of the Portuguese Society of Dermatology and Venereology, 2016. 74(4), 345-353.

4

Em Portugal...

~66% dos adultos apresentam insuficiência/deficiência de VitD!

Duarte, C., et al., Prevalence of vitamin D deficiency and its predictors in the Portuguese population: a nationwide population-based study. *Arch Osteoporos*. 2020; 19(1): p. 34.

5

O "inverno de Vitamina D"

Estudo realizado em Espanha, numa latitude equivalente à do centro de Portugal

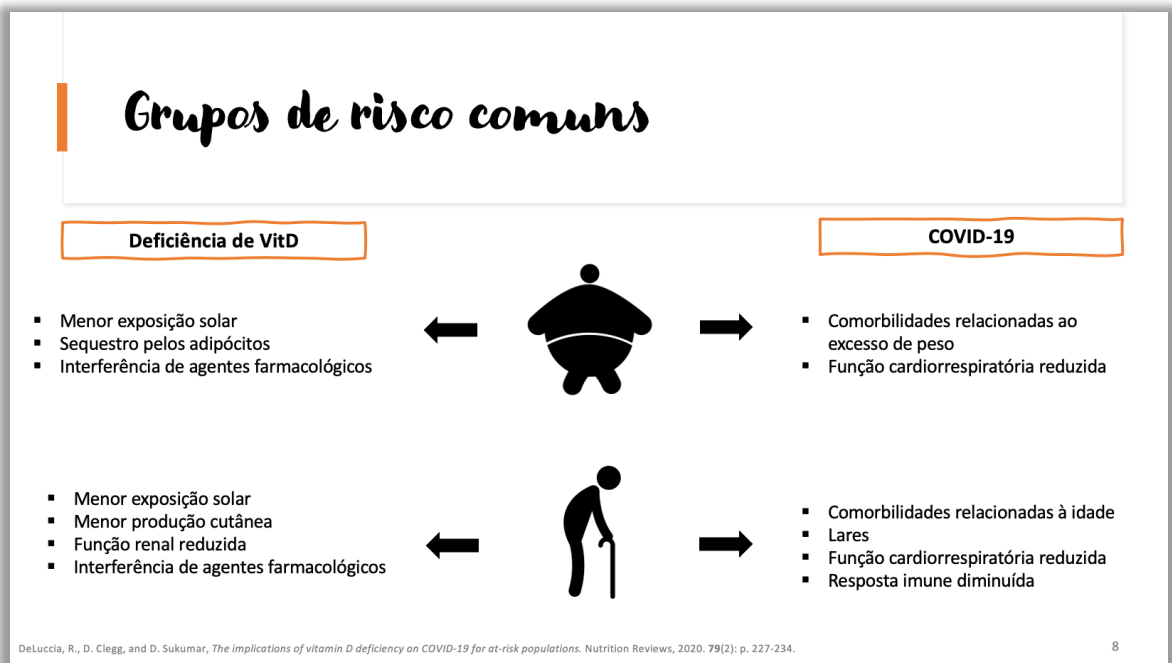
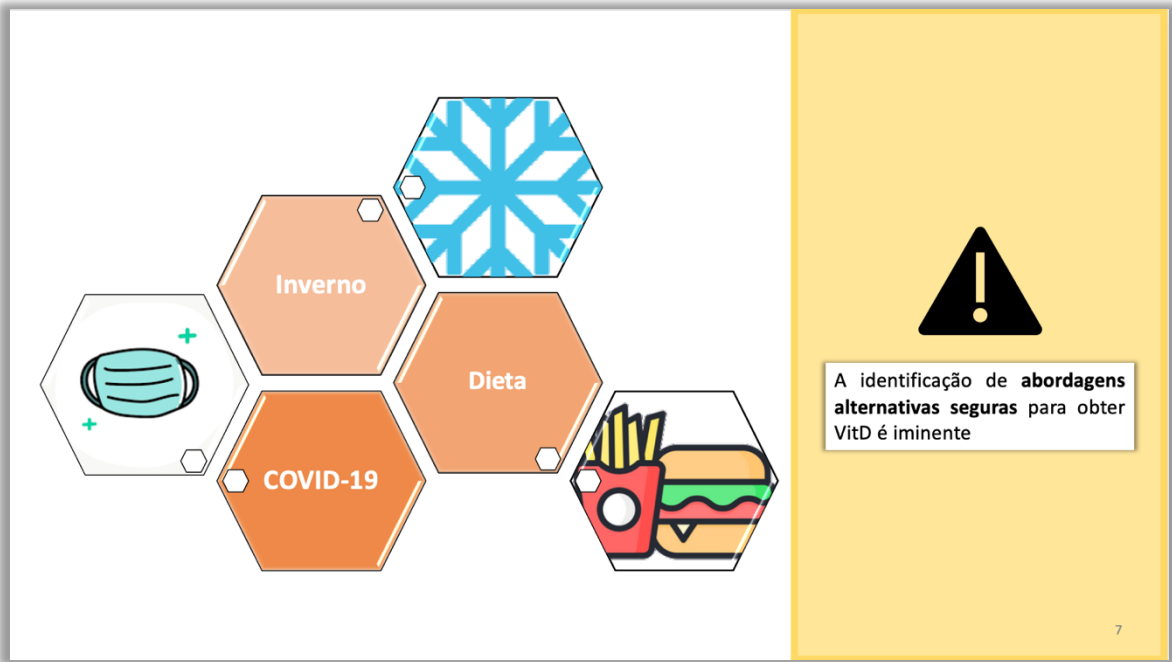
Mês		Tempo aproximado médio de exposição ao sol necessário para obter 1.000 UI de VitD (min) *
Janeiro		130
Abril		11
Julho		7.1
Outubro		31

Dificuldade em obter as doses recomendadas de VitD no inverno (Novembro-Fevereiro) através da exposição solar!

* Considerando a radiação UV do meio-dia solar e as seguintes exposições corporais: Janeiro – 10% (face, pescoço e mãos); Abril e Julho – 25% (face, pescoço, mãos e braços); Outubro – 15% (face, pescoço, mãos e antebraços).

Serrano, M.A., et al., Solar ultraviolet doses and vitamin D in a northern mid-latitude. *Sci Total Environ*, 2017; 574: p. 744-750.

6



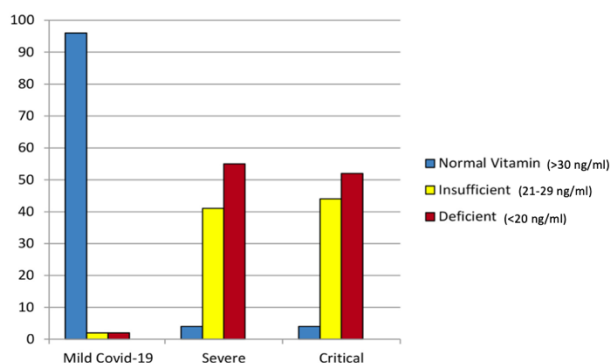
VitD e COVID-19: Qual a relação?



Vários estudos recentes têm demonstrado uma associação entre a insuficiência/deficiência de VitD e a gravidade/mortalidade da COVID-19, apontando para um possível efeito da VitD na resposta imune à infecção pelo SARS-Cov-2 e sugerindo que o **tratamento adjuvante com VitD pode melhorar os resultados da doença**.

9

VitD e COVID-19: Qual a relação?

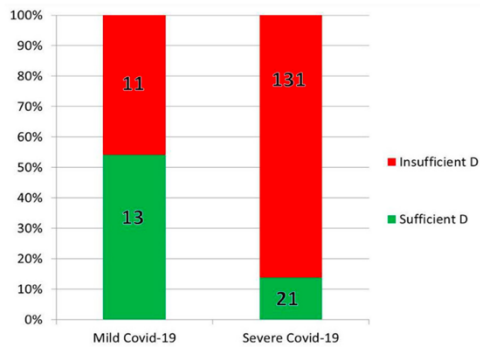


- 212 pacientes COVID-19;
- COVID-19 **leve**: **96%** com níveis de 25(OH)D **normais**;
- COVID-19 **grave/crítica**: **+ de 50%** apresentavam **deficiência em 25(OH)D**. Dos restantes, a quase totalidade com níveis insuficientes;
- **“O status de Vitamina D correlacionou-se de forma significativa e linear com a doença COVID-19 mais crítica”**.

Adaptado de Benskin, L.L., A Basic Review of the Preliminary Evidence That COVID-19 Risk and Severity Is Increased in Vitamin D Deficiency. Front Public Health, 2020. 8: p. 513.

10

VitD e COVID-19: Qual a relação?

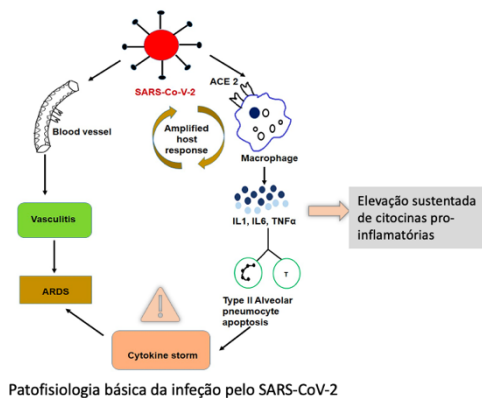


- 176 pacientes COVID-19 com 60+ anos;
- + de 80% -> insuficiência/deficiência de 25(OH)D;
- **Níveis + baixos em pacientes + velhos;**
- COVID-19 **leve** -> níveis insuficientes de 25(OH)D em **45%** dos pacientes;
- COVID-19 **grave** -> níveis insuficientes de 25(OH)D em **86%** dos pacientes.

Benskin, L.L., A Basic Review of the Preliminary Evidence That COVID-19 Risk and Severity Is Increased in Vitamin D Deficiency. Front Public Health, 2020. 8: p. 513.

11

VitD e COVID-19: Qual a relação?



Patofisiologia básica da infecção pelo SARS-CoV-2



- Controlo da “tempestade de citocinas”
- Restauração do equilíbrio imunológico

Mohan, M., J.J. Cherian, and A. Sharma, Exploring links between vitamin D deficiency and COVID-19. PLoS Pathog, 2020. 16(9): p. e1008874.

12



Suplementação

- Amplamente disponível
- Segura
- Relativamente barata
- Níveis de VitD são facilmente modificáveis

Mohamed, J., Cherian, and A. Sharma, *Exploring links between vitamin D deficiency and COVID-19*, *AutoS Pathog*, 2020, 14(2), p. e1008674.

13

Doses diárias recomendadas

O valor sérico de 25(OH)D que determina a deficiência de VitD **não é consensual** e continua sujeito a amplo debate...



“A deficiência de vitamina D deve ser definida como uma concentração plasmática de 25(OH)D inferior a 20 ng/ml no adulto.”

A dose recomendada por consenso na maioria dos estudos recentes para “os tempos COVID-19” é de **2.000 UI/dia**



Corresponde a 1/20 da quantidade que teria de ser tomada, durante muitos meses, para representar um risco de toxicidade

Direção-Geral da Saúde. Norma n.º 004/2019, de 14 de agosto. *Prevenção e tratamento da deficiência de vitamina D*. 2019.

Benskin, L.L., *A Basic Review of the Preliminary Evidence That COVID-19 Risk and Severity Is Increased in Vitamin D Deficiency*. *Front Public Health*, 2020. 8: p. 513.

14

Suplementação – sim ou não?

- A todas as pessoas com elevada probabilidade de deficiência de Vitamina D e alto risco de desfecho COVID-19 grave/fatal, "a suplementação deve ser fortemente recomendada e encarada como possível abordagem não farmacológica para a COVID-19".
- Evitar grandes doses em bólus (s/ efeito protetor) → Preferencialmente suplementos diários ou semanais.
- Grávidas/lactentes -> consultar 1º o médico!

Pereira, M., et al., Vitamin D deficiency aggravates COVID-19: systematic review and meta-analysis. Crit Rev Food Sci Nutr, 2020; p. 1-9.

Radujkovic, A., et al., Vitamin D Deficiency and Outcome of COVID-19 Patients. Nutrients, 2020. 12(9).

Rhodes, J.M., et al., Perspective: Vitamin D deficiency and COVID-19 severity - plausibly linked by latitude, ethnicity, impacts on cytokines, ACE2 and thrombosis. J Intern Med, 2021. 289(1): p. 97-115.

15

Suplementos existentes na Farmácia



16

Suplementos existentes na Farmácia



Toma diária



1.000 UI /saqueta
30 saquetas



4.000 UI / cápsula
60 cápsulas

17

Suplementos existentes na Farmácia



Toma semanal



25.000 UI /saqueta
4 saquetas
~3570 UI / dia



25.000 UI / ampola
4 ampolas
~3570 UI / dia

Toma quinzenal



11.000 UI / cápsula
6 cápsulas
~ 733 UI / dia
Se recomendarmos a toma
semanal -> ~ 1570 UI / dia

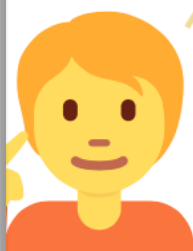
18



Vitamina D



"Um bocadinho ao sol é suficiente!"



será?



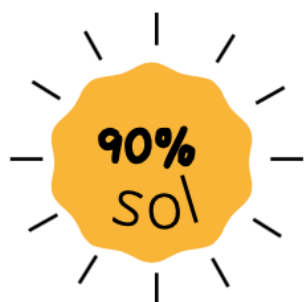
No inverno, são necessárias mais de 2 horas de exposição ao sol para obter a dose diária recomendada de Vitamina D! *

*Considerando a exposição da face, pescoço e mãos, sem protetor solar.



Os estudos mais recentes apontam que pessoas com deficiência de Vitamina D têm maior risco de desenvolver COVID-19 grave.

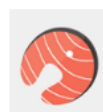
Fontes de vitamina D



- Inverno;
- Confinamentos;
- Uso obrigatório de máscara na rua



**Exposição solar
insuficiente**



**Alimentos consumidos
em quantidades
insuficientes**

**Suplementar com vitamina D
pode ser importante!**

Aconselhe-se com o seu médico ou farmacêutico.

Anexo 18: Primeira página da tabela dos produtos selecionados para a loja online -
Projeto III

BABÉ Facial Essentials		
Babé Água micelar 400 ml <u>Categoria:</u> Produtos de limpeza e tónicos	Remove a maquilhagem, limpa e tonifica o rosto, olhos e lábios. Apropriado para todos os tipos de pele, especialmente aqueles mais sensíveis ou sujeitos a tratamentos dermatológicos agressivos. Limpar o rosto e pescoço de manhã e à noite, com ajuda de um disco de algodão. 	12,30€
Babé Creme reparador labial 15 ml <u>Categoria:</u> Bálsamos labiais	Creme regenerador e hidratante, indicado para os lábios e zona perinasal em situações de secura, irritação e descamação. Pode ser usado para o cuidado dos lábios com cieiro. Aplicar nos lábios e/ou zona perinasal ao longo do dia, sempre que necessário. 	6,33€
Babé Stick labial SPF 20 4 g <u>Categoria:</u> Bálsamos labiais	Stick labial que nutre, hidrata e protege os lábios secos, muito secos e/ou gretados. Apresenta um filtro solar moderado (SPF 20) que protege das radiações solares e agressões externas. Aplicar nos lábios sempre que sentir necessidade. 	4,39€

Anexo 19: Oferta anunciada na loja *online* - Projeto III



OFERTA

Publicado por Farmácia De Coimbra

Lierac SUPRA RADIANCE
Sérum iluminador contorno
de olhos **COM OFERTA** de
Lierac SUPRA RADIANCE
Crème renovador detox noite

40,95 € 101,90 € Poupas € 60,95 (60%)

Guardar

Detalhes

Lierac SUPRA RADIANCE Sérum iluminador
contorno de olhos: Sérum ativador de
luminosidade do olhar. Corrige as rugas.
Tonifica. Anti-papos e anti-olheiras. Sem
perfume. Aplicar de manhã e à noite no
contorno dos olhos.

OFERTA: Lierac SUPRA RADIANCE Crème
renovador detox noite: Crème de noite
renovador, com efeito detox, para todos os
tipos de pele. Ajuda a desintoxicar e a corrigir
as rugas, para uma nova qualidade da pele ao
despertar. Aplicar à noite no rosto. Ver menos

Mensagem

Anexo 20: Aspeto geral do menu inicial da loja *online* - Projeto III

Farmácia De Coimbra Todos os produtos Babé Jowá Oral-B Lierac Phyto Martiderm

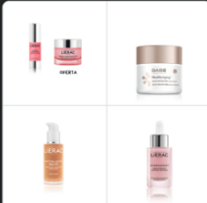
Loja

Ordenar por Relevância

Preço mín. Preço máx.

Em promoção ☒

Em stock ☐



OFERTA



OFERTA





OFERTA

Continuar a comprar
Carrinho, lista de desejos e
visualizados recentemente

Lierac SUPRA RADIANCE Sérum
iluminador contorno de olhos CO...
40,95 € 101,90 €

Martiderm Acnover Renovador
Nocturno
19,15 € 20,80 €

Lierac PREMIUM Crème
voluptuoso COM OFERTA de Lier...
115,93 € 179,78 €



Martiderm The Originals Proteos
Liposome x 30 ampolas
48,30 € 50,05 €



Martiderm Platinum
55,90 € 60,00 €



Martiderm Platinum Night Renew
Serum
57,55 € 62,45 €



Martiderm Black Diamond Ionto-
Filler Forhead Lines
49,85 € 62,30 €



RELATÓRIO DE ESTÁGIO

2020 - 2021

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