



RELATÓRIO DE ESTÁGIO

REALIZADO NO ÂMBITO DO MESTRADO INTEGRADO
EM CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS

Farmácia Confiança e Farmácia de Recarei

Catarina Isabel Gonçalves Dias



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

Relatório de Estágio Profissionalizante

Farmácia Confiança e Farmácia de Recarei

Janeiro de 2021 a Julho de 2021

Catarina Isabel Gonçalves Dias

Orientadora: Dr.^a Raquel Maria Correia Barros da Silva Tavares e

Dr.^a Helena Carmen Meireles de Andrade

Tutor FFUP: Prof. Doutor Carlos Manuel Magalhães Afonso

Outubro 2021

Declaração de Integridade

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

Faculdade de Farmácia da Universidade do Porto, 15 de outubro de 2021

Catarina Isabel Gonçalves Dias

Agradecimentos

Por mais que este seja um trabalho individual, não há trabalho nenhum no mundo que não necessite de ajuda e é por isso, acredito eu, que esta página de agradecimentos é tão importante, principalmente num trabalho tão especial. E, de facto, não há trabalho bem feito sem o apoio dos que nos são queridos e de plena consciência sei que é por todo esse apoio incondicional que entrego este relatório com a sensação de satisfação, leveza e muito orgulho.

Esta foi uma jornada inesquecível, como se de uma montanha-russa se tratasse. Passei por altos e passei por baixos, mas nunca os passei sozinha. E é a estes, que nunca me deixam só, a que dedico este relatório e vos agradeço, hoje e sempre, por me acompanharem.

Agradeço, em primeiro lugar, àquela que foi a minha segunda casa durante 5 anos. Tirou-me diariamente da cama cedo, fez-me almoçar sob vigilância das gaivotas e tirou-me seriamente o juízo por várias vezes e, mesmo assim, tenho saudades.

A todos aqueles que fazem parte desta instituição eu agradeço ainda mais. Professores, funcionários, pessoal docente e não docente, câezinhos do ICBAS e até as gaivotas e pavões: são vocês que fazem desta casa o que ela. A agitação e o silêncio, os sussurros em cada canto e as risadas até doer o estômago; são as pessoas que fazem da FFUP casa.

Aproveito ainda para fazer um agradecimento especial ao Prof. Dr. Carlos Afonso, meu tutor, e à Prof. Susana Casal por todo o apoio durante o meu estágio. Não fui, de todo, a melhor estudante que podia ter sido, mas mesmo assim fui suportada pelo apoio dos professores, o qual lhe tenho muito apreço.

Agradeço à Farmácia Confiança, em especial à Dr.^a Raquel Tavares, assim como a todos os colaboradores com que contactei, por prontamente me receberem na vossa casa. E à Farmácia de Recarei, especialmente à Dr.^a Helena Andrade, agradeço profundamente por me ter recebido, mesmo que eu estivesse desamparada e sem saber o que fazer, e me ter acolhido tão bem. Ainda, e como não poderia deixar de ser, um agradecimento especial à Dr.^a Anabela, Dr.^a Cláudia, Dr.^a Paula, Dr.^a Raquel, Dr.^a Lia, Dr.^a Bruna e Dr. Diogo por me terem feito sentir parte da equipa, por todo o apoio que me deram em todos os momentos, por todos os momentos de alegria que me proporcionaram e, principalmente, por me guiarem pelo caminho certo e me moldarem à vossa feição, como excelentes profissionais de saúde que são.

À minha equipa, especialmente às seniores da CP Sobreira, obrigado. Obrigado por todos os momentos, obrigado por todos os treinos, obrigado por todos os jogos e obrigado pela confiança que depositam em mim. Diariamente aprendo convosco e oxalá eu possa retribuir-vos tudo aquilo que fazem por mim, mesmo vocês não sabendo disso.

E, claro, obrigado aos meus treinadores. Obrigado pelas “coças”, obrigado pelas gritarias, obrigado pelas palavras e obrigado pela confiança. Com toda a certeza eu evoluo, como jogadora e não só, convosco.

Aos meus amigos da faculdade, obrigado. Obrigado pela paciência, obrigado pelos apontamentos, obrigado pelas assinaturas; obrigado por estarem ao meu lado e fazerem a diferença. Em especial, à Rafa, à Catarina, à Bia, à Bruna, à Denise e à Helena obrigado. Vocês, por mais longe que estivessem, estavam lá, independentemente de tudo. Oxalá mantenham essa conexão incrível.

Às minhas protetoras, um obrigado. Patrícia, a minha melhor escolha, e à Andreia, obrigado pelo vosso apoio e carinho; obrigado por essa luz que irradiam.

A todos os amigos da minha vida toda, obrigado. À Primo, à Alves, à Luana, à Pinto e ao Paulo, o meu sincero obrigado por me acompanharem e apoiarem em tudo, desde os primórdios, quando ainda nem se sabia o significado de amizade.

À minha família toda, obrigado. Vocês são as pessoas mais importantes da minha vida e, a vocês, devo tudo. Tudo o que fiz e tudo o que faço será sempre por vocês, porque de vocês nunca me faltou nada. Do fundo do coração, obrigado pelo vosso apoio; obrigado por me chamarem doutora mesmo não o sendo (ainda), obrigado pelas velinhas acesas, obrigado pelos almoços e lanches ajantarados que enchem o meu coração de felicidade. Oxalá tivesse tempo para vos escrever eternamente.

Ao meu Miguelito, ao meu amor mais precioso, obrigado. Tu, como ninguém, sabes aquilo que passamos para estar aqui, agora. Obrigado por me apoiares sempre e em toda a parte, quando podes ou não. Obrigado por me perceberes tão bem, obrigado por esta ajuda preciosa que me dás diariamente. Prometo dizer-te, um dia destes, tudo aquilo que te quero dizer e não disse aqui.

Aos meus pais, obrigado por tudo. Mãe, pai, sou quase doutora! E isto só pode acontecer porque vocês me trouxeram aqui, me guiaram pelo caminho certo e me protegeram incondicionalmente. Obrigado por serem tudo para mim!

À (chata) da minha irmã, obrigado! Não há nada como uma relação de amor-ódio numa história destas. E que bela história! Obrigado por me aturares (acho que é o mínimo, porque faço igual) e seres a melhor irmã do mundo (mesmo a sério).

À minha madrinha e ao Né, o meu irmão de coração, obrigado. Obrigado pelas conversas, pelas tarefas e por todo o amor que me dão.

E resta-me agradecer às minhas estrelinhas, em especial a ti, Gegé, porque mesmo estando eu numa sala escura, fechada e sem ninguém, tu estavas comigo. Obrigado por me acompanhares e guiares o meu caminho, estando onde estiveres. Isto também é por tua causa!

A todos vocês o meu sincero obrigado!

*“Mas há sempre uma candeia
Dentro da própria desgraça
Há sempre alguém que semeia
Canções no vento que passa.”*

“Trova do Vento Que Passa”, Grupo de Fados FFUP

Resumo

O Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas (MICF) envolve uma componente teórica variada e de largo espectro, o qual culmina num estágio profissionalizante que visa a aplicação dos conhecimentos técnico-científicos na prática.

Desta forma, o MICF possibilita um estágio em ambiente hospitalar e/ou comunitário, havendo ainda a hipótese de um período de investigação. Por minha preferência, optei por um estágio de seis meses em farmácia comunitária, que acabaram por ser distribuídos por duas farmácias distintas.

Apesar do imprevisto e dificuldades que surgiram ao longo destes seis meses, o facto de ter tido a oportunidade de estagiar em farmácias diferentes permitiu-me conhecer diferentes realidades e, também, diferentes equipas que, em ambos os casos, me auxiliaram e capacitaram naquelas que são as diferentes tarefas do farmacêutico, assim como me moldaram para ser sempre uma melhor profissional de saúde. Assim, é um dos objetivos deste relatório relatar o meu caminho de aprendizagem, o que inclui as minhas conquistas, mas, principalmente as minhas dificuldades.

O presente relatório é, então, constituído por duas partes.

Com a primeira parte pretende-se uma visão daquele que foi o meu estágio curricular, o que inclui o enquadramento geral relativo a cada farmácia seguido das atividades desenvolvidas nessas mesmas, no que se trata essencialmente às tarefas do farmacêutico.

A segunda parte é respeitante aos projetos desenvolvidos ao longo do estágio, que visaram essencialmente colmatar lacunas e necessidades relativas ao conhecimento dos temas propostos. Para este sentido, foram abordados temas como a Diabetes Mellitus, Suplementos Alimentares e Proteção Solar, respetivamente à ordem de desenvolvimento dos projetos.

As considerações finais descrevem as capacidades que desenvolvi, quer a nível profissional quer como pessoa, resultado do meu caminho, da minha experiência e daquele que foi primeiro contacto com esta profissão.

Índice

Declaração de Integridade.....	III
Agradecimentos	IV
Resumo	VII
Índice.....	VIII
Lista de Abreviaturas	X
Introdução	1
Parte I - Atividades realizadas no Estágio Curricular em Farmácia de Oficina	2
1. A Farmácia Confiança	2
1.2. Recursos Humanos	3
1.3. Instalações e Equipamentos.....	4
1.3.1. Espaço Exterior.....	4
1.3.2. Espaço Interior	5
1.3.2.1. Área de Receção de Encomendas e Armazenamento	7
1.3.2.2. Laboratório	9
1.3.2.3. Gabinete de Atendimento Personalizado	10
2. A Farmácia de Recarei.....	10
2.1. Recursos Humanos	11
2.2. Instalações e Equipamentos.....	11
2.2.1. Espaço Exterior.....	11
2.2.2. Espaço Interior	12
2.2.2.1. Área de Receção de Encomendas e Armazenamento	13
2.2.2.2. Laboratório	14
2.2.2.3. Gabinete de Atendimento Personalizado	14
3. Atividades Realizadas em Farmácia Comunitária	14
3.1. Gestão e Administração em Farmácia Comunitária	14
3.2. Dispensa de Medicamentos e Produtos Farmacêuticos	20
3.3. Serviços Farmacêuticos	26
3.4. Formações.....	27
Parte II - Projetos Desenvolvidos no Estágio Curricular em Farmácia de Oficina	28
A) Projeto I – Rastreio Solidário	28
1. Enquadramento Teórico.....	28
1.1. Diabetes Mellitus.....	28
1.2. Diabetes <i>Mellitus</i> como Problema de Saúde Pública	30

1.3. O Papel do Farmacêutico no Diagnóstico e Prevenção da Diabetes <i>Mellitus</i>	31
2. Enquadramento Prático	34
3. Objetivos	35
4. Métodos e Resultados	35
5. Conclusão.....	37
B) Projeto II – Suplementação: Riscos e Benefícios	37
1. Enquadramento Teórico.....	37
1.1. A Problemática dos Suplementos Alimentares	38
2. Enquadramento Prático	40
3. Metodologia	41
4. Resultados e Discussão	42
5. Conclusão.....	46
C) Projeto III – Proteção Solar	47
1. Enquadramento Teórico.....	47
2. Enquadramento Prático	51
3. Objetivos	51
4. Métodos e Resultados	52
5. Conclusão.....	53
Considerações Finais	54
Referências.....	55
Anexos	60

Lista de Abreviaturas

- ANF** – Associação Nacional das Farmácias
- APELA** – Associação Portuguesa de Esclerose Lateral Amiotrófica
- ASAE** - Autoridade de Segurança Alimentar e Económica
- BPF** – Boas Práticas de Farmácia Comunitária
- CCF** – Centro de Conferência de Faturas
- CNP** – Código Nacional do Produto
- COVID-19** – *Coronavirus Disease 2019*
- CT**– Colesterol Total
- DCI** – Denominação Comum Internacional
- DGAV** – Direção-Geral da Alimentação e Veterinária
- DM** – Diabetes *Mellitus*
- DT** – Diretor/a Técnico/a
- EPI** – Equipamento de Proteção Individual
- FC** – Farmácia Confiança
- FDA** - *Food and Drug Administration*
- FGP** – Formulário Galénico Português
- FP** – Farmacopeia Portuguesa
- FR** – Farmácia de Recarei
- HDL** – *High Density Lipoprotein*
- IMC** – Índice de Massa Corporal
- INFARMED** – Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde
- INT** – Índice Nacional Terapêutico
- IVA** – Imposto sobre o Valor Acrescentado
- LDL** – *Low Density Lipoprotein*
- MICF** – Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas
- MNSRM** – Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica
- MNSRM-EF** - Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica de Venda Exclusiva em Farmácia
- MSRM** – Medicamentos Sujeitos a Receita Médica
- OMS** – Organização Mundial de Saúde
- PA** – Pressão Arterial

PCHC - Produtos Cosméticos e de Higiene Corporal

PT – Prontuário Terapêutico

PUV – Produtos de Uso Veterinário

PVA – Preço de Venda ao Armazenista

PVF – Preço de Venda à Farmácia

PVL – Produtos de Venda Livre

PVP – Preço de Venda ao Público

SA – Suplementos Alimentares

SAMS – Serviços de Assistência Médico-Social do Sindicato dos Bancários

SNS – Serviço Nacional de Saúde

TG – Triglicerídeos

UV - Ultravioleta

VVM – Via Verde do Medicamento

Introdução

A profissão farmacêutica existe há vários séculos, remontando a sua história em Portugal para o século XIII. Contudo, o papel exercido pelo farmacêutico, outrora pouco interventivo, mudou progressivamente, evoluindo de um fornecedor de produtos farmacêuticos para um prestador de serviços de saúde, especialista no medicamento, capacitado para lidar com as dúvidas inerentes a este e à saúde do utente.

Sendo as farmácias estabelecimentos de saúde extensamente procurados pelos utentes, quer pela sua comodidade e/ou proximidade, quer pela sua representatividade territorial, a formação de pessoal especializado é de todo o interesse, principalmente porque em vários locais não existem outras estruturas de saúde, sendo o farmacêutico muitas vezes o principal profissional de saúde procurado, pelo que se torna imperial que este saiba lidar com os problemas existentes.

Posto isto, ser farmacêutico acarreta uma grande responsabilidade, a qual pude experimentar ao longo do meu estágio. Ora fosse na execução de tarefas ora no atendimento ao público, cabe ao farmacêutico não só assumir uma postura de profissionalismo, mas também de respeito e vontade de ajudar o outro; de facto, várias pessoas veem no farmacêutico um profissional de saúde diferenciado, pelo que o procuram tanto para esclarecimentos no que diz respeito, por exemplo, à sua medicação, como para desabafar sobre os seus problemas.

Atendendo a estas ideias, o presente relatório tem como objetivo relatar a minha experiência passada no estágio curricular em farmácia comunitária, decorrido na Farmácia Confiança (FC) e na Farmácia de Recarei (FR), descrevendo as tarefas e funções por mim desempenhadas bem como os projetos desenvolvidos, dos quais alguns deles estão descritos no cronograma abaixo.

Tabela 1. Cronograma das atividades desenvolvidas durante o estágio.

Atividades Desenvolvidas	Farmácia Confiança		Farmácia de Recarei				
	Janeiro (11/01)	Fevereiro	Março	Abril	Maio	Junho	Julho (31/07)
Receção e conferência de encomendas							
Dispensa de medicamentos e produtos farmacêuticos							
Gestão de stock e prazos de validade							
Avaliação de parâmetros fisiológicos e bioquímicos							
Formações							
Projeto I							
Projeto II							
Projeto II							

Parte I - Atividades realizadas no Estágio Curricular em Farmácia de Oficina

1. A Farmácia Confiança

A Farmácia Confiança (de Paredes) (FC), de propriedade e direção técnica da Dr.^a Dra. Raquel Maria Correia Barros da Silva Tavares, está sedeadada no centro da cidade de Paredes, atualmente localizada na Rua de Timor, número 69.

A FC é a farmácia mais antiga do concelho, apesar de em 2008, com a respetiva autorização do INFARMED, a sua localização tenha sido alterada e as suas instalações completamente renovadas e modernizadas. Assim, anos de experiência e acompanhamento dos paredenses aliados ao serviço de promoção de saúde e bem-estar dos utentes que a visitam tornam a FC uma farmácia de renome constantemente visitada pelos cidadãos paredenses e não só.

Sendo Paredes um dos concelhos mais jovens e mais populosos no país,⁽¹⁾ a FC abrange uma população heterogénea e faz uma extensa cobertura populacional, sendo visitada por indivíduos de diferentes faixas etárias e com diferentes poderes de compra. Desta forma, a FC

conta com utentes fidelizados à farmácia, pertencentes à cidade e a diversas freguesias do concelho, mas também é visitada por indivíduos não fidelizados, muito devido à sua localização privilegiada e proximidade com meios de transporte, nomeadamente o comboio e autocarro.

A FC está em funcionamento diariamente, de segunda a domingo, sendo o horário de atendimento ao público praticado das 8h30min às 23h00min, de segunda a sexta, e das 9h00min às 23h00min, durante o dia de sábado e domingo, não havendo qualquer interrupção no horário. Periodicamente, devido à necessidade de a população ter acesso permanente a medicamentos disponibilizados pelas farmácias, a FC cumpre turnos de serviço permanente, cumprindo o estabelecido pelo Decreto-Lei n.º 172/2012, de 1 de agosto.⁽²⁾ As informações inerentes ao horário de funcionamento da FC - traduzindo-se isto pelo horário habitual e dias de serviço de permanência - bem como a localização e respetivos contactos das farmácias em regime de serviço permanente do município são visivelmente afixadas no exterior da farmácia.

1.2. Recursos Humanos

Segundo a legislação em vigor, ditada pelo artigo 24º do Decreto-Lei n.º 307/2007, de 31 de agosto, subsequentemente alterado pelo Decreto-Lei n.º 171/2012, de 1 de agosto, que estabelece o regime jurídico das farmácias de oficina, o corpo técnico da farmácia deve ser constituído por um quadro farmacêutico coadjuvado por um quadro não farmacêutico, dos quais técnicos de farmácia e outro pessoal devidamente habilitado.^(3, 4)

Já o artigo 23º no mesmo Decreto dita a obrigatoriedade da existência de, pelo menos, dois farmacêuticos no corpo técnico da farmácia, com o intuito de se cumprir a permanência constante do diretor técnico na farmácia, ou do farmacêutico adjunto da sua ausência. É ressalvado ainda, neste mesmo artigo, que os farmacêuticos devem constituir, de forma preferencial, a maioria dos trabalhadores da farmácia.^(3, 4)

Respeitando os requisitos propostos pela legislação supracitada, a FC é constituída por um corpo técnico diverso, ao qual pertencem quatro farmacêuticos (dos quais a Dr.^a Raquel Tavares é diretora técnica e a Dr.^a Alexandra é farmacêutica adjunta), oito técnicos de farmácia e um técnico auxiliar de farmácia. A equipa é ainda complementada com um nutricionista, dois administrativos, um engenheiro e um responsável pela limpeza e manutenção da farmácia. Toda a equipa técnica está devidamente identificada com um cartão, onde se leem os respetivos nomes e títulos profissionais.⁽⁵⁾

1.3. Instalações e Equipamentos

1.3.1. Espaço Exterior

A FC é facilmente identificada pela inscrição “Farmácia Confiança” na fachada do edifício respetivo, onde têm ainda a cruz verde luminosa, disposta perpendicularmente ao local, que torna inconfundível o tipo de estabelecimento e serviços prestados, tal como exige o artigo 28º do Decreto-Lei n.º 307/2007, de 31 de agosto, subsequentemente alterado pelo Decreto-Lei n.º 171/2012, de 1 de agosto.^(3, 4) Adicionalmente, a FC, como aderente ao Programa das Farmácias Portuguesas, uma rede originária da ANF que conta com cerca de 2000 farmácias em todo o território português e que visa a união das farmácias portuguesas,⁽⁶⁾ tem exposto o símbolo das “Farmácias Portuguesas”.

Para além da sua identificação, no exterior e a todo o seu redor vêem-se expostos cartazes publicitários de Produtos de Venda Livre (PVL), substituídos sazonalmente atendendo às novidades e/ou às campanhas promocionais em vigor.

Sendo uma farmácia central, as novas instalações da FC contam com benefícios como um parque privativo para os clientes da farmácia, o qual dispõe de lugares reservados a clientes portadores de deficiências e ambulâncias, rampas e portas largas para acessibilidade total a todo o tipo de clientes (sejam eles portadores de deficiência, idosos, crianças e utentes que se deslocam com carrinhos de bebé) e ainda dois elevadores que facilitam o acesso e deslocação para o segundo piso da farmácia, sendo seguidas as Boas Práticas de Farmácia Comunitária (BPF).⁽⁵⁾

Dirigindo-nos à porta principal verificamos a presença de informações obrigatórias e pertinentes sobre a farmácia: em conformidade com as normas em vigor, divulga-se a informação relativa à farmácia, como a sua identificação e respetivo nome da DT, horário de funcionamento, as farmácias do município em regime de serviço permanente e outros documentos e informações que sejam eventualmente necessários. Mais ainda, a porta principal dispõe de uma campainha para o qual é dado o acesso ao postigo para atendimento noturno, que fica numa antecâmara que dá posteriormente acesso ao interior da farmácia, onde se efetua o atendimento em turnos de serviço da FC com a máxima comodidade e qualidade para o utente, garantindo sempre a segurança do profissional de saúde. Contudo, e em alternativa ao atendimento ao postigo, a FC oferece ainda um serviço diferenciado e rápido que é a máquina de vendas: nesta encontram-se os produtos de venda livre mais frequentemente procurados, associados a necessidades momentâneas, como são os produtos de sexualidade e puericultura.

1.3.2. Espaço Interior

O acesso ao interior da farmácia pode ser feito por duas vias: a porta principal que dá entrada à antecâmara que, por sua vez, pela porta envidraçada automática, acessa à área de atendimento ao público, sendo esta a via comumente usada pelos clientes da FC; ou pela porta das traseiras que, mais uma vez, dá acesso a uma divisão onde estão, de um lado, os elevadores, destinados a dar o acesso a clientes incapacitados e aos fornecedores de chegarem ao segundo piso, e, do outro, uma porta que dá acesso direto ao *backoffice*, destinada exclusivamente à entrada dos funcionários da FC.

Na entrada para a FC, dentro da antecâmara, os clientes encontram cadeiras, nas quais podem aguardar a sua chamada nas senhas, em caso de a farmácia estar lotada, visto esta sala ser equipada com uma televisão que informa, áudio e visualmente, da letra e número da senha assim como o balcão de atendimento respetivo. À volta de toda a sala são expostos cartazes promocionais e informativos que permitem a informação e entretenimento dos clientes, assim como panfletos e revistas relativas à área da saúde.

Entrando na farmácia, deparamo-nos com um espaço amplo, simples e organizado, bem iluminado e devidamente ventilado. À entrada encontra-se o dispositivo de recolha de senhas, que permite o atendimento por ordem de chegada, atendendo às prioridades e serviços, as quais são ditadas pelas televisões da farmácia. Juntamente com este dispositivo, encontra-se também na entrada uma balança automática, que permite a determinação do peso, altura e índice de massa corporal (IMC).

Espalhados por toda a farmácia, visando respeitar o distanciamento social atualmente aconselhado devido à pandemia, existem bancos onde os clientes podem aguardar a sua vez. A toda a volta os lineares envolvem a farmácia, os quais dispõem de vários produtos organizados pelas diferentes áreas, como é o caso de suplementos, cosméticos, produtos de higiene íntima, sexualidade, maternidade e bebé e outros, e pelas respetivas marcas. Ao fundo vêm-se oito balcões de atendimento, dispostos em “L”, fazendo-se o trajeto até lá entre gôndolas e expositores móveis que exibem campanhas ou promoções correntes, de acordo com a época do ano e interesse do consumidor. Imediatamente atrás dos balcões, e de modo inacessível aos utentes, encontram-se lineares que expõe os MNSRM que são dispensados com maior frequência por serem famosos conhecidos dos utentes ou que são frequentemente alvo do aconselhamento farmacêutico para o tratamento de transtornos menores, como antigripais, antitússicos e anti-inflamatórios, considerando sempre a rotatividade dos medicamentos.

Todos os balcões são devidamente munidos com o essencial ao atendimento: computador, impressora, leitor ótico, multibanco e um espaço de armazenamento de consumíveis; há, contudo, a particularidade de os pagamentos em numerário serem feitos numa de duas máquinas automáticas, não havendo gavetas articuladas aos balcões.

Na lateral do espaço principal da farmácia existe ainda um local reservado a alguns serviços disponibilizados pela FC, em especial na área capilar e de podologia, assim como a casa de banho de serviço e umas escadas que dão acesso ao segundo andar, onde estão expostos produtos de maiores dimensões associados às categorias de ortopedia, como canadianas e andarilhos, e maternidade/bebé, como os carros de bebé e brinquedos. Na lateral oposta, e correspondente ao balcão 7, encontra-se um balcão recôndito, escondido por gôndolas, que permite a privacidade para se fazerem as medições de parâmetros bioquímicos aos utentes, como a medição da pressão arterial (PA), glicose sanguínea, colesterol total (CT), triglicerídeos (TG) e ainda a hipótese de determinação do perfil lipídico (o que inclui CT, HDL, LDL, triglicerídeos e glicose sanguínea).

Para além do espaço da farmácia conhecido e habitado pelos utentes, a FC dispõe de diversos outros compartimentos, com entrada exclusiva à equipa. Atrás dos balcões existe um espaço de serviço, onde se encontram computadores de serviço e telefones, pensados para dar resposta aos utentes que contactam telefonicamente a farmácia ou através de outros meios como são atualmente as redes sociais, assim como um conjunto de gavetas organizadas por categoria e em ordem alfabética, onde estão reservados produtos que não se encontram expostos nem armazenados nas gavetas traseiras dos balcões ou que estão em excesso, como os injetáveis, produtos cosméticos e de higiene pessoal e alguns dispositivos médicos. Esta área, por sua vez, dá acesso a várias outras: um escritório, onde se fazem embrulhos personalizados e se guardam as amostras, assim como informação acerca de marcas e produtos; um armazém, onde se armazenam os produtos em excesso; um gabinete, onde se dá administração de injetáveis; um laboratório, onde se elaboram os produtos farmacêuticos manipulados; uma copa e um local onde se encontra o vestiário, para a troca de roupa; e a casa de banho da equipa.

No andar de cima, para além de uma grande área para o consumidor, existem diversas salas, das quais: dois escritórios, sendo um deles direcionado à parte administrativa e contabilística da farmácia e um segundo onde atualmente se realizam os testes a COVID-19 e, semanalmente, consultas de nutrição; um armazém, onde se resguardam as encomendas diárias;

e, por fim, o local de receção de encomendas, onde se dá a entrada de encomendas e se faz a manutenção do *robot*.

1.3.2.1. Área de Receção de Encomendas e Armazenamento

A FC tem os seus compartimentos bem definidos, pelo que as diferentes tarefas habitualmente desempenhadas num espaço comum designado *backoffice*, local onde se efetua a entrada e gestão das encomendas, acabam por ser realizadas por diferentes colaboradores em locais próprios. Assim sendo, acabam por surgir diferentes áreas com diferentes finalidades, mas que poderiam culminar numa só “função”.

Diariamente, e duas vezes por dia, a FC recebe encomendas dos seus fornecedores, as quais se dirigem para o segundo piso onde se localizam três áreas essenciais para a gestão e receção das encomendas: uma das salas funciona exclusivamente para armazenar as encomendas realizadas em massa ou de maior volume; uma segunda sala existe para gerir, contabilisticamente falando, as encomendas e restante assuntos da farmácia; e uma terceira sala aonde se dá a entrada das encomendas no *stock* da farmácia.

A sala da receção e entrada de encomendas foi aquela aonde tive a oportunidade de passar mais tempo, ajudando essencialmente na colocação de preços e alarmes, reservados aos produtos de venda livre que eram expostos nos lineares e gôndolas da farmácia, assim como fiz o armazenamento de medicamentos (assim destinados) no *robot*. Para o seu efeito, a sala é equipada com uma secretária em “L”, computador, leitor ótico, impressora multiusos e de etiquetas, alarmes, telefones e outros materiais complementares.

Dada a entrada no *stock* da FC, os produtos são colocados ao longo da secretária, sendo separados conforme as suas necessidades: aos produtos de venda livre são adicionadas as etiquetas com o preço e, adicionalmente, àqueles que estão expostos nos lineares e gôndolas em que o cliente entra em contacto são colocados ainda alarmes; os produtos que são MSRM, são colocados no *robot*, com exceção daqueles que são mais volumosos ou de material frágil.

O *robot* é um sistema de armazenamento e dispensa automático que torna o trabalho de armazenamento e dispensa mais rápido e eficaz, sendo um excelente complemento a esta função do farmacêutico ou outro profissional. A colocação de medicamentos no *robot* é um processo bastante simples, o qual tive a oportunidade de realizar: num tapete deslizante colocam-se os medicamentos, numa ordem inespecífica, devendo apenas ter-se o cuidado de distanciar as caixas e, para o mesmo medicamento, colocar as caixas seguidas; no computador anexo ao sistema, coloca-se a quantidade de um mesmo medicamento e a sua data de validade,

garantindo assim que se cumpra o princípio do “*First Expired, First Out*”, isto é, os medicamentos com data de validade mais próxima de expirar são dispensados primeiro. Com as câmaras que permitem ver o armazenamento em tempo real e através de “braços medidores”, o *robot* analisa e reconhece o medicamento colocando-o no local correto; havendo algum tipo de erro detetado pelo próprio *robot* ou pelo seu manuseador é facilmente corrigido pela expulsão do(s) medicamento(s) em local próprio.

Todos os medicamentos e restantes produtos que não são armazenados no *robot* são colocados num carro transportador que se dirige, posteriormente, a um elevador de produtos que segue para o piso abaixo para serem armazenados em gavetas deslizantes ou em local de excessos.

Na sala diretamente atrás dos balcões encontra-se uma “sala comum” onde, para além do material de serviço e local de formações, se encontra uma grande parede de gavetas organizadas por ordem alfabética e por formas farmacêuticas, distinguidas por cores. Nestas são armazenados todos os produtos, sejam MSRM, MNSRM e de venda livre, sendo eles comprimidos, xaropes, injetáveis e outros. Também, em local devidamente identificado, se resguardavam os dispositivos médicos menores, como são os termómetros e oxímetros. Por fim, todos os produtos e dispositivos médicos de maior volume ou produtos em excesso que não tinham lugar nas gavetas são armazenados no armazém.

Em todo o caso, o processo de armazenamento da FC segue o princípio de “*First Expired, First Out*”, quer no *robot* quer nas gavetas e armazém, fazendo seguir um fluxo de vendas de medicamentos pela sua ordem de validade, priorizando a venda daqueles que tem um prazo de validade mais reduzido.

Apesar desse processo ser feito, há sempre produtos que acabam por se aproximar da data em que expiram, pelo que há também a necessidade de fazer, mensalmente, o controlo dos prazos de validade dos produtos em *stock*, o que foi também uma das tarefas que tive a oportunidade de realizar. Para isso, através do sistema informático da farmácia, é emitida uma listagem de produtos cujo prazo de validade termina num determinado número de meses, de maneira que estes produtos sejam retirados atempadamente dos expositores ou respetivos locais de armazenamento e devolvidos aos fornecedores (se assim for possível), evitando que sejam vendidos por um lado, e que haja total prejuízo para a farmácia, por outro (porque serão reembolsados, em parte).

É de salientar, por fim, que todas as zonas de armazenamento estão sob condições de iluminação, temperatura, humidade e ventilação controladas, respeitando as exigências dos

medicamentos e restantes produtos farmacêuticos, sendo estes dados monitorizados, registados e confirmados pelo sistema automático implementado na farmácia.

1.3.2.2. Laboratório

O laboratório da FC é um espaço amplo, devidamente iluminado e ventilado, com temperatura e humidade controlada, que está envolvido por paredes lisas e superfícies planas facilmente desinfetadas. Este é o espaço no qual se dá a preparação, acondicionamento e rotulagem dos designados produtos “manipulados”, isto é, que são fórmulas magistrais ou preparados oficinais, que podem ser realizados em farmácia de oficina, preparados e dispensados sob a responsabilidade de um farmacêutico.⁽⁷⁾

O laboratório da FC está equipado com o material indispensável de manipulação, quer para a sua preparação como armazenamento, e equipamento mínimo obrigatório, o que inclui o material de vidro mais comum (como *gobelets*, pipetas graduadas, provetas, varetas e outros), uma balança analítica, uma placa de aquecimento, uma *hotte*, e um aparelho de mistura *Unguator*[®]. Todos os materiais são devidamente organizados em armários identificados, o que acontece também para as matérias-primas. É no laboratório também que se encontram os frigoríficos, programados para manterem uma temperatura que varia dos 2°C aos 8°C, no qual são dispostos os produtos de frio, como são as vacinas.

Reservado num canto do laboratório existe uma enorme estante onde se encontra toda a bibliografia e fontes de informação útil à atividade e prestação de serviços de excelência pelo farmacêutico, como o Formulário Galénico Português (FGP), a Farmacopeia Portuguesa (FP), Prontuário Terapêutico (PT) e Índice Nacional Terapêutico (INT), e registos dos medicamentos manipulados, que inclui a ficha de preparação e outros documentos importantes como o registo dos movimentos das matérias-primas.

Apesar de atualmente recorrer ao apoio de uma segunda farmácia aliada para a preparação de manipulados, a FC faz alguns manipulados de preparação mais simples, como é o xarope de trimetoprim, indicado para o tratamento de infeções, especialmente do trato respiratório e urinárias. Eu tive a oportunidade de, por algumas vezes, fazer este preparado oficial, assim designado porque a sua preparação foi realizada segundo indicações compendiais do FGP,⁽⁸⁾ o que, para mim, foi sem dúvida um dos maiores privilégios do estágio curricular na FC. Com a preparação de manipulados, eu pude não só pôr em prática todo o trabalho de laboratório aprendido especialmente nas cadeiras de Tecnologia Farmacêutica, mas também com as regras de manipulação e exigências de o fazer, seguindo sempre o

protocolo estipulado e descrevendo todos os passos na folha de preparação, já conhecida das aulas.

Por último, também é no laboratório que se encontram os contentores do projeto VALORMED, um projeto de recolha de medicamentos e outros produtos farmacêuticos cuja validade expirou ou que já não são usados, com o intuito de serem devidamente processados, visto ser um tipo de “lixo especial”.⁽⁹⁾

1.3.2.3. Gabinete de Atendimento Personalizado

A FC dispõe de um gabinete que visa um atendimento personalizado ao utente, destinado à prestação de serviços diferenciados, como são a administração de injetáveis, a furação de orelhas e a realizar as medições necessárias para meias de compressão. Visto ser um local exclusivo e reservado, é também o local destinado a utentes que queiram ter um atendimento mais especial (como por vezes alguns utentes queriam mostrar feridas ou manchas em locais mais escondidos).

2. A Farmácia de Recarei

A Farmácia de Recarei (FR), endereçada na Rua João Paulo II, nº 29-39, localiza-se, tal como o nome indica, na freguesia de Recarei (pertencente ao concelho de Paredes), face à estrada nacional, o que lhe garante uma boa localização. Para além disso, a FR fica no local mais centralizado e movimentado de Recarei, junto a outros estabelecimentos, como vários mercados, banco e Igreja de Recarei e, adicionalmente, fica relativamente perto de uma estação e um apeadeiro de comboio, assim como da paragem de autocarros, o que lhe garante ainda bons acessos.

Contudo, a FR insere-se num ambiente pacato e pouco urbanizado, pelo que os utentes visitantes da farmácia são frequentemente conhecidos e já fidelizados. Mesmo assim, para a freguesia de Recarei e algumas terras vizinhas, a FR é uma das duas farmácias existentes num raio de alguns quilómetros, pelo que a FR recebe diariamente um grande volume de utentes.

A FR funciona de segunda a sábado, com um horário de atendimento ao público que inicia às 8h30 e se estende até às 20h30, ininterruptamente, encerrando aos domingos e feriados nacionais. O Decreto-Lei n.º 172/2012, de 1 de agosto dita que, com a necessidade de satisfazer os pedidos de urgência dos utentes, deve haver o funcionamento continuado dos serviços farmacêuticos, dispostos em turnos de serviço.⁽²⁾ Para o caso particular do município de Paredes que não oferece serviços de urgência do SNS, aplica-se a existência de uma farmácia de turno

de regime de disponibilidade entre a hora normal de encerramento e de abertura do dia seguinte, isto é, uma farmácia que assegura a disponibilidade de um farmacêutico ou um auxiliar legalmente habilitado para atender ao público em caso de emergência, com um limite mínimo de funcionamento de 44 horas, de segunda a sábado, entre as 7 e as 20 horas.⁽¹⁰⁾ A FR fazia parte das farmácias em regime de disponibilidade, mas visto ter havido a alteração deste regime, aprovado pelo *Infarmed*, atualmente é exposta a Linha 1400 em substituição do mapa de turnos. Para além disso, a FR tem devidamente afixado no exterior da farmácia, junto com o seu horário, o documento de identificação das farmácias de serviço permanente no município de Paredes.

2.1. Recursos Humanos

Tal como já referido anteriormente, está estabelecido no regime jurídico das farmácias de oficina que o corpo técnico da farmácia pode ser constituído por um quadro farmacêutico e não farmacêutico, com obrigatoriedade de permanência de pelo menos dois farmacêuticos na equipa para que se cumpra o horário mínimo estipulado de permanência destes profissionais.
(3, 4)

Ainda, é ressaltado no artigo 23º do Decreto-Lei n.º 307/2007, de 31 de agosto, que os farmacêuticos devem, preferencialmente, constituir a maioria dos trabalhadores da farmácia,^{(3,}
⁴⁾ o que é devidamente respeitado e apreciado pela proprietária e diretora técnica, Dr.^a Helena Andrade, que tem um corpo técnico constituído, exclusivamente, por farmacêuticos. Para além dos sete farmacêuticos, dos quais a Dr.^a Helena como diretora técnica e a Dr.^a Anabela Sá Silva como farmacêutica adjunta, a equipa fica completa com a responsável pela limpeza e manutenção da farmácia. Toda a equipa técnica está devidamente identificada com um cartão, onde constam os nomes e categorias profissionais.⁽⁵⁾

2.2. Instalações e Equipamentos

2.2.1. Espaço Exterior

A FR identifica-se pela sua fachada onde consta o seu nome e a cruz verde luminosa, característica destes estabelecimentos de saúde, tal como exigido pela legislação em vigor.

Na fachada vêem-se ainda expostos cartazes publicitários de PVL, que são alterados sazonalmente e conforme as campanhas e novidades do mercado de maior interesse para a FR. Ainda na entrada, onde se vê uma porta larga (porta principal) que permite a passagem aos utentes com mais dificuldade ou portadores de deficiências, fazendo-se praticar as BPF,

expõem-se as informações obrigatórias, que constam na legislação em vigor, como é o documento com o horário, farmácias de serviço e DT, e outras informações eventualmente necessárias e pertinentes.

Perto da porta principal, existe ainda uma porta secundária, de acesso exclusivo à equipa, por onde se dá as entradas e saídas da equipa da farmácia, assim como de fornecedores e pessoal convidado, dispondo de uma campainha ao seu lado.

2.2.2. Espaço Interior

Após entrada na FR deparamo-nos logo com uma máquina de senhas, onde estas são divididas pelo tipo de atendimento pretendido: atendimento geral (A), atendimento prioritário (B) e levantamento de reservas (C), que visa uma melhor e justa organização no atendimento, garantindo que os utentes prioritários sejam prioritariamente atendidos e que os utentes de levantamento de reservas não tivessem de aguardar como para um atendimento normal.

Seguindo para o espaço de atendimento, quando chamados pelo som da televisão que dita a ordem das senhas, passamos para um espaço pequeno, mas afável, organizado, iluminado e ventilado. Em frente, encontram-se três balcões de atendimento onde inicialmente, devido à pandemia por COVID-19, apenas dois estavam em funcionamento para se garantir que não era ultrapassado o número permitido de pessoas naquele espaço. Os balcões são devidamente instalados com computadores e respetivos acessórios, leitor ótico, impressora de talões e etiquetas, gaveta e terminal de multibanco.

À volta, o espaço é rodeado de lineares onde se expõe alguns PVL, como produtos cosméticos e produtos de puericultura e gravidez, organizados por categorias, marcas e respetivas linhas. A FR é ainda munida de uma balança automática que permite a medição do peso e altura, fornecendo o cálculo do IMC. Outros produtos como MNSRM e suplementos, apesar de bem visíveis, encontram-se atrás dos balcões.

Para além do espaço central da FR, existe ainda uma sala anexa mais resguardada aonde se realizam os testes bioquímicos, como a medição de PA, glicemia, CT e TG, assim como a administração de injetáveis. A sala encontra-se equipada com uma mesa e bancos e todo o material necessário para a realização de testes e posterior higienização. Adjunto a esta sala existe ainda as instalações sanitárias dos utentes que durante a pandemia se encontravam inacessíveis.

À parte do espaço visitado pelo utente, a FR dispõe de um espaço interdito a indivíduos não autorizados, onde se situa a área de serviço e armazenamento, um armazém, uma dispensa, um laboratório, um gabinete dedicado à gestão da farmácia e uma instalação sanitária.

2.2.2.1. Área de Receção de Encomendas e Armazenamento

No espaço imediatamente acessado após a saída dos balcões localiza-se o *backoffice*, onde se dá a entrada de encomendas e o seu armazenamento em gavetas deslizantes. Aqui, existe um computador de serviço, com um leitor ótico incorporado e impressora (e outros materiais de apoio), para que seja possível diariamente fazer-se a receção das encomendas, que se vão dispondo ao longo de um balcão.

A FR dispõe de vários locais de armazenamento, sendo que o princípio de cada um tem sempre por base o lema de “*First Expired, First Out*”, onde quer que os produtos sejam armazenados. Assim, a FR dispõe de gavetas deslizantes, onde se resguardam preferencialmente os MSRM, e alguns MNSRM, nas suas diferentes formas farmacêuticas; três armários sem portas onde se colocam os produtos de higiene e saúde bucal, produtos veterinários e excessos de alguns PVL; um frigorífico, no qual se reservam os produtos de frio; no armazém, há quatro estantes onde se armazenam os excessos dos medicamentos de marca, inaladores, dispositivos médicos e produtos de puericultura, respetivamente; e cinco armários deslizantes, onde se armazenam produtos farmacêuticos de maior volume e excessos de medicamentos genéricos.

Em todos os casos, os produtos estão dispostos por ordem alfabética e, no caso dos medicamentos genéricos, são ainda separados de acordo com o seu laboratório. No caso das gavetas deslizantes, para além da ordem alfabética, são também divididos de acordo com a sua forma farmacêutica: comprimidos e cápsulas (que ocupam a maior percentagem das gavetas), soluções orais e xaropes, cremes e pomadas, supositórios, injetáveis, inaladores, colírios e granulados.

A FR dispõe de aparelhos de controlo de temperatura e humidade relativas em diferentes zonas da farmácia, de modo a certificar-se que a farmácia se encontra sob as condições de iluminação, temperatura, humidade e ventilação ideais. Diariamente estes dados são monitorizados e tratados manualmente, um trabalho que também fui fazendo, garantindo a conformidade do ambiente.

2.2.2.2. Laboratório

A FR garante a maior parte dos manipulados requeridos por meio de uma farmácia aliada. No entanto, a FR reserva um espaço para esse efeito, pelo que dispõe do material mínimo obrigatório, como gobelets, varetas, pipetas, provetas e outro material de vidro (e não só), assim como uma balança analítica, onde esporadicamente produz alguns manipulados como é a vaselina salicilada e a solução alcoólica de ácido bórico. Porém, não ocorreram estes procedimentos durante a minha passagem pela FR.

2.2.2.3. Gabinete de Atendimento Personalizado

No local de atendimento ao público existe uma sala anexa, onde não só se realiza a testagem de parâmetros bioquímicos e a administração de injetáveis, mas também o atendimento personalizado, como são determinadas situações em que os utentes pretendem mostrar algo no corpo ou, por exemplo, para a fazer o apontamento de medidas para meias de compressão.

3. Atividades Realizadas em Farmácia Comunitária

3.1. Gestão e Administração em Farmácia Comunitária

Para além de prestação de cuidados de saúde e aconselhamento personalizado, também é da competência do farmacêutico várias outras tarefas que se associam à farmácia e não diretamente aos seus utentes.

A farmácia, para além de um espaço de saúde, é também um estabelecimento comercial. Desta forma, há necessidade da sua gestão de forma estratégica e planeada, atendendo sempre a um equilíbrio entre os lucros e a ética profissional e deontológica.

Para isso, as farmácias dispõem de *softwares* que permitem fazer a sua gestão e, adicionalmente, auxiliar no atendimento. Quer na FC como na FR o sistema informático utilizado é o *Sifarma*[®], sistema desenvolvido pela *Glinti*[®], recentemente atualizado para o Novo Módulo de Atendimento, o qual usufruí durante todo o meu estágio.

O Novo Módulo de Atendimento, comparativamente ao *Sifarma 2000*[®], é um *software* mais fácil e metódico de trabalhar, sendo que me adaptei fácil e intuitivamente a este e com mais dificuldade para o *Sifarma 2000*[®], a que, em algumas situações, foi necessário recorrer, nomeadamente alteração de prazos de validade e alteração de preços. O novo *Sifarma* divide-se em três módulos: “Sifarma atendimento”, o qual permite de uma maneira muito intuitiva o seguimento da venda dos produtos farmacêuticos por passos, assim como a consulta das fichas

do cliente e do seu histórico; “Sifarma encomendas” ou gestão, que ainda não se encontra, até à data, disponível, reencaminhando-nos para o *Sifarma 2000*[®], e cujo objetivo é a gestão das encomendas, devoluções, *stocks* e prazos de validade, permitindo ainda o processamento do receituário e a sua faturação; e o “Sifarma Clínico” que é uma plataforma de gestão clínica da farmácia que permite a partilha de informação do utente entre as Farmácias e as Unidades de Saúde e uma intervenção profissional personalizada e adaptada às necessidade de saúde dos utentes; devo dizer que durante a minha passagem por ambas as farmácias nunca fiz uso deste último módulo.

Através do *Sifarma*, desempenhei tarefas que me permitiram compreender e participar na gestão da farmácia no que diz respeito quer ao controlo de validades e *stocks*, quer de preços e outros assuntos contabilísticos.

Uma dessas tarefas que diariamente era incumbida de realizar era a receção e verificação das encomendas diárias que rececionava diariamente principalmente na FR, não tendo sido um papel ativo na FC. Os principais fornecedores da FR são a *OCP* e a *Alliance Healthcare*, sendo que apenas em casos de vantagem comercial para a farmácia é que se utilizavam outros distribuidores, como sendo *Empifarma* e *Plural*. Por outro lado, na FC eram diariamente recebidos produtos de diferentes fornecedores, como sendo *Coopropfar* e *Empifarma* além dos já supramencionados.

Na FR eram recebidas encomendas (maioritariamente da *OCP*) duas voltas por dia, uma da parte da manhã e outra da tarde. Esta logística permite, muitas vezes, a obtenção de produtos sem *stock* na farmácia de maneira rápida, por forma a ir de encontro com as necessidades dos utentes. Na FC, dos fornecedores *OCP* e *Alliance Healthcare*, as entregas processavam-se da mesma maneira que na FR (com duas voltas diárias), ao passo que da *Coopropfar* e *Empifarma* apenas recebíamos encomendas uma vez por dia.

Todavia, apesar do volume de encomendas recebido pela FC, esta não era uma tarefa realizada por mim, pelo que não foi nesta farmácia que contactei com a receção de encomendas propriamente dita.

Posto isto, a tarefa de rececionar encomendas foi realizada por mim praticamente ao longo de todo o estágio na FR. Diariamente, e após colocar os caixotes (apelidadas de “banheiras”) organizados pela fatura recebida, fazia a receção de encomendas da encomenda maior para a mais pequena. Neste passo dava sempre prioridade aos produtos armazenados a temperaturas baixas, independentemente se pertenciam ou não à mesma encomenda: a única diferença para os produtos a temperatura ambiente é que, na própria fatura, escrevia

manualmente a data de validade bem como o PVP para que na altura da introdução desse produto no sistema não houvesse necessidade de recorrer novamente à abertura do frigorífico, impedindo flutuações da temperatura no seu interior.

De seguida, era responsável por conferir cada produto, discriminado na fatura correspondente à encomenda. Com o leitor ótico lia cada produto através do seu *QRcode* ou, em alternativa, da leitura do Código Nacional do Produto (CNP); a cada produto lido conferia a existência de *stock* na farmácia para assim proceder à alteração/conferência dos prazos de validade. Juntamente a isto, conferia também a correspondência entre o PVP marcado pelo sistema e o PVP inscrito na embalagem. O Preço de Venda ao Público (PVP) é, tal como dita o Decreto-Lei n.º 97/2015, de 1 de junho, um preço máximo autorizado pelo Infarmed ou pela sede de participação ao qual obedecem os MSRM e MNSRM participados, o qual tem em conta o Preço de Venda ao Armazenista (PVA), as margens de comercialização do distribuidor grossista e do retalhista, a taxa sobre a comercialização de medicamentos e do Imposto sobre o Valor Acrescentado (IVA).⁽¹¹⁾ Quando os PVP não correspondem (entre o sistema e embalagem) há necessidade de fazer a sua correção, no caso de não haver *stock* do produto na farmácia, ou então sinalizar a embalagem com PVP diferentes que, na FR, é feito envolvendo um elástico na embalagem do produto.

Quando na encomenda surgia um produto de venda livre (produtos esses cuja farmácia decide as margens a aplicar tendo em conta o PVF), aquilo que efetuava era unicamente a leitura do produto para, no final, com a equipa da farmácia, definir as margens a aplicar, bem como os PVF aplicados a estes produtos, que resulta da soma entre o PVF, margem de comercialização e IVA do produto.

Durante a receção da encomenda várias vezes me deparava com produto(s) previamente pago(s) pelos utentes. Este(s) era(m) indicado(s) pelo sistema, aparecendo o número de embalagens já faturadas; desta maneira, colocava esse(s) produto(s) em local reservado para esse efeito para que, na altura do levantamento, encontrássemos facilmente esse(s) produto(s).

No final da encomenda transferia os produtos esgotados para local próprio ficando estes associados na encomenda “esgotados” para posteriormente, juntamente com a equipa, tentarmos obter esses produtos.

Todos estes passos foram aprendidos nos primeiros dias da minha estadia na FR. Passados esses dias, comecei a desempenhar todas estas tarefas autonomamente.

Findas algumas semanas, em que estive essencialmente no *backoffice*, chegou a altura de passar para a linha da frente. Apesar de alvo de muito nervosismo, sempre tive o apoio por

parte da equipa da farmácia, o que me permitiu aprender, quer científica quer humanamente, a lidar com as diferentes personalidades com as quais era confrontada diariamente.

Durante os atendimentos, um dos primeiros exercícios aos quais necessitei de pedir ajuda foi a realização de encomendas. Na farmácia existem vários tipos de encomendas que se realizam todos os dias.

As encomendas diárias são uma delas. Neste campo, este tipo de encomendas é gerado diariamente mediante as vendas efetuadas, podendo ser ainda acrescentados outros produtos de interesse para a farmácia (fundamentalmente comercial). O responsável por realizar estas encomendas era um elemento aleatório que se encontrava a laborar naquele momento. Nessa fase, por algumas vezes, fui chamada a assistir e participar ativamente na gestão destas encomendas.

Um outro tipo de encomendas que efetuava, estas sim mais proativamente, eram as encomendas instantâneas. Estas encomendas eram geradas, durante o atendimento, quando o utente requisitava um produto que não dispúnhamos em *stock*. No caso de o utente querer efetuar o pagamento do produto era simulada uma venda do produto em questão, conferido o seu CNP e impresso o talão em duplicado (um para o utente, outro para a farmácia) para, quando recebermos esse mesmo produto, sabermos a quem se destina. Na altura da receção da encomenda, o produto era colocado em local próprio, sendo que o talão que ficava em posse da farmácia era arquivado alfabeticamente para posterior confirmação aquando da dispensa. Na altura do levantamento o utente mostra a fatura entregue pela farmácia que é posteriormente confirmada com o duplicado e entregue o produto ao utente. No caso de o utente não querer efetuar o pagamento de imediato é igualmente simulada uma venda, mas, desta vez, é apenas colocado um apontamento, que inclui o nome do produto, do utente e do contacto.

Contactei ainda com encomendas efetuadas sobre o formato de Via Verde do Medicamento (VVM). Este formato, de carácter de urgência, garante que as farmácias tenham, num tempo máximo de 12h a partir do momento da encomenda, a oportunidade de adquirir alguns medicamentos previamente definidos que constem nesta VVM para que se evite a rotura de *stock*. Este formato foi celebrado em julho de 2015 entre algumas associações profissionais do setor do medicamento e o *Infarmed* e permite que as farmácias requisitem tais produtos na condição da existência de uma prescrição médica válida para o efeito. Apesar de excecional, este é um formato utilizado pontualmente pela equipa, sendo que eu própria efetuei algumas encomendas pertencentes a este tipo de encomendas.⁽¹²⁾

Por último, existe ainda um outro tipo de encomendas muito particular que são as encomendas efetuadas diretamente aos laboratórios. Neste caso, a responsável por estas encomendas era a Dr.^a Helena que ao reunir com os representantes dos diversos laboratórios decidia, tendo em conta o aspeto comercial/estratégico da farmácia bem como a rotatividade desses produtos, quais e quantos deveria adquirir desse mesmo laboratório.

Com a quantidade de encomendas que diariamente chega à farmácia é possível que ocorram alguns lapsos, como é exemplo um produto chegar danificado ou um produto ser debitado e não enviado na encomenda respetiva, pelo que é necessário proceder-se à correção dessa irregularidade através da devolução do produto. A devolução de produtos aplica-se ainda a casos como produtos pedidos por engano, com prazo de validade curto ou expirado e ainda, num caso mais excecional, por ordem de recolha do laboratório ou *Infarmed*. Para todos estes casos eu fiz ou assisti fazerem a devolução de produtos, excetuando o último.

As devoluções de produtos são realizadas através do *Sifarma*[®], numa secção destinada ao seu processamento e respetiva regularização. Na criação da devolução submete-se as informações do produto, como são a sua identificação e o número da fatura onde se apresentava, bem como a justificativa para se proceder à sua devolução. É emitido posteriormente uma guia de devolução, a qual deve ser impressa em triplicado (o documento original e duplicado é entregue ao fornecedor ou laboratório e o triplicado, devidamente autenticado no momento da recolha, é arquivado na farmácia).

Para as devoluções aceites é possível proceder-se à troca do produto ou à emissão de uma nota de crédito para a farmácia, o que depende do distribuidor ou laboratório, que, em ambos os casos, deve ser sempre regularizada no sistema.

Uma das situações pela qual é mais comum proceder-se à devolução de produtos é devido aos prazos de validade. E isto acontece porque diariamente são conferidos prazos de validade aquando da receção e armazenamento de encomendas e, adicionalmente, todos os meses se faz a emissão de uma lista do *Sifarma*[®] onde são discriminados os produtos com prazo de validade inferior a três meses.

A gestão mensal dos prazos de validade permite uma melhor gestão do *stock*, garantindo que este se mantém fiel aos produtos que efetivamente podem ser dispensados. Através da lista, poderemos confirmar os produtos de validade reduzida, separando-os e colocando-os em local a si destinados, e atualizar os *stocks* e datas de validade (sempre para a data mais curta), que são apontadas e posteriormente corrigidas no sistema.

A FR tem duas farmacêuticas responsáveis por esta função, no entanto eu pude auxiliar e participar ativamente nela, desde o processo inicial de confirmação de prazos de validade e stock até à atualização de dados no sistema.

Por fim, e uma das últimas tarefas realizadas no que à gestão e administração da farmácia diz respeito, foi a conferência e processamento do receituário. Este é um processo que acontece no final de cada mês e o qual pude assistir, por convite da Dr.^a Helena, num fim de tarde no final do mês de junho, onde adicionalmente assisti ao “fim de dia”.

Este processo consiste na separação e organização das receitas, que são numericamente ordenadas em lotes de trinta unidades e de acordo com os organismos a que pertencem, de modo a serem posteriormente enviadas, até ao dia 10 de cada mês, para o Centro de Conferência de Faturas (CCF), no caso das receitas manuais, onde é verificado o cumprimento legal de cada receita e o qual procede ao reembolso dos valores comparticipados, ou para a Associação Nacional das Farmácias (ANF), a qual se responsabiliza pela distribuição dos restantes documentos às respetivas organizações.^(12, 13)

Atualmente, maioria das receitas são desmaterializadas, pelo que este processo ocorre automaticamente. No entanto, por várias vezes surgem receitas manuais que exigem este procedimento, juntamente com outros regimes de comparticipação como é por exemplo a *EDP Sãvida*. Para ambos os casos, mas em especial para as receitas manuais, é necessária uma confirmação meticulosa, visto que qualquer erro associado poderá originar prejuízo para a farmácia, pelo que exige especial atenção quer na validação no ato da dispensa pelo farmacêutico, como uma segunda vez no final do mês.

Sobre o receituário propriamente dito, após organização e confirmação dos documentos, os documentos são distribuídos por lotes, aos quais se associa o “Verbete de Identificação de Lote” carimbado, que envolve posteriormente o lote respetivo. O conjunto de lotes que correspondente a um mesmo organismo é ainda identificado pela “Relação Resumo de Lotes”.

De todos os processos, este foi sem dúvida o que me suscitou maior dificuldade, quer pela exigência de atenção e consequente medo de errar quer pela dificuldade. Contudo, o acompanhamento deste procedimento, aliado à explicação da Dr.^a Helena, e a oportunidade de colaborar em todo o processo permitiram-me perceber a sua fundamentação e a sua importância.

3.2. Dispensa de Medicamentos e Produtos Farmacêuticos

Apesar de serem várias as tarefas inerentes ao farmacêutico, as quais fui aprendendo ao longo do meu estágio, o atendimento ao público é sem dúvida uma das funções primordiais do farmacêutico enquanto especialista do medicamento.

Durante todo o percurso académico, por mais abrangente que este seja, somos estimulados no sentido de ajudar os outros com o nosso conhecimento sobre o medicamento, de modo a promover a saúde pública e o uso correto do medicamento.

Nesse sentido, o atendimento ao público era sem dúvida o momento mais esperado do meu estágio. E devo dizer que este foi um grande passo para mim, devido à ansiedade que acumulava até chegar a esta altura, incluindo antes do estágio. Realmente, a ida para o balcão de atendimento foi, pela minha experiência, muito marcada pela mistura entre o medo do erro em frente ao utente, mas também (e acima de tudo) pela minha vontade e sentido de missão de ajudar diretamente quem me pedia; este foi, para mim, o apogeu do estágio, porque foi a partir desta altura que me senti o mais útil e realizada possível.

No atendimento, um dos meus primeiros passos ao balcão foram com receitas médicas. Principalmente na FR, que se fixa numa zona pouco urbanizada e com uma predominância de uma população idosa, a dispensa de medicamentos com receitas médicas era o processo mais comum, pelo que os produtos farmacêuticos com os quais mais contactei foram sem dúvida os MSRM.

De acordo com o artigo n.º 114 do Decreto-Lei n.º 176/2006, de 30 de agosto são sujeitos a receita médica os medicamentos que:

- “a) 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;
- b) 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;
- c) Conttenham substâncias, ou preparações à base dessas substâncias, cuja atividade ou reações adversas sejam indispensável aprofundar;
- d) Se destinem a ser administrados por via parentérica”.⁽¹⁴⁾

Atendendo ao descrito, estes medicamentos exigem sempre o parecer e prescrição do médico, através de emissão de uma receita médica, para que se garanta a necessidade e segurança da toma de medicamentos para o utente em questão. Também, este tipo de medicamentos é de dispensa exclusiva em farmácia, garantindo que o utente é auxiliado, sempre que necessário e que surja alguma questão, por um profissional de saúde habilitado.

A dispensa de medicamentos através de receitas médicas foi, de todos os atendimentos pela qual passei, o que mais me senti confortável em fazer (e também o mais recorrente). Isto deve-se ao facto de o sistema informático facilitar, em muito, o processamento da receita eletrónica (que neste momento fazem parte da maioria das receitas), dando-nos todas as informações de forma rápida e acessível acerca do medicamento que o utente tomará, desde a sua posologia (por definição ou por aconselhamento médico) até às suas informações científicas (das quais efeito terapêutico, efeitos adversos, interações e outros).

A prescrição médica é então realizada através da Denominação Comum Internacional (DCI) da substância ativa, salvo exceções (por exemplo, quando não há mais nenhum medicamento no mercado com a substância ativa prescrita ou quando um medicamento possui uma janela terapêutica estreita), dando o direito de opção ao utente aquando do levantamento do medicamento, ao qual se adiciona informações sobre a sua forma farmacêutica, dosagem, apresentação, posologia e quantidade.⁽¹⁵⁾

Em Portugal, para efeitos de comparticipação, são permitidas as receitas manuais e eletrónicas, podendo estas últimas serem materializadas (em papel) ou desmaterializadas. Estas surgem devido à Portaria n.º 224/2015, de 27 de julho, que dita que os médicos passam a ter a obrigatoriedade de prescrever medicamento eletronicamente, através de sistemas informáticos autorizados pelos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS).⁽¹⁶⁾ E, de facto, a implementação destas receitas foi uma manobra de sucesso uma vez que, para além da praticidade que acarreta (já que a sua submissão no sistema se dá de forma completamente automática (através da leitura de códigos), sendo menos suscetível de enganos, por exemplo, nas dosagens ou forma farmacêutica), permitiram evitar vários erros que até então eram (e ainda são) cometidos com as receitas manuais.

Apesar de cada vez mais abandonadas, as receitas manuais ainda nos tempos que correm são utilizadas, mas unicamente se o seu uso for devidamente justificado. Assim, só devem ser usadas receitas manuais em caso de “falência informática”, “inadaptação do prescritor”, “prescrição no domicílio” ou “até 40 receitas/mês”, justificação esta que deve estar assinalada na própria receita. No entanto, a dispensa de medicamentos através destas receitas carrega uma maior probabilidade de erro do que uma receita manual, já que são preenchidas manualmente pelo prescritor. Desta forma, o farmacêutico deve assumir sempre uma postura crítica nestas receitas, já que, por um lado, a informação incorretamente preenchida (por exemplo, a data não estar correta, não conter a vinheta do prescritor, não assinalar o motivo de uso da receita manual, a prescrição de mais de duas embalagens do mesmo medicamento, entre

outros) pode acarretar prejuízo para a farmácia; por outro lado, a leitura errada da prescrição, no que toca ao nome, dosagem ou posologia, por exemplo, podem não só prejudicar a farmácia como também o utente que acaba por não receber a informação/medicação correta. Pessoalmente, as receitas manuais foram quase sempre um desafio do meu estágio, porque, devido à falta de prática e desconhecimento de certas substâncias ativas, várias vezes não entendia o pretendido, sentindo necessidade de esclarecimento com as colegas da farmácia.

Com a chegada das receitas eletrónicas, quer em papel como desmaterializadas, a prescrição tornou-se muito mais fácil, quer de entender (e evitar erros) quer em processar.

Ainda relativamente às receitas, uma situação da qual inicialmente me causou muita estranheza foram os planos de comparticipação. Em Portugal existe um sistema de comparticipações cujo objetivo é garantir o acesso aos cuidados de saúde por toda a população de igual forma. Desta forma, existem dois regimes de comparticipação com vista à redução dos encargos dos utentes: um Regime Geral e um Excecional.

O Regime Geral aplica-se a todos os utentes do Serviço Nacional de Saúde (SNS) e é do encargo do Estado; existem, desta forma, quatro escalões diferenciados que se distinguem quer por percentagem de comparticipação, quer por medicamentos abrangidos: o escalão A abrange medicamentos do tipo hormonal, imunomoduladores, destinados ao SNC, etc e assegura 90% de comparticipação; o escalão B, inclui medicação destinada ao aparelho respiratório, locomotor, etc e agrega até 69% de comparticipação; o terceiro escalão, o C, inclui medicamentos antialérgicos e para utilização em afeções cutâneas, assim como corretivos de volémia. Estes definem 37% de comparticipação; o último, escalão D, é definido para medicamentos novos (ou a terem comparticipação ajustada), assim como alguns regimes de comparticipação que sejam transitórios. Este último escalão é definido por ter 15% de comparticipação.⁽¹⁷⁾

Por outro lado, os Regimes Excecionais acontecem quando os valores de comparticipação do Estado são superiores aos do Regime Geral, garantindo uma comparticipação que pode ir dos 85% até aos 100%, aplicando-se a duas situações: a beneficiários e em certas patologias. Sobre os beneficiários, o Decreto-Lei n.º 48-A/2010, de 13 de maio, estabelece os valores acrescidos de comparticipação e em que condições os utentes estarão abrangidos por estas;⁽¹⁸⁾ no que diz respeito às patologias, as que são abrangidas por estes regimes são, por exemplo, o lúpus, hemoglobinopatias, artrite reumatoide, espondilite anquilosante, alzheimer, dor oncológica moderada a forte, a psoríase, entre outras. Além destas, alguns produtos como são as tiras para determinação de glicemia e da cetonúria, bem como as

agulhas e lancetas que são usadas para o controlo da diabetes, são também comparticipadas por este regime.^(18, 19)

Apesar de tudo, nem só o SNS é responsável pelas comparticipações, pelo que existem outros organismos que garantem igualmente uma comparticipação. Durante o meu estágio aqueles com que mais contactei foram os Serviços de Assistência Médico-Social do Sindicato dos Bancários (SAMS), *EDP Sãvida* e *Multicare*; estas são entidades que garantem uma comparticipação dos medicamentos aos seus colaboradores e cuja identificação dos utentes é feita através de um cartão de identificação da entidade, para posterior inserção do plano e comparticipação respetiva. Por várias vezes surgiram dúvidas relativamente aos planos de comparticipação, sendo que as primeiras vezes que me surgiram estas situações resolvi sempre chamar uma colega para me auxiliar a não cometer erros.

Outra das situações com que me confrontei várias vezes foi o facto de, pontualmente, surgirem ruturas de medicamentos de laboratórios específicos. Quando isto sucedia notava alguma apreensão e pouca recetividade por parte dos utentes (particularmente de faixas etárias mais avançadas) em substituir o laboratório que faziam anteriormente. Esta mudança tem que ver com a ideia errada de que medicamentos de laboratórios diferentes podem ter eficácias diferentes. Sucedeu até um episódio em que um utente me solicitou um medicamento para o tratamento da hipertensão arterial, que inclusive já não era comercializado; depois de explicar ao utente que nenhuma farmácia conseguiria satisfazer o seu pedido, a sua perseverança era de tal ordem que ficou sem tomar o medicamento por não querer alterar o laboratório.

Uma outra peripécia que sucedia com alguma frequência era a da questão comercial e do preço que fica inscrito no lado direito das receitas eletrónicas em papel. Atualmente, o preço de referência de um grupo homogéneo corresponde à média dos cinco PVPs mais baixos dos medicamentos que se encontram comercializados. Pontualmente surgiam algumas discussões com os utentes porque não compreendiam o porquê do laboratório que pretendiam ser mais caro que o PVP indicado na receita quando se tratava do mesmo medicamento, pelo que me via forçada a esclarecer essa situação.

A escolha entre um medicamento genérico e de marca era, para minha surpresa, muito facilitada quando me encontrava na presença de um antibiótico. Isto acontecia porque, neste grupo de medicamentos, os utentes optavam, em larga maioria, pelo medicamento de marca, por considerarem que este tinha maior eficácia ou maior rapidez de atuação, apesar de eu esclarecer que têm o mesmo efeito.

Um outro grupo muito especial de medicamentos e que implica algumas particularidades na sua dispensa são os psicotrópicos/estupefacientes. Estes medicamentos possuem, até, um armazenamento distinto dos demais MSRM. No caso da FR estes medicamentos estavam dispostos em local designado para o efeito; para além disso, estes fármacos têm também um circuito próprio que obedece a uma legislação característica; essa lei define-se pelo Decreto-Lei nº 15/93, de 22 de janeiro.⁽²⁰⁾ Relativamente à dispensa deste grupo de medicamentos esta implica e obriga ao preenchimento de alguns dados pessoais, quer do utente quer do pagador, como por exemplo nome, morada, número do cartão de cidadão e outros. Desta forma, garante-se o registo pormenorizado de todos os psicotrópicos dispensados para um rastreamento destes produtos. Mensalmente, é disponibilizado ao Infarmed a lista correspondente a estas dispensas.

Apesar das dificuldades que surgiram, ao longo do meu estágio fui ficando cada vez mais confortável na tarefa da dispensa de receitas médicas (e, portanto, maioritariamente de MSRM), o que certamente se associa à frequência e prática da dispensa de receitas e ao contacto constante com esse tipo de medicamentos. Contudo, isso não me impedia de ser racional e crítica, pelo que, inclusive, cheguei a aconselhar uma senhora polimedicada a esclarecer junto do médico se de facto faria os dois medicamentos pedidos em simultâneo porque detetei uma duplicação medicamentosa, que veio a ser confirmada posteriormente.

No que toca a MNSRM estes podem ser dispensados pelo farmacêutico sem a apresentação de uma receita médica, pelo que, salvo exceções previstas pela legislação, não são medicamentos comparticipáveis, o que se aplica igualmente aos MNSRM-EF, que são medicamentos de venda exclusiva em farmácia comunitária.⁽²¹⁾ Para ambos os casos, o papel do farmacêutico torna-se ainda mais fundamental para o utente, já que este é um profissional de saúde capacitado para fazer a seleção do MNSRM mais adequado ao utente, aplicado ao tratamento de distúrbios menores, promovendo ainda o seu uso de forma responsável, evitando o surgimento de reações adversas ou interações medicamentosas, e ainda sensibilizando para a adoção de medidas não farmacológicas como medida alternativa e eficaz à abordagem terapêutica.

Os MNSRM são passíveis de ser publicitados, pelo que frequentemente surgem pedidos destes medicamentos aconselhados por familiares e amigos ou até mesmo por iniciativa própria. Sabendo que este pode tornar-se um problema, o farmacêutico deve manter um papel interventivo nestes atendimentos, procurando garantir o uso correto e segurança do utente. E, neste sentido, um dos maiores desafios do meu estágio foi assumir esta posição no processo de

dispensa de MNSRM, principalmente devido à diversidade de produtos disponíveis no mercado. Contudo, e com a ajuda da equipa da farmácia, fui ultrapassando esses desafios, permitindo-me contactar com uma grande variedade de MNSRM atendendo às necessidades e preferências do utente.

Somado ao desafio do aconselhamento de MNSRM, surgiu frequentemente a necessidade de aconselhamento de produtos cosméticos e de higiene corporal (PCHC). Estes são produtos que se destinam ao contacto com as partes superficiais do corpo humano, com o intuito de “limpar, perfumar, modificar e/ou proteger o seu aspeto”, corrigindo odores e mantendo o seu bom estado.⁽²²⁾

É notório que a população tem uma preocupação crescente com a sua imagem e bem-estar, havendo cada vez mais a procura de PCHC. Seja por iniciativa própria ou pelo aconselhamento de um profissional de saúde (como é o dermatologista, por exemplo), o farmacêutico deve estar preparado para esta nova realidade, devendo procurar manter-se informado sobre as características destes produtos e as especificações e objetivos inerentes à marca/linha.

Apesar das dificuldades que surgiram ao longo do estágio no aconselhamento destes produtos, esta é uma área que, sem dúvida, me é muito apelativa, tendo procurado sempre saber mais sobre o assunto, quer através da ajuda da equipa da farmácia quer através de formações e pesquisa própria. O interesse por esta secção, inclusive, deu posteriormente origem a um dos temas do meu relatório, acerca da proteção solar.

Ainda na vertente da crescente preocupação com o bem-estar e saúde dos indivíduos, também os suplementos alimentares estiveram muito presentes durante o meu estágio, o que, inclusive, também veio a dar origem a um dos projetos desenvolvidos neste relatório. Por várias vezes aconselhei suplementos alimentares, sempre com o auxílio da equipa da farmácia, em especial associados ao bem-estar geral, a um melhor desempenho cerebral, problemas de sono menores e ao alívio de sintomas relacionados com insuficiência venosa crónica.

Apesar de em menor quantidade, também surgiram atendimentos nos quais foi necessário o aconselhamento de produtos associados à gravidez e bebé (como produtos de puericultura, acessórios para a gravidez, leite, farinhas, entre outros) e produtos para alimentação especial (por exemplo, iogurtes e espessantes).

Junto a estes, também os medicamentos e produtos de uso veterinário (PUV) foram produtos com a qual não contactei tanto, apesar de constantes pedidos que se baseavam em pílulas para os animais de estimação. Uma situação com a qual me surpreendi neste âmbito foi

com a dispensa de medicamentos de uso humano para os animais, em especial porque em todas as situações que me aconteceu tratava-se de antibióticos, os quais são rígida e exclusivamente dispensados mediante apresentação de prescrição médica. Apesar de estes não serem compartilhados, a Portaria n.º 1138/2008, de 10 de outubro, estabelece que a dispensa de MSRM com base numa prescrição médico-veterinária é possível, sendo que há, claro, um reajuste da dose em relação ao porte e à espécie do animal.⁽²³⁾

Por fim, devo ressaltar ainda os dispositivos médicos (DM) que, apesar de não serem medicamentos e de não terem ação farmacológica, metabólica ou imunológica, são importantes ferramentas que auxiliam na prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças.⁽²⁴⁾ Um dos mais recorrentes DM dispensados foram os Equipamentos de Proteção Individual (EPI), introduzidos como DM desde 2010, na forma de máscaras e luvas, assim como termómetros, o que se justifica pelo decurso da pandemia; excetuando esta situação, os DM mais procurados foram as compressas (estéreis e não estéreis), seringas e copos de recolha de produtos biológicos, tendo também contactado com dispensa de auxiliares de locomoção e tensiómetros.

3.3. Serviços Farmacêuticos

As farmácias estão possibilitadas de oferecer certos serviços farmacêuticos, descritos na Portaria n.º 1429/2007, de 2 de novembro, de modo a promover a saúde e bem-estar dos utentes. Estes serviços incluem, por exemplo, a mensuração de parâmetros fisiológicos e bioquímicos e a administração de vacinas e medicamentos injetáveis.⁽²⁵⁾

Um dos serviços mais requisitados na farmácia, quer na FR como na FC, são os parâmetros fisiológicos e bioquímicos, como são a medição da pressão arterial (PA), glicemia, colesterol e triglicéridos. Em ambas as farmácias recorrentemente eram solicitadas a medição da PA e da glicemia e com menos frequência as restantes, apesar de que tive a oportunidade de realizar todas.

No mesmo espaço onde se faz a medição de parâmetros ocorria também a administração de vacinas e medicamentos injetáveis. Este é um processo que requer formação especializada prévia à sua prática pelos farmacêuticos, pelo que não foi algo realizado por mim. Para além disso, também não tive a oportunidade de assistir à administração de vacinas, assim como o seu processamento a nível eletrónico.

Para além de serviços diretos ao utente, as farmácias oferecem ainda um serviço de recolha de medicamentos e outros produtos farmacêuticos (com algumas exceções, como são as seringas por serem cortantes) fora de uso ou cujo prazo de validade expirou, de modo a

promover a proteção da saúde pública e, ao mesmo tempo, a preservação do meio ambiente. Esta é uma iniciativa criada por uma sociedade sem fins lucrativos, a VALORMED, que visa a “conscientização do medicamento enquanto resíduo” de elevado impacto ambiental, fazendo a gestão destes produtos. A VALORMED oferece os contentores onde são depositados estes produtos que, quando cheios, são fechados, identificados e entregues aos distribuidores aderentes para posteriormente serem devidamente tratados. A farmácia, por sua vez, fica responsável por divulgar a campanha junto dos seus utentes, sensibilizando-os para a adoção de boas práticas ambientais. Este é um serviço que, principalmente na FR, encontra-se bastante disseminado e o qual a aderência dos utentes é notória.⁽⁹⁾

Visando ainda a serenidade ambiental, e apesar de não ser tão comum, tanto a FR como a FC aderiram à campanha de “Reciclagem de Radiografias”, que visa diminuir o impacto ambiental da prata, presente nas radiografias, através da recolha destas com mais de cinco anos ou sem valor de diagnóstico e correto tratamento delas, ao mesmo tempo que se angariam fundos para o trabalho desenvolvido pela Assistência Médica Internacional (AMI), responsáveis por esta iniciativa.

Por fim, e com o surgimento da Portaria n.º 97/2018, de 9 de abril, foi possível a disponibilização de consultas de nutrição nas farmácias, as quais tanto a FR como a FC aderiram.⁽²⁶⁾

3.4. Formações

Atendendo à evolução da ciência e constante renovação e introdução de novos produtos no mercado, o farmacêutico deve manter-se atualizado de modo a responder aos desafios diários que lhe são propostos da forma mais adequada. Desta forma, as formações oferecidas à farmácia (ou externas a estas) são uma ferramenta importante para a atualização do conhecimento técnico e científico do farmacêutico, de modo a garantir a prestação de serviços e aconselhamento de qualidade.

Em ambas as farmácias, apesar de que com mais frequência na FC, pude assistir a várias formações que me ajudaram principalmente no conhecimento de produtos específicos, como foi por exemplo a formação acerca dos famosos cremes e pomadas *Bepanthen*[®] (Figura 1, do Anexo I) e de novidades da marca de cosméticos *SVR* (Figura 2, do Anexo I), mas também que me ajudaram a relembrar assuntos pertinentes para um melhor atendimento, como foi o caso de formações sobre infeções fúngicas, associadas ao *Daktarin*[®] e *Daktacort*[®].

Parte II - Projetos Desenvolvidos no Estágio Curricular em Farmácia de Oficina

A) Projeto I – Rastreio Solidário

1. Enquadramento Teórico

1.1. Diabetes Mellitus

A Diabetes Mellitus (DM) é um distúrbio metabólico crónico do sistema endócrino diagnosticada por níveis anormalmente elevados de glicose no sangue^(27, 28) que ocorre quando o pâncreas não produz insulina, absoluta ou parcialmente, quando o corpo não consegue usar eficazmente a insulina ou ambos os casos.^(28, 29) Sendo a insulina a hormona que regula os níveis de glicose no sangue, a DM, principalmente em casos não controlados, traduz-se num aumento sanguíneo de glicose, causando a chamada hiperglicemia⁽³⁰⁾ que, com o tempo, causa sérios danos a muitos sistemas do corpo humano, especialmente a nível vascular.⁽²⁹⁾

De modo mais completo, a maioria dos produtos alimentares contém hidratos de carbono complexos que, uma vez ingeridos, são decompostos pelo sistema gastrointestinal em açúcares mais simples, como a glicose, para fornecer energia às células do nosso corpo. No intestino delgado, as moléculas de glicose são absorvidas para a corrente sanguínea e são transportadas para as diferentes células do organismo. Por sua vez, em resposta aos níveis elevados de glicose no sangue é produzida a hormona insulina pelas células beta (β) do pâncreas que, na fase pós-prandial, facilita o transporte de glicose da corrente sanguínea para o interior das células. Para além disso, a produção de insulina e a sua consequente chegada ao fígado permite que a gliconeogénese (a via pela qual a glicose é formada a partir de precursores não glicosídicos, como por exemplo o glicerol, lactato e piruvato⁽³¹⁾) seja inibida e o armazenamento de glicose na forma de glicogénio e gorduras se inicie, criando assim um *stock* de energia de curto e longo prazo, respetivamente.⁽³⁰⁾

O corpo humano tenta manter a homeostase dos níveis de glicose no sangue, o que é influenciado pela capacidade funcional das células β do pâncreas e pela sensibilidade celular a nível dos músculos esqueléticos, fígado e tecido adiposo à insulina. Contudo, em condições como a diabetes, há falta de insulina, que pode ser gerada por destruição autoimune das células β pancreáticas⁽²⁷⁾, ou o corpo não responde apropriadamente - também designado de resistência à insulina - às ações da insulina. A disfunção na produção ou absorção de insulina altera os níveis sanguíneos de glicose, desencadeando sérios problemas.⁽³⁰⁾

Embora a diabetes seja classicamente dividida numa forma autoimune de início precoce (DM tipo 1) e uma forma não autoimune de início tardio (DM tipo 2), existem subtipos adicionais clinicamente reconhecíveis, como diabetes monogénico (por exemplo, diabetes neonatal), diabetes gestacional e possivelmente uma forma autoimune de início tardio (diabetes autoimune latente no adulto) que, apesar desta heterogeneidade, todas as formas de diabetes têm um componente genético notável.⁽²⁸⁾

A DM tipo 1, anteriormente conhecida como insulín dependente, é caracterizada pela produção deficiente de insulina, requerendo a administração diária de insulina pelos seus portadores. Não se conhece a sua origem, nem os meios de evitá-la, sendo o atualmente aceite pela sociedade científica a existência de um complexo de fatores ambientais e genéticos que interagem e levam ao desenvolvimento de DM tipo 1.^(27, 29) Conhecem-se, no entanto, os sintomas a que se associam a DM, que podem ocorrer de forma repentina ou mais lenta, como é a excreção excessiva de urina (poliúria), sede (polidipsia), fome constante, perda de peso, alterações na visão e fadiga.⁽²⁹⁾

A DM tipo 2, anteriormente conhecida como não-insulín dependente (termo abandonado porque atualmente sabe-se que estes doentes podem igualmente vir a desenvolver dependência de insulina),^(27, 30) resulta do uso ineficaz da insulina pelo organismo. Apesar de uma possível componente genética, associada ao histórico familiar de DM, acredita-se que a DM tipo 2, diferentemente da DM tipo 1, é uma doença prevenível, já que um estilo de vida sedentário aliado a uma má alimentação são fatores preponderantes que levam ao desenrolar de DM tipo 2.^(27, 29, 30) Os sintomas podem ser semelhantes a DM tipo 1, mas geralmente são menos acentuados o que faz com que, conseqüentemente, a doença seja diagnosticada vários anos após o seu início, já após o surgimento das primeiras complicações.⁽²⁹⁾

De facto, a maioria das pessoas diabéticas tem DM do tipo 2, pelo que 90 a 95% dos casos de diabetes reside neste subtipo.⁽²⁸⁾ Até recentemente, este tipo de diabetes era observado apenas em adultos, mas presentemente também ocorre com cada vez mais frequência em crianças,⁽²⁹⁾ o que se justifica pelo aumento do sedentarismo, promovido pela evolução da tecnologia e da oferta de alimentos cada vez mais processados e nutricionalmente pobres, mais apelativos a esta faixa etária, que leva a um contínuo e significativo aumento da obesidade nas crianças e adolescentes.⁽³²⁾ E, de facto, no conjunto dos países que integram a OCDE, cerca de 56% da população é obesa ou apresenta excesso de peso. Em Portugal, merecem particular preocupação os dados relativos à obesidade em crianças, com idades entre os cinco e os nove

anos de idade, com uma prevalência de 37,1%.⁽³²⁾ Estes dados podem, então, ser uma justificação para o aumento de casos de DM na população em geral e na população jovem.

Independentemente do tipo, um dos maiores problemas da DM é sem dúvida as suas complicações agudas e crónicas. A diabetes pode causar danos graves e irreversíveis no coração, cérebro, rins, fígado, olhos e vasos sanguíneos.^(29, 30) Por exemplo, em diabéticos não controlados (principalmente), em que as quedas nos níveis sanguíneos de glicose são comuns, alguns órgãos, como rins, fígado e, particularmente, cérebro, que não têm recetores de insulina e não precisam de insulina para que se dê a captação de glicose, são significativamente afetados e estão associados a morbilidade significativa.⁽³⁰⁾ Queira realçar-se, ainda, que a diabetes está entre as principais causas de insuficiência renal e, segundo dados da OMS, os adultos com diabetes têm um risco duas a três vezes maior de ataques cardíacos e derrames que indivíduos saudáveis e, também, a diabetes é a causa de 2,6% da cegueira a nível global.⁽²⁹⁾ E, portanto, é verificável que as complicações vasculares do sistema macrovascular e microvascular são um resultado comum do surgimento da DM e, consequentemente, são a principal causa de morbilidade e mortalidade em indivíduos com diabetes.^(28, 30)

1.2. Diabetes *Mellitus* como Problema de Saúde Pública

A DM é uma das doenças mais comuns e de crescimento mais rápido em todo o mundo, com projeção de afetar, segundo a Federação Internacional de Diabetes (FID), 642 milhões de adultos em 2040⁽²⁷⁾ e 693 milhões em 2045, o equipolente a quase 10% da população mundial.⁽²⁸⁾ Segundo dados estatísticos da OMS, em 2014, 8,5% dos adultos em todo o mundo, com 18 anos ou mais, tinham diabetes, o que equivale a mais de 422 milhões de pessoas;^(28, 29) em 2012, ocorreram mais de 2 milhões de mortes devido a níveis elevados de glicose no sangue; e em 2019, a diabetes foi a causa direta de 1,5 milhões de mortes no mundo, sendo que para apresentar um quadro mais preciso das mortes causadas pela diabetes devem ser, ainda, contabilizadas as mortes pelas suas complicações, como são as mais comuns doenças cardiovasculares e doença renal crónica.⁽²⁹⁾

Portugal, à semelhança de vários outros países, apresenta um cenário muito negativo em termos de prevalência da diabetes entre adultos, com uma prevalência registada, em 2017, de 9,9%, sendo apenas ultrapassado pela Índia, Estados Unidos, Turquia e México.⁽³²⁾ Em 2018, a prevalência estimada da Diabetes na população portuguesa com idades compreendidas entre os 20 e os 79 anos, o que corresponde a 7 milhões de indivíduos, foi de 13,6%, equivalente a mais de 1 milhão de indivíduos, havendo um aumento de mais de 3,5% de população adulta

diabética num período de um ano. Também em 2018, a população com Diabetes representou 26,6% da letalidade intrahospitalar no SNS, pelo que mais de ¼ das pessoas que morreram nos hospitais tinham Diabetes.⁽³³⁾

O aumento do número de diabéticos também faz aumentar a despesa em saúde: a Diabetes em Portugal, no ano de 2018, representou um custo direto estimado entre 1,3 e 1,5 mil milhões de euros, o que representa 7 a 8% da despesa em saúde de 2018.⁽³³⁾

Posto isto, e atendendo a que mais de 90% dos casos de diabetes são de DM tipo 2, que é fortemente afetada pelo estilo de vida, pode realmente afirmar-se que a DM é um importante problema de saúde pública⁽²⁷⁾ para o qual se pode e deve adotar uma posição preventiva.

1.3. O Papel do Farmacêutico no Diagnóstico e Prevenção da Diabetes *Mellitus*

A glicose é um combustível essencial para o bom funcionamento do nosso organismo, em especial para órgãos como o cérebro, mas também para todas as outras células do corpo. Contudo, por várias razões, podem surgir mudanças nos níveis sanguíneos de glicose após a absorção de hidratos de carbono, o que se traduz numa resposta glicémica que pode gerar complicações.⁽³⁰⁾

Numa situação normal, o valor de glicemia deve estar entre os 70 e 100 mg/dl em jejum ou entre os 70 e 140 mg/dl 2h após uma refeição.⁽³⁴⁾ Apesar de poderem não haver sintomas associados, valores constantemente abaixo ou acima do intervalo ideal podem estar associados a uma deficiente resposta glicémica.

A hiperglicemia descreve qualquer concentração de glicose no sangue que seja superior à faixa-alvo reconhecida (acima de 100 mg/dl em jejum e acima de 140 mg/dl após a refeição)⁽³⁴⁾ sendo que, quando esta é prolongada, pode resultar em danos em muitos órgãos, levando, por exemplo, à insuficiência renal ou cegueira.⁽³⁰⁾

A hiperglicemia aguda ocorre quando o corpo não consegue utilizar a glicose devido à insuficiente ou ausente produção de insulina. Isso faz com que o corpo responda produzindo glicose por meio da glicogenólise, lipólise e gliconeogénese, aumentando ainda mais a sua presença no sangue. Apesar de esta ser uma situação frequente e, portanto, de diagnóstico, em doentes que desconhecem ser portadores da diabetes, a hiperglicemia pode ser causada por diversos motivos como a presença de infeções, doença crítica, *stress*, medicamentos (como esteroides e benzodiazepinas), alimentação parenteral e, em diabéticos sujeitos à utilização de insulina, a administração de doses insuficientes de insulina.⁽³⁰⁾

Por outro lado, quando os níveis de glicose no sangue caem para valores inferiores ao alvo (abaixo de 70 mg/dl em jejum ou não)⁽³⁴⁾ falamos de hipoglicemia. Esta tem como principal consequência a falta de energia no cérebro, levando a um comportamento anormal, que é às vezes confundido com embriaguez. Neste caso, se prolongado, a hipoglicemia pode resultar em perda de consciência e, não sendo tratada, pode mesmo levar à morte. Esta é uma situação comum de acontecer quando se avança uma refeição ou se faz um esforço físico inesperado ou demasiado intenso, no entanto dá-se com resultados mais graves em indivíduos diabéticos que fazem a administração inadvertida de insulina ou sobredosagem de sulfonilureias (medicamento usado no tratamento da DM tipo 2 que atua aumentando a produção de insulina endógena).⁽³⁰⁾

O farmacêutico é um dos prestadores de cuidados de saúde mais acessíveis à população geral: estima-se que os utentes visitem a Farmácia Comunitária até 10 vezes mais do que a um prestador de cuidados primários.⁽³⁵⁾ Como tal, o farmacêutico, além da dispensa de medicamentos, pode e deve completar o seu serviço com ações diretas, como a educação sobre medicamentos e o auxílio na monitorização das doenças, a fim de melhorar a adesão à medicação, atingir os objetivos e resultados terapêuticos desejados e melhorar a segurança no uso de medicamentos. Este tipo de intervenção do farmacêutico no atendimento ao utente, em alternativa à abordagem comercial, demonstrou afetar favoravelmente os resultados terapêuticos e de segurança em diferentes doenças ou condições, incluindo a diabetes.⁽³⁶⁾

De facto, e no que se trata a intervenções realizadas por farmacêuticos na melhoria do controlo da diabetes, existem dados bem documentados sobre o assunto. Os farmacêuticos que prestam cuidados a utentes diabéticos demonstraram melhorar o controlo glicémico dos mesmos, incluindo reduções nos níveis de hemoglobina A1c (HbA1c) e dos níveis de glicose no sangue em jejum.⁽³⁵⁻³⁷⁾ Além disso, as intervenções farmacêuticas resultaram no aumento da utilização de inibidores da 3-hidroxi-3-metilglutaril coenzima A redutase (HMG Co-A redutase), comumente conhecidos como estatinas (inibidoras da via mevalonato, levando à diminuição da produção de colesterol), para prevenção de complicações macrovasculares, promovendo ainda melhores taxas de vacinação e rastreamento de neuropatia diabética e retinopatia.⁽³⁵⁾

Desta feita, e enfatizando a DM como uma doença que requer cuidados médicos contínuos e autogestão do utente, podemos considerar que os farmacêuticos têm um elevado impacto na gestão da DM, assim como na sua prevenção.⁽³⁷⁾

Um dos exemplos referentes à autogestão da diabetes é a utilização do glicosímetro. A medição da glicose no sangue é uma atividade-chave de autocuidado para pessoas com diabetes e demonstrou correlacionar-se positivamente com a melhoria do controlo glicémico a longo prazo.⁽³⁰⁾ A medição destes níveis fornece informações sobre a eficácia do metabolismo da glicose no sangue e orienta as intervenções para atingir o nível ideal de glicose no organismo,⁽³⁰⁾ sendo o glicosímetro uma importante ferramenta do dia-a-dia dos utentes diabéticos.

Contudo, para além do uso diário por diabéticos, o glicosímetro pode ser usado no diagnóstico de DM, já que, quando usado durante um período de tempo, permite observar os padrões de flutuação dos níveis de glicose no sangue que ocorrem em resposta quer à dieta, exercício físico, medicamentos e/ou processos patológicos associados às flutuações da glicose no sangue, quer a processos fisiológicos associados à diabetes.⁽³⁰⁾ Este tipo de parâmetro bioquímico é realizado através de testes relativamente baratos⁽²⁹⁾ disponíveis nas Farmácias e como serviço farmacêutico.

No que se refere à prevenção e preservação da saúde do diabético, para além do tratamento farmacológico da diabetes e *follow-up* do seu estado, no qual o farmacêutico tem um papel ativo de incentivo e promoção do correto uso dos fármacos, o tratamento da diabetes envolve uma dieta equilibrada e atividade física, com o intuito de diminuir os níveis de glicose no sangue e evitar os fatores de risco conhecidos que levam aos danos e complicações da diabetes,⁽²⁹⁾ informação preciosa que deve ser ressaltada por todos os profissionais de saúde, incluindo o farmacêutico.

De facto, demonstrou-se que alterações simples no estilo de vida são eficazes na prevenção ou retardamento do início de DM tipo 2. Medidas como alcançar e manter um peso corporal saudável, ser fisicamente ativo (e com isto entenda-se fazer pelo menos 30 minutos de atividade regular de intensidade moderada), ter uma alimentação saudável (preferindo alimentos nutricionalmente ricos em detrimento de alimentos processados e com gorduras saturadas) e evitar o uso de tabaco são úteis tanto para indivíduos saudáveis, como modo de prevenção de DM tipo 2, como para indivíduos diabéticos, de modo a manterem a sua doença controlada e abrigada das suas complicações.⁽²⁹⁾ Promovendo estes hábitos, o farmacêutico, como o profissional de saúde a quem se recorre mais facilmente, pode atuar preventivamente sobre o desenrolar destas e outras doenças.

2. Enquadramento Prático

Um dos meus primeiros passos para o contacto direto com o utente no Estágio Curricular em Farmácia é na avaliação de parâmetros bioquímicos.

A FC disponibiliza os serviços de avaliação de glicemia, CT, TG, perfil lipídico PA, dos quais tive a oportunidade de os realizar a todos. Contudo, dentro destes serviços, a medição da glicemia, a par com a PA, foram sem dúvida os serviços mais requisitados, sendo por várias vezes as alterações da rotina diária devido à pandemia a justificação para a avaliação desses parâmetros.

De facto, um terço das mortes em Portugal podem ser atribuídas a fatores de risco comportamentais,⁽³⁸⁾ como são o excesso de peso e o sedentarismo, e a pandemia de COVID-19 pode ter vindo a aumentar estes números devido à obrigação de confinamento e consequente “desleixo” para com os hábitos diários e rotinas de cada um.

Foi realmente notória a preocupação dos utentes com a sua saúde, em especial no que se trata da diabetes e doenças cardiovasculares. Um dos casos que presenciei foi de uma jovem, entre os 15 e 17 anos, que foi diariamente à FC fazer a avaliação da glicemia em jejum porque tinha “medo” de estar com diabetes.

Desta feita, a ideia de um Rastreio Solidário era oportuna. Um rastreio consiste na testagem de indivíduos, por meio de procedimentos científicos, com o intuito de avaliar a sua saúde e identificar riscos que a comprometam. Desta forma, os rastreios tornam-se uma mais-valia na promoção da saúde individual e coletiva, já que permite identificar potenciais doenças que podem evoluir para cronicidade ou até mesmo serem transmissíveis. A identificação de uma patologia no seu estágio inicial, antes mesmo de esta se manifestar clinicamente, permite atuar mais rapidamente, possibilitando uma melhor resposta ao tratamento e, consequentemente, conduzir a uma diminuição da mortalidade e morbilidade nas populações rastreadas.

Sobre o parâmetro bioquímico a mensurar, rapidamente foi escolhido a glicemia sanguínea: este é um método prático e rápido que requer uma amostra de sangue pequena e que, por isso, exige uma punção menos dolorosa, com um tempo de resposta muito curto. Ainda, é um serviço farmacêutico bastante requisitado, sendo o parâmetro ideal.

Para além disso, sabendo o papel do farmacêutico na prevenção de doenças como é a DM tipo 2, atualmente uma das doenças de maior preocupação em termos de saúde pública, e no seu controlo e gestão em doentes diabéticos,⁽³⁷⁾ foi uma grande motivação poder intervir diretamente nesta causa.

3. Objetivos

A realização deste projeto teve o intuito, a nível pessoal, de desenvolver competências na área da comunicação e gestão de tempo com o utente, aliado à prática e treino dos testes bioquímicos, assim como na promoção de eventos e serviços da Farmácia.

A execução do Rastreio Solidário, por sua vez, teve como principal objetivo a sensibilização da população acerca da DM, especialmente do tipo 2, e as suas complicações, promovendo os meios de alcançar os valores alvo de glicemia com uma vida saudável e ativa. Para além disso, foi também um objetivo dar a conhecer a instituição APELA e incentivar os utentes a auxiliar, de alguma forma, estas associações.

4. Métodos e Resultados

A ideia de um Rastreio Solidário foi proposta pela Dr.^a Raquel Tavares, dando-me total liberdade de escolha do tema e disponibilidade de usufruto do material da Farmácia.

Prontamente aceitei o desafio, criando um Rastreio Solidário, com duração de uma semana, que visava essencialmente a medição da glicemia, dando também a oportunidade aos utentes de fazerem uma pesagem numa balança de bioimpedância e cálculo do IMC, e a angariação de fundos para a Associação Portuguesa de Esclerose Lateral Amiotrófica (APELA).

Para garantir que o Rastreio se dava com o máximo profissionalismo e conhecimento, fiz uma pesquisa científica acerca do tema e criei uma apresentação em formato *PowerPoint* (**Anexo II**) na qual constava toda a informação relativa aos parâmetros bioquímicos mais usuais, como são a PA, CT e TG, dando especial enfoque à medição da glicemia. O conteúdo da apresentação era consistente, apresentando para cada método a sua definição, o processo para o seu funcionamento e o modo correto de realização. Inclusive, houve interesse por parte da equipa de haver uma apresentação do mesmo, contudo acabou por não se realizar, por assim não ser possível.

Para completar a minha formação, tive ainda o privilégio de ter uma formação exclusiva com uma farmacêutica da *Glucomen*[®] acerca da medição da glicemia com o novo aparelho *Glucomen areo*, na qual pude experimentar e praticar a técnica de punção do dedo, e na qual obtive alguns “brindes” para oferecer durante o Rastreio.

Ainda como parte da preparação do projeto, coube-me também escolher o local ideal para a sua realização. Optei por um gabinete reservado, confortável e acolhedor, de modo que pudesse ter uma conversa relaxada com o utente e para que este se sentisse totalmente à

vontade, o que foi especialmente importante devido ao constrangimento no ato de descalçar, desconfortável para alguns utentes.

Para a divulgação do Rastreio criei vários conteúdos, como um cartaz (Figura 3, do **Anexo III**), colocado em locais estratégicos da Farmácia para chamar a atenção dos utentes em espera, e um *post* para as redes sociais da FC (Figura 4, do **Anexo III**). Criei ainda um cartaz com os valores de referência dos parâmetros mensurados (**Anexo IV**), impresso em formato A3 para permitir a visualização pelos utentes, um ficheiro Excel (**Anexo V**) no qual me auxiliava nos cálculos necessários, como IMC e massa magra, e um folheto na qual apontava e oferecia os resultados obtidos (**Anexo VI**).

O Rastreio Solidário teve a duração de uma semana, tendo-se realizado segunda-feira, dia 1 de março de 2021, a sexta-feira, dia 5 de março de 2021, das 10h às 16h, sem necessidade de reserva prévia. Para isso, durante a semana anterior, ia divulgando a data do Rastreio; nos dias de Rastreio, eu promovia o evento, por abordagem pessoal aos utentes que aguardavam a sua vez, e convidava as pessoas a participarem, levando-as de seguida para o gabinete onde fazíamos as medições. Durante as medições, mantinha uma conversa relaxada com os participantes, que visava dar a conhecer a DM e a instituição APELA, respondendo sempre às dúvidas dos participantes.

Apesar de uma visão geral positiva, tive dificuldades com o assentimento das pessoas. Falta de tempo e o receio pela situação atual de pandemia foram duas das razões mais frequentes para recusar a participação no Rastreio, mesmo reafirmando que este era seguro, confiável e gratuito, pelo que tive de arranjar uma solução alternativa que apelasse à sua participação. Foi então que criei um sorteio associado ao Rastreio (Figura 5, do **Anexo III**), cuja participação e a resposta a um questionário acerca da associação APELA (**Anexo VII**), que continha questões das quais falava durante o rastreio, dava acesso direto à participação num sorteio de produtos cosméticos oferecidos pela FC, que contava com produtos como cremes hidratantes e solares de prestigiadas marcas como *Avène* e *La Roche Posay*. Esta medida teve um impacto muito positivo na adesão das pessoas, gerando um aumento da participação e consecutivo aumento dos fundos oferecidos à APELA.

Apesar de todas as dificuldades, o *feedback* obtido quer pelos participantes quer pela equipa, foi muito positivo, o que me deixava cada dia mais motivada e, no final, realizada com aquele que foi o meu primeiro projeto de estágio.

5. Conclusão

O desenvolvimento e realização deste projeto foi, a título pessoal, uma mais-valia para a minha formação como futura profissional de saúde. Permitiu-me contactar diretamente com o utente, desafiar-me com as suas questões e desenvolver a minha competência no que se refere à testagem de parâmetros bioquímicos. Para além disso, pude ainda desenvolver aptidões como comunicação e *marketing*, que enriquecem igualmente a minha formação.

No cômputo geral, apesar da dificuldade inicial em captar participantes, o projeto teve bastante sucesso. Para além da prática que me permitiu ter, no que se refere à avaliação de parâmetros bioquímicos e contacto com o utente, foi especialmente importante para a minha formação pelo facto de ter sido desafiante ter de gerir um evento de saúde e arranjar soluções para que este alcançasse os objetivos desejados.

B) Projeto II – Suplementação: Riscos e Benefícios

1. Enquadramento Teórico

Os “suplementos alimentares” (SA) são “géneros alimentícios que se destinam a complementar ou suplementar o regime alimentar normal e que constituem fontes concentradas de nutrientes ou outras substâncias com efeito nutricional ou fisiológico, comercializadas em forma doseada e que se destinam a ser tomados em unidades de medida de quantidade reduzida”. Esta é a definição nacional de “suplementos alimentares” que consta no Decreto-Lei n.º 118/2015 que veio alterar o Decreto-Lei n.º 136/2003, transpostos da diretiva 2002/46/CE do Parlamento Europeu e do Conselho, de 10 de Junho.⁽³⁹⁻⁴¹⁾

Por partes, e desconstruindo esta definição, os SA são então géneros alimentícios, o que significa que, atendendo ao postulado no Regulamento (CE) n.º 178/2002 do Parlamento Europeu e do Conselho de 28 de janeiro de 2002, são destinados a ser ingeridos pelo ser humano, sendo excluídos da categoria de SA, por exemplo, produtos que se destinam a ser administrados topicamente ou por via nasal.^(42, 43)

No que à comercialização diz respeito, os SA são comercializados em “forma doseada”: quer isto dizer que os SA devem ser produzidos sob a forma de comprimidos, pós ou ampolas, por exemplo, em embalagem apropriada e preparada com a dose destinada ao consumo ou com forma de serem mensurados. Também, os SA destinam-se a “ser tomados em unidades de medida de quantidade reduzida” o que significa que, segundo a DGAV, os SA devem seguir uma unidade de medida de quantidade reduzida que não pode exceder 25g ou 25ml e o valor energético da toma diária não pode exceder as 50kcal.⁽⁴³⁾

A nível de conteúdo, os SA constituem “fontes concentradas de nutrientes” e, portanto, são, atendendo à definição de “nutrientes” descrita pelo Decreto-Lei n.º 118/2015, concentrados de vitaminas e minerais, constituintes estes que estão devidamente listados no Regulamento (CE) n.º 1170/2009 de 30 de novembro da Comissão, que altera a Diretiva 2002/46/CE do Parlamento Europeu e do Conselho e o Regulamento (CE) n.º 1925/2006 do Parlamento Europeu e do Conselho, aos quais ainda se adicionam plantas, partes de plantas ou preparações à base de plantas e ingredientes tradicionais (como por exemplo a geleia real).^(39, 43, 44) Por sua vez, estes constituintes, que no seu conjunto dão origem ao produto final, devem promover um efeito nutricional ou fisiológico que é benéfico ao seu consumidor, permitindo manter a homeostasia do organismo.⁽⁴³⁾

Apesar de bem definido, o termo SA é recorrentemente confundido com “medicamento”, já que são ambos dispensados na farmácia (apesar de os SA poderem ser vendidos em todos os locais destinados à venda de produtos alimentares) e apresentam aparências semelhantes⁽⁴⁵⁾. Contudo, o termo “medicamento” refere-se a todas as substâncias (ou associações) que possuam propriedades curativas ou preventivas de doenças em seres humanos e/ou que possam ser utilizadas ou administradas nestes com vista a estabelecer um diagnóstico médico ou “restaurar, corrigir ou modificar funções fisiológicas ao exercer ação farmacológica, imunológica ou metabólica”. Os SA, por sua vez, apesar de deverem ter um efeito benéfico para o seu consumidor, não podem apresentar atividade terapêutica, curativa ou preventiva.^(43, 46)

1.1. A Problemática dos Suplementos Alimentares

O surgimento dos SA pode remontar a vários séculos atrás, quando eram usadas plantas ou partes delas não só como alimentos, mas também para tratar e curar doenças e outros problemas de saúde.^(47, 48) Ainda nos dias que correm, a prática da fitoterapia é uma importante ferramenta para várias culturas em todo o mundo, estimando-se mesmo que 4 mil milhões de habitantes de países em desenvolvimento dependam da fitoterapia como fonte primária de saúde.⁽⁴⁷⁾

O passado bem-sucedido das plantas aliado a uma maior procura por produtos naturais torna os SA produtos mais aliciantes para os consumidores. Aproveitando este mote, os SA ganharam espaço no mercado e nele estão a crescer de forma exponencial: a nível europeu, este mercado representa mais de 100 mil milhões de euros e em Portugal, no ano de 2018, mais de 2 milhões de indivíduos haviam consumido SA nos últimos 12 meses, o que representa mais

de 25% da população com 15 anos ou mais residente em Portugal Continental, valor este duas vezes superior ao obtido 5 anos antes.⁽⁴⁹⁻⁵¹⁾

Contudo, os SA podem trazer sérios problemas para aqueles que o desconhecem ou subestimam. Um dos maiores problemas associados aos SA tem que ver com o pensamento de que “o que é natural é que é bom”, considerando estes preparados uma abordagem natural para a cura ou prevenção, isenta de toxicidade, descurando totalmente possíveis efeitos adversos provocados pelo seu uso impróprio⁽⁴⁷⁾. Para além disso, este pensamento também leva a que os utentes que fazem uso concomitante de medicamentos e SA não relatem o uso deste último ao seu médico ou farmacêutico, o que pode gerar interações que prejudicam a sua saúde.⁽⁵²⁻⁵⁴⁾

Por outro lado, torna-se também um problema a regulamentação aplicada para estes produtos que é, de certa forma, limitada e até inexistente para alguns países,⁽⁴⁷⁾ como veio a constatar a OMS que verificou que em 191 países, apenas 64 regulamentavam os SA e somente 25 tinham uma política nacional para estes.⁽⁴⁵⁾

Em Portugal, para o caso dos medicamentos, aos quais se juntam os dispositivos médicos e produtos cosméticos e de higiene corporal, estes são regularizados e supervisionados pelo INFARMED, guiando-se este pelos mais elevados padrões de proteção da saúde pública e garantindo o acesso dos profissionais de saúde e cidadãos a produtos de qualidade, eficazes e seguros; para os SA, por sua vez, como géneros alimentícios, são sujeitos à regulamentação alimentar, pelo que a autoridade competente responsável é a Direção-Geral de Alimentação e Veterinária (DGAV), a qual dita os termos de execução e avaliação relativas à notificação de SA e define as obrigações dos operadores económicos, juntamente com a Autoridade de Segurança Alimentar e Económica (ASAE), que é responsável pela fiscalização do cumprimento das normas relativas aos SA.⁽⁴⁶⁾

O procedimento da colocação no mercado de SA é muito diferente dos medicamentos, sendo um processo bastante menos complexo, principalmente no que diz respeito à comprovação da sua eficácia e segurança, que consiste numa notificação por via eletrónica ao DGAV, onde deve constar cada produto a comercializar e, em anexo, uma cópia da cartongem ou do rótulo juntamente com informações de carácter administrativo e técnico.⁽⁴³⁾

Diferentemente dos medicamentos, os SA podem ser livremente publicitados e, apesar da regulamentação no que diz respeito a este tema, o conhecimento da sociedade sobre os SA é canalizado principalmente por meio de exposições de *marketing* de produtos.⁽⁴⁵⁾ Apesar destes produtos terem de obedecer a regras de rotulagem, em especial no que se refere às suas funções,

são permitidas declarações relativas ao bem-estar geral e saúde dos indivíduos,⁽⁵²⁾ o que pode ser mal interpretado pelo seu consumidor e, consequentemente, mal utilizado.

Por outro lado, devido aos SA não estarem sujeitos ao rigoroso processo de aprovação pré-comercialização exigido para os medicamentos, o conhecimento dos efeitos adversos e das interações entre os SA e os medicamentos é frequentemente insuficiente⁽⁵³⁾ e, portanto, o uso excessivo ou inapropriado dos SA bem como uma ingestão superior à recomendada, pode causar toxicidade e representar sérias ameaças à saúde do consumidor.⁽⁴⁵⁾ Também devido a esta problemática da regulamentação, surgem problemas de adulteração e contaminação dos SA: vários SA contêm adulterantes (como por exemplo, esteroides, estimulantes, metais pesados, substâncias ativas não autorizadas em SA), dosagens excessivas de nutrientes e componentes com interações desconhecidas, o que foi já comprovado pela FDA, por exemplo, que identificou 776 SA adulterados, entre 2007 e 2016;⁽⁵⁵⁾ e porque SA à base de plantas precisam de ser cultivados e colhidos antes da sua produção, por inúmeras vezes ocorre contaminação microbiana que pode não só levar à degradação dos componentes ativos como também infetar e suscetibilizar os seus consumidores, havendo ainda outro tipo de contaminantes como os metais pesados.⁽⁵⁶⁾

Por conseguinte, a falta de informação entre os fabricantes de SA, juntamente com a falta de consciência dos consumidores sobre os seus riscos, pode levar ao desenvolvimento de intoxicações e problemas de saúde graves em consumidores destes produtos.⁽⁴⁷⁾

Atendendo a isso e ao facto de os SA serem vendidos em farmácias, com profissionais de saúde capacitados para o seu aconselhamento, os farmacêuticos são um ótimo meio de partilha de informação fidedigna acerca dos SA, providenciando um aconselhamento de excelência atendendo ao objetivo do consumidor, assim como a possíveis problemas inerentes a ele, tirando o melhor proveito possível do uso de suplementos.

2. Enquadramento Prático

A crescente preocupação da população com o seu estado de saúde geral e consequente procura por soluções que permitam, de forma fácil e natural, enriquecer a sua dieta habitual e fortalecer o seu organismo⁽⁴⁵⁾ faz dos SA, como produto de venda livre, uma das opções mais atrativas do mercado.

Durante o meu estágio foram várias as vezes em que tive a oportunidade de assistir ou fazer o aconselhamento de SA, que estiveram sempre associados a épocas do ano. Por exemplo, numa fase mais inicial do meu estágio na FC, várias pessoas procuravam SA que fortalecessem

o sistema imunitário devido ao contexto de pandemia em que nos inserimos atualmente; por outro lado, na FR várias pessoas, principalmente pais e estudantes, procuravam SA que atuam no desempenho cerebral e na redução do cansaço associados ao início da época de exames. Adicionalmente, na FR houve um caso especial em que uma utente necessitava de um SA multivitamínico, mas, mesmo com várias tentativas e diferentes marcas, mantinha uma sensação de enjoo associada à toma, pelo que, juntamente com a Dr.^a Anabela, tentamos perceber o elemento em comum nos vários SA (que viemos a pensar ser o ferro) e, posteriormente, dispensamos um SA cuja composição não tinha esse elemento, tendo tido efeitos positivos imediatos. Isto foi, para mim, uma prova da importância do farmacêutico no aconselhamento de produtos de venda livre como os SA.

O tema da suplementação foi, no entanto, despoletado por uma das formações que tive a oportunidade de assistir na FR da *Tilman*[®], um laboratório farmacêutico focado essencialmente em fitoterapia. A formação consistia na abordagem de vários SA produzidos pela *Tilman*[®] dos quais um deles, por curiosidade, estava em processo de vir a tornar-se num medicamento, estando desta vez sujeito a aprovação pelo *Infarmed*, atendendo às suas características de eficácia, qualidade e comprovação da sua segurança.

Em todos os casos, foram abordados cuidados especiais a ter na recomendação desses SA e as suas interações e contraindicações, pelo que tive o interesse de perceber se de facto a população estava ciente de que, mesmo os SA que se vendem livremente, podem associar-se a problemas de saúde.

3. Metodologia

A melhor maneira encontrada de avaliar a opinião da população acerca do tema “suplementação” foi através de um questionário que, por questões logísticas e de facilidade, foi realizado *online* e completamente anónimo, recorrendo à plataforma gratuita *Google Forms*.

O questionário, denominado "O Impacto da Suplementação na População Geral" (**Anexo VIII**), foi divulgado ao público no dia 21 de julho de 2021, através da plataforma *Facebook*, e encerrado no dia 28 de julho de 2021, perfazendo uma semana de questionário.

O objetivo do questionário apresentado era perceber, num grupo aleatório de pessoas, a razão pela qual usam ou não SA e, para os usuários destes, quais os seus objetivos com o SA, os efeitos sentidos e como os adquiriram, atendendo ainda à sua rotina diária. Para isso, foram feitas diversas perguntas divididas por secções: a secção 1 visa apenas separar os indivíduos que tomam ou não SA, sendo que estes últimos são dirigidos automaticamente para uma última

questão cujo objetivo é perceber a razão pela qual nunca usaram SA; a secção 2 foca-se nos dados demográficos, como o género e idade, dos participantes que já tomaram alguma vez um SA, já que apenas estes seguem para esta secção; a secção 3 aborda o estilo de vida dos participantes, com especial enfoque nos seus hábitos alimentares e de exercício físico; por fim, a secção 4 remata com perguntas acerca da suplementação, questões essas que visam perceber o objetivo do seu uso, a sua frequência, por quem foi feita a recomendação, entre outros.

4. Resultados e Discussão

No período de tempo proposto, 300 indivíduos, aleatórios e anónimos, responderam ao questionário. Destes, 151 já haviam tomado SA, enquanto os restantes 149 nunca o fizeram (Figura 6, **Anexo IX**). Este foi um resultado inesperado, no bom sentido, visto que em 2020, num estudo nacional, averiguou-se que cerca de 25% dos residentes de Portugal Continental com 15 anos ou mais já havia tomado, o que representa um número já bastante elevado.^(49, 57)

Dos participantes que nunca tomaram SA, mais de 65% justificou-o pelo facto de não sentir necessidade do seu uso e cerca de 30% por não ter sido recomendado (Figura 7, **Anexo IX**). Alguns dos participantes alegaram ainda não usufruir de SA por não acharem confiável ou não acharem monetariamente acessível. Apesar de apresentar uma pequena percentagem, de facto, da experiência que vivenciei no atendimento ao público, eram várias as pessoas que não compravam SA, mesmo que recomendado pelo farmacêutico e até mesmo pelo médico, devido ao preço.

Para os participantes que já tomaram alguma vez um SA foram, numa primeira instância, recolhidos dados demográficos e da sua rotina diária, já que existem estudos, dos quais um deles se deu nos EUA, que comparam a população que usufrui ou não de SA e que afirmam que os usuários de SA eram tendencialmente mais velhos e geralmente mulheres; para além disso, têm níveis mais altos de educação e renda familiar, têm uma dieta saudável e são fisicamente ativos.⁽⁵⁸⁾

Destes inquiridos, cerca de 77% é do sexo feminino e 23% do sexo masculino, onde a maioria (84,1%) encontra-se na faixa etária dos 18 aos 35 anos, com alguns participantes entre os 36 a 60 anos (14,6%), menos de 18 anos (0,7%) e mais de 60 anos (0,7%) (Figura 8, **Anexo IX**). Em Portugal, no ano de 2020, cerca de dois terços dos consumidores de SA foram mulheres, pelo que o resultado obtido era expectável. Por outro lado, um estudo de 2019 indica que em Portugal são os indivíduos de 65 anos ou mais que apresentam a taxa mais elevada de consumo de SA, de aproximadamente 33%,^(49, 57) o que não se verificou neste caso, o que é

possivelmente justificado pelo modo de partilha do questionário que ocorreu via *Facebook*[®] e de forma mais intensa sobre a população universitária, levando a um número de inquiridos mais elevado na faixa etária dos 18 aos 35 anos.

A grande parte dos participantes apresentava um nível de escolaridade avançado (ensino superior – 66,2%), havendo também alguns com ensino secundário (30,5%) e, em menor percentagem, ensino básico (2,6%) e primário (0,7%) (Figura 8, **Anexo IX**). Adicionalmente, mais de 95% dos inquiridos encontram-se empregados, a estudar ou a executar ambos, havendo uma percentagem diminuta de indivíduos desempregados ou reformados (Figura 9, **Anexo IX**). Apesar de estes dados serem coincidentes com os estudos podem, ao mesmo tempo, ser justificados pela mesma razão das questões anteriores.

Na secção do estilo de vida, cerca de 71% dos inquiridos afirma ter um estilo de vida saudável e os restantes 29% assumem um estilo de vida menos saudável (Figura 11, **Anexo IX**). No que diz respeito aos hábitos alimentares, de uma maneira geral os inquiridos afirmam ter uma dieta equilibrada e variada, respeitando as porções propostas pela roda dos alimentos (Figura 10, **Anexo IX**). Por outro lado, relativamente à prática de exercício físico, os resultados são mais dispare, sendo que cerca de metade dos inquiridos não faz exercício ou faz uma vez por semana e a restante metade distribui-se pela prática de exercício de duas a sete vezes por semana. Ainda na prática de desporto, uma grande percentagem dos inquiridos faz exercício de baixa intensidade, como caminhadas, mas também há uma percentagem relativamente elevada de indivíduos que fazem exercício de alta intensidade, como alguns desportos de competição (Figura 12, **Anexo IX**). Estes dados relativos ao estilo de vida são de extrema importância porque alguns dos motivos mais frequentes para o uso de SA tem que ver com o estilo de vida de cada um, procurando estes produtos para complementar a dieta, diminuir a fadiga e stress ou aumentar o desempenho associado ao desporto ou trabalho.

Para encerrar a secção 3, fizeram-se perguntas acerca de doenças e estados fisiológicos. A maioria dos inquiridos encontra-se saudável, no entanto mais de 25% dos indivíduos declararam apresentar alguma doença, das quais se destacaram as doenças respiratórias e gastrointestinais, mas também alguns casos de doenças cardiovasculares, metabólicas, do foro psicológico e algumas alergias, onde cerca de 20% apresenta-se a fazer medicação crónica (Figura 13, **Anexo IX**). Estes dados recolhidos foram, para mim, uma das informações obtidas mais relevantes, uma vez que demonstra a importância de perceber o historial da pessoa, quer pelo médico como pelo farmacêutico, principalmente no que diz respeito às suas doenças e medicação habitual, para evitar possíveis interações e novos problemas de saúde.

Atendendo ao tópico “Suplementação”, os objetivos para os quais os SA são mais usados são complementar o regime alimentar habitual e para melhorar o desempenho cerebral, com a mesma percentagem de indivíduos (39,1%), seguido de situações de fadiga diária (25,8%), fortalecimento do sistema imunitário (25,2%) e situações de stress (22,5%). Destes, 21,2% faz uso regular de SA (Figura 14, **Anexo IX**).

Os suplementos mais usados para o caso de complementar o regime alimentar são compostos essencialmente de vitaminas e minerais, o que se aplica também para o caso de situações de cansaço diário e fortalecimento do sistema imunitário. A deficiência destes micronutrientes na dieta pode sim ser combatida com o uso de SA, no entanto esta deficiência em países desenvolvidos é cada vez mais rara pelo que os consumidores destes produtos possivelmente podem estar a ingerir um excesso de vitaminas e minerais. Apesar da crença generalizada de que esses são benéficos para a saúde, alguns estudos sobre o seu consumo em adultos sem carências nutricionais demonstraram que não há evidências claras de efeitos benéficos para a saúde e, pelo contrário, há evidências de possíveis danos com base no consumo de vitaminas e minerais em excesso. Por exemplo, foram relatados casos de polineuropatia sensorial crónica em pacientes idosos que consumiram suplementos multivitamínicos e ainda casos de fotossensibilidade e neurotoxicidade em adultos que consumiram doses excessivas de vitamina B6.⁽⁵²⁾

Para aumentar o desempenho cerebral, um dos compostos mais usados nos SA são os “Ómega-3”, ácidos gordos essenciais que não podem ser sintetizados pelo organismo humano e que, portanto, devem ser obtidos por meio da dieta, que são conhecidos por aumentarem a capacidade e desempenho cerebral, possuindo ainda propriedades anti-inflamatórias e efeitos estabilizadores elétricos nos canais iónicos dos miócitos cardíacos, sendo também muito procurados para conservar a saúde do coração. No entanto, em primeiro lugar, os benefícios terapêuticos nas doenças cardiovasculares estudados por ensaios clínicos mostram-se ainda controversos; em segundo, existem estudos que verificam que estes ácidos gordos podem exacerbar o efeito anticoagulante de substâncias como a varfarina e provocar hemorragias em doentes que fazem esta medicação, devendo ter-se em atenção esta interação. E mesmo não havendo a toma concomitante com medicamentos, o simples facto de tomar um SA com óleo de fígado de peixe, que contém vitamina A, e um multivitamínico com vitamina A podem levar a hipervitaminose A,⁽⁵²⁾ levantando-se aqui a importância da comunicação com profissionais de saúde informados sobre o tema.

Apesar de não ter sido em percentagem elevada, alguns dos participantes relataram usar SA para regimes de emagrecimento, para o aumento do seu desempenho desportivo e para a fadiga associada ao desporto (respetivamente 10,6%, 11,9% e 12,6%), as quais são provavelmente as categorias de SA mais polémicas. Num estudo recente foi estimado que a proporção de lesões hepáticas induzidas por SA está atualmente em torno dos 20%, onde os suplementos para a perda de peso e aumento de massa muscular são responsáveis por quase metade dessas lesões. Para além disso, afirmam que, de entre as visitas hospitalares de urgência por efeitos adversos relacionados a SA nos EUA, cerca de 25% foram devido a produtos para a perda de peso. Isto acontece frequentemente neste grupo pelo desejo de resultados mais rápidos, pelo que os SA podem ser intencionalmente enriquecidos com compostos não listados ou ilegais, como esteroides anabolizantes, que promovem a hipertrofia dos músculos, mas que acarretam efeitos secundários físicos e psicológicos acentuados, ou extratos de *Ephedra* spp. (como por exemplo efedrina), usados na perda de peso a curto prazo, com risco de efeitos adversos na forma de sintomas psiquiátricos, palpitações cardíacas e sintomas gastrointestinais agravados. Esta adulteração de SA também acontece com mais frequência pela facilidade de venda destes produtos por vários estabelecimentos, mas em especial através de vendas *online*.⁽⁵²⁾ Um dos compostos mais famosos que foi até recentemente incorporado em suplementos desportivos foi a 1,3-dimetilamilamina (DMAA), que é um composto desenvolvido e patenteado pela empresa farmacêutica *Lilly*[®] como descongestionante nasal, possuindo propriedades simpatomiméticas e vasoconstritoras. Vários SA listaram este composto como um componente natural das plantas do género *Geranium*, no entanto, a presença de DMAA em plantas não foi verificada, concluindo-se que o DMAA em SA é gerado por síntese química. Atualmente, o DMAA é atualmente uma substância proibida pela Agência Mundial Antidopagem.⁽⁵²⁾

Relativamente à compra dos SA, cerca de 55% dos inquiridos havia tido recomendação médica ou farmacêutica, sendo que os restantes foram aconselhados por, por exemplo, *Personal Trainer*, treinadores de modalidades desportivas, familiares, amigos e por iniciativa própria (Figura 15, **Anexo IX**). Segundo estatísticas, cerca de um quarto dos SA foram usados com base no conselho de prestadores de cuidados de saúde, pelo que a maioria das decisões de uso destes produtos são tomadas pelos próprios consumidores ou pessoal não habilitado para aconselhamento.⁽⁵²⁾ Neste caso, tal não se verificou, mas verificou-se antes uma significativa percentagem de indivíduos que comprou SA por iniciativa própria, chegando quase aos 30%,

o que traz novamente a problemática do desconhecimento de interações e efeitos adversos associados ao produto.

Dos 84 indivíduos que obtiveram recomendação médica ou farmacêutica, 82 responderam à questão acerca do tipo de abordagem do profissional de saúde. Para quase 30% dos participantes, o profissional de saúde não fez questões, e apenas para 20%, 23% e 24% dos casos os profissionais de saúde perguntaram se tinha algum problema de saúde, se era para o próprio e se fazia alguma medicação, respetivamente (Figura 16, **Anexo IX**). A falta de comunicação entre o utente e profissional de saúde, como já verificado, pode levar a interações medicamentosas e ao agravamento de problemas de saúde, sendo esta uma questão muito pertinente de discutir entre os profissionais de saúde.

Por fim, surgiram questões acerca da eficácia e efeitos adversos relacionados com os SA. Quase 80% dos inquiridos sentiram melhorias e apenas 4% relataram sentir algum efeito adverso (Figura 17 e 18, **Anexo IX**).

5. Conclusão

O uso de SA é claramente um mercado em ascensão, sendo atualmente muito explorado. Contudo, e apesar de sua popularidade, os benefícios dos SA para a saúde são ainda questionáveis e controversos.⁽⁵²⁾

O que aconteceu nalguns estudos foi que, inicialmente, houve uma perceção de que o uso de qualquer SA se associava a um menor risco de mortalidade por todas as causas após o ajuste para idade, sexo e raça/etnia. No entanto, a maioria das associações tornou-se estatisticamente insignificante após ajustes adicionais de fatores de educação e estilo de vida. Estes resultados sugerem que o uso de SA em si não traz benefícios diretos à saúde. A aparente associação entre o uso de suplementos e menor mortalidade pode refletir confusão por maior nível socioeconómico e fatores de estilo de vida saudáveis que são conhecidos por reduzir a mortalidade, sendo que vários estudos sugerem que os consumidores de SA têm níveis mais altos de educação e um estilo de vida mais saudável (por exemplo, dieta de melhor qualidade, níveis mais altos de atividade física, não fumar ou beber álcool, e ter um peso saudável) do que os não consumidores.⁽⁵⁸⁾

Por exemplo, o teor de vitaminas assimilado por uma dieta normal, equilibrada e variada, é o suficiente para evitar estes problemas de saúde, sendo que atualmente não parece haver nenhum consenso científico sobre se os suplementos vitamínicos previnem doenças ou de terem benefícios para a saúde em indivíduos bem nutridos. Aliás, pelo contrário, podem gerar

excessos de vitaminas que levam a efeitos secundários. Contudo, indivíduos com carências alimentares que levam à falta de vitaminas certamente serão beneficiados pelo uso de SA, caso contrário, poderão surgir problemas de saúde como são o escorbuto e o raquitismo.⁽⁵⁸⁾

Apesar de tudo, a ingestão de SA é geralmente segura, no entanto não totalmente isenta de riscos. Desta forma, os profissionais de saúde, dos quais o farmacêutico, devem apostar num aconselhamento profissional quanto à segurança e eficácia dos SA, questionando o utente sobre medicação regular e problemas de saúde, e, além disso, como as informações destes produtos são escassas, quer sobre o seu uso como sobre os seus problemas terapêuticos, é destacada a importância do papel do farmacêutico para o utente. Assim, os profissionais de saúde devem consultar a literatura atualizada para que possam sempre fazer um aconselhamento de excelência e estarem cientes de que a toma de SA é cada vez mais frequente, devendo sempre questionar os utentes sobre a toma destes produtos, a fim de fornecer cuidados médicos ideais.^(52, 59)

Concluindo, a associação dos SA a riscos ou benefícios para a saúde permanece ainda uma incógnita, pelo que há necessidade de mais estudos sobre o tema no futuro.⁽⁵⁸⁾

C) Projeto III – Proteção Solar

1. Enquadramento Teórico

A proteção solar é um dos mais importantes cuidados no que respeita à saúde e bem-estar da pele, senão mesmo o mais importante. Apesar disso, muitas vezes, este fator acaba por ser desvalorizado por se utilizar, com frequência, proteção solar durante as férias na praia, com elevado tempo de exposição solar, entre outros, quando, na realidade, o protetor solar deve ser utilizado diariamente em tipo e quantidade adequados à pele de cada indivíduo.^(60, 61)

A essencialidade da utilização diária de proteção solar acontece porque os raios solares atravessam as várias camadas da atmosfera durante todo o ano e em quantidades diferentes, dependendo do seu tipo. Na verdade, existem três tipos de radiações solares: a radiação ultravioleta (UV), a infravermelha (IV) e a visível. A larga maioria dos protetores solares visa a proteção contra a radiação UV e é sobre esta radiação que vou atentar, por ser a que causa mais danos à pele.⁽⁶²⁾ Sobre este tipo de radiação, há a considerar três subtipos: a radiação UVA, a UVB e a UVC. Todas elas compõem radiação do tipo ultravioleta, mas todas têm diferentes graus de penetração na atmosfera, o que significa, em última análise, que todas representam graus de perigosidade diferentes. A radiação UVC, a mais energética de todas (100–280 nm), fica praticamente toda retida na camada de ozono, não tendo grande

representatividade no que à proteção solar diz respeito. Por outro lado, a radiação do tipo UVB (280–315 nm), é atenuada pela camada de ozono, mas chega à face terrestre.^(63, 64) Quer isto dizer que, neste tipo de radiação, existe já uma preocupação associada a evitar os malefícios que esta pode causar à pele e é por esse motivo que boa parte dos protetores solares que encontramos atualmente no mercado já assentam em proteção contra UVB.^(60, 65)

Apesar da radiação UVB completar apenas 5% de toda a radiação UV que atinge a crosta terrestre, esta é a radiação responsável por causar queimaduras epidérmicas agressivas (dependendo, principalmente, dos fatores tempo e horário de exposição) bem como alterações diretas no DNA levando a cancro de pele, reforçando assim a importância da proteção solar. Não obstante dos malefícios que a descuidada exposição solar a este tipo de radiação pode trazer, há que ter em conta que esta radiação UVB é ainda a responsável pela síntese de vitamina D, fundamental em processos biológicos de cariz imunológico.⁽⁶³⁾ Posto isto, rapidamente se percebe que tem de haver um equilíbrio entre a necessidade de obter radiação UVB (para a síntese de vitamina D) e o quão imperativo é evitar os seus malefícios. Não descurando outros caminhos de obtenção da vitamina D3, como sejam a suplementação (essencialmente em suplementos contendo óleo de peixe) ou, em alternativa, a comida vegetariana através de algumas espécies de cogumelos (em que, neste caso, se obtém vitamina D2 ou ergocalciferol), é necessário tomar em linha de conta que, exclusivamente através da alimentação, não se conseguem atingir níveis ideais de vitamina D, pelo que o caminho ideal é mesmo o da exposição solar controlada, protegida e cuidada.^(60, 63, 65)

Assim, resta agora elucidar como funciona o processo de obtenção de vitamina D através do sol: tudo começa com a absorção de radiação UVB proveniente do sol por um cromóforo presente na epiderme designado por 7-desidrocolesterol (7-DHC); esta molécula tem a capacidade de absorver a radiação e sofre uma isomerização a pre-vitamina D3. Esta aumenta a sua concentração linearmente em função do tempo de exposição. O passo seguinte envolve uma conversão térmica a vitamina D3, o coledalciferol, que, por sua vez, entra na circulação sanguínea através de ligação a uma proteína designada por DBP, uma proteína de ligação à vitamina D que permite o seu transporte até ao fígado. Neste órgão, o coledalciferol vai sofrer uma hidroxilação via CYP2R1 (por uma enzima designada por vitamina D3-25-hidroxilase) até se converter em calcidiol que é transportado até ao rim onde irá sofrer nova hidroxilação através da CYP27B1 (desta vez por uma enzima designada por 25(OH)D3-1alfa-hidroxilase) até se converter em calcitriol, que é a forma ativa de vitamina D, uma hormona responsável

por inúmeras funções fisiológicas, entre os quais a homeostasia do cálcio e o metabolismo ósseo.^(60, 63)

Apesar de estes serem os contornos gerais da síntese de vitamina D no corpo humano, há sempre variáveis a ter em linha de conta que podem alterar o curso normal da síntese de vitamina D. Estas variáveis são transversais a vários outros mecanismos que ocorrem no indivíduo como, por exemplo, o polimorfismo enzimático, a idade do indivíduo, o sexo, a quantidade de sol e altura do dia à qual ocorre exposição, e até a roupa (em tipo e quantidade). Todos estes fatores acabam por ser determinantes quando falamos no mecanismo de síntese e obtenção de vitamina D individualmente.⁽⁶⁰⁾

Tendo já sido referida importância de obtenção de vitamina D através da radiação solar, são sabidos os riscos que a exposição prolongada e desprotegida à radiação acarreta para a saúde. Como tal, o uso de protetor solar acaba por ser o método tido como o mais recorrido e utilizado, quer pela importância que tem para a pele, quer pela disseminação comercial que este tipo de produtos apresenta. Posto isto, é necessário fazer uma distinção entre os tipos de protetores solares que existem no mercado, tendo por base o tipo de protetor solar bem como a sua composição em alguns constituintes. O maior argumento que defende a utilização solar diária tem a ver com o aumento da prevalência de ano para ano que se vem verificando de cancro de pele. Na verdade, segundo dados da Associação Portuguesa de Cancro Cutâneo (APCC) todos os anos são diagnosticados cerca de 12 000 novos casos de cancro da pele. Em 2019, estima-se que morreram aproximadamente 260 pessoas, em Portugal, com essa doença.⁽⁶⁶⁾ A radiação UV constitui o maior perigo neste sentido. Quer a radiação UVA, quer a UVB (relembro que a radiação UVC fica retida na atmosfera) são responsáveis por causar cancro de pele, apesar de terem mecanismos diferentes: a radiação UVA é causa de cancro devido a dano indireto do DNA por dano oxidativo, através da formação de espécies reativas de oxigénio (ROS) e, além disso, a radiação UVA atinge níveis dérmicos e é capaz de provocar dano no colagénio levando ao envelhecimento precoce da pele, entre outros problemas; por outro lado, a radiação UVB é causadora de cancro por intervenção direta no DNA, bem como causa de queimaduras ao nível da epiderme.

Sendo assim, é indiscutível a relevância que a proteção solar tem para a saúde da pele de todos os indivíduos; no entanto, há que notar que diferentes indivíduos tem necessidades diferentes no que respeita à proteção solar: ora porque possuem níveis de hidratação diferentes com a pele mais seca ou mais oleosa, porque tem uma pele mais resistente ou sensível, porque tem pigmentações diferentes, ou porque tem mais ou menos tendência a enrugar, cada pessoa

deverá ter em linha de conta o seu tipo de pele aquando da escolha de um protetor solar adequado, assim como o próprio tipo de protetor. Ora, se por um lado, o vasto mercado deste tipo de produtos cosméticos garante que haja um tipo de produto específico para cada situação, por outro torna muito mais difícil esta seleção, no que respeita a facilmente acabarmos por escolher um produto que não é tão adequado ao nosso caso por sermos confundidos entre as mais diversas opções. Na verdade, dados da *Transparency Market Research*, uma empresa especializada em relatórios de pesquisa de negócios globais, revela que em 2024, o mercado dos protetores solares ascenderá aos 24 mil milhões de euros, constituindo um mercado absolutamente astronómico nesta área.

Dito isto, há vários fatores a ter em conta aquando da escolha de um protetor solar: a eficácia do protetor, o impacto ambiental que este acarreta e a elegância cosmética que pode ter, são alguns dos pontos aos quais os compradores mais atentam na escolha de um protetor solar.⁽⁶⁴⁾

Apesar da diversidade já referida no ponto anterior e por uma questão de lógica do meu estudo, importa-me fundamentalmente olhar àquelas que são as diferenças entre os tipos de filtros utilizados nos protetores solares, deixando de parte as questões cosmetológicas e de impacto ambiental, que, apesar de importantes, não são alvo do meu estudo em concreto.

Posto isso, é essencial distinguir entre dois tipos de protetores quanto aos filtros neles utilizados: os filtros UV inorgânicos (conhecidos como filtros físicos ou minerais) e os filtros UV orgânicos (também designados por filtros químicos). Os filtros inorgânicos têm a grande vantagem de bloquear melhor a radiação UV pelo modo como atuam: estes filtros tem a capacidade de refletir esta radiação formando uma barreira física, uma espécie de película espessa na pele, ao passo que os filtros químicos absorvem e convertem-na. Além disso, os filtros físicos possuem componentes já extensamente estudados e utilizados em diversas formulações sendo quase uma garantia de segurança logo à partida. Entre estas substâncias estão o óxido de zinco e o dióxido de titânio, muito seguros para todos os tipos de pele. Por outro lado, as substâncias mais usadas no que respeita aos filtros químicos são algumas benzofenonas e otocrileno, que podem ser responsáveis por causar algumas reações adversas na pele, por serem mais agressivas do ponto de vista cosmetológico a quem tem a pele mais sensível, bem como poder provocar envelhecimento. A grande desvantagem dos filtros físicos tem a ver com o facto de, por vezes, a referida barreira protetora ser mais difícil de aplicar, pela espessura que apresenta.⁽⁶⁴⁾

Por último, referir ainda sobre este assunto que, de uma maneira geral, os protetores solares de filtros físicos acabam por ser os eleitos na maioria das vezes pelas razões apresentadas, mas que, apesar de algumas vantagens dos protetores do tipo químico, continua a ser largamente preferida a sua utilização, quando comparado com a inexistência da proteção solar. Juntar a estes cuidados a não exposição em horas de maior intensidade solar, bem como o uso de vestuário adequado, é a solução indicada para garantir o máximo de proteção da pele e garantir o seu bem-estar.

2. Enquadramento Prático

A importância da proteção solar foi algo que me vi muitas vezes confrontada em realçar. Durante a parte inicial não foi um tema muito discutido e, na realidade, não foi algo ao qual atentei muitas vezes. No entanto, nos meses de junho e julho, coincidentes com o final do meu estágio, notei um aumento significativo da requisição destes produtos, pelo que muitas vezes me solicitavam ajuda na tentativa de encontrar o melhor protetor solar, adequado a cada situação.

Neste sentido, senti uma necessidade de aprofundar os meus conhecimentos nesta área, nomeadamente no que diz respeito à procura de um protetor solar adequado a um determinado tipo de pele (por exemplo, uma pele mais seca ou oleosa), uma condição (por exemplo, rosácea, dermatites e queimaduras epidérmicas) ou ainda uma situação cosmetológica aprazível a determinados utentes (como por exemplo, protetores solares com cor).

No seguimento desta linha de raciocínio, pensei que a criação de um panfleto seria a maneira mais simples e acessível de passar a minha mensagem.

3. Objetivos

Este projeto teve o intuito pessoal de aprofundar o conhecimento teórico acerca da proteção solar, podendo-o tornar de seguida em conhecimento prático.

Para além disso, sendo os protetores solares produtos tão comumente vendidos, mas muitas vezes descurados a nível da sua importância pela população, foi meu objetivo realçar o papel da proteção solar como prevenção de problemas graves como é o cancro da pele, assim como problemas frequentemente preocupantes a nível de imagem do consumidor como é o envelhecimento da pele e aparecimento de manchas.

4. Métodos e Resultados

Para atingir os meus objetivos, considerei que a melhor maneira de fazer chegar o conhecimento que adquiri essencialmente através de artigos científicos e *sites* da internet (de alguns laboratórios com que a FR trabalha e, em especial, do *site* da Liga Portuguesa Contra o Cancro) seria através de um panfleto informativo (**Anexo X**) no qual além de explicar alguns aspetos importantes da proteção solar e desmistificar alguns mitos do senso comum, acoplei ainda ao meu panfleto algumas sugestões de produtos da FR (que na data incluíam campanhas promocionais); desta maneira, por um lado, fazia passar a minha mensagem da importância da proteção solar diária, fazendo reter as ideias fundamentais através de um instrumento visual e gráfico e, por outro, aumentar a divulgação de campanhas promocionais e de produtos de interesse para ambas as partes.

A informação contida no panfleto estava organizada por temas, descritos em títulos, e dividida por secções e foi escrita de forma simples e objetiva, com o intuito de ser de leitura fácil e, ao mesmo tempo, interessante.

Como não podia deixar de ser, na primeira secção é descrita a importância da proteção solar como prevenção de cancro de pele e também do envelhecimento precoce da pele. Apesar de ser aparentemente uma futilidade, a verdade é que muitos indivíduos, especialmente do sexo feminino, preocupam-se em manter uma pele saudável e sem rugas, pelo que este é um tema de interesse para essas pessoas, o que permite chamar a sua atenção. Ainda nesta primeira secção, deixo ainda como nota final um estudo comparativo onde se verificou que os indivíduos que aplicaram protetor solar diariamente tiveram metade do número de casos de melanoma que o grupo que usou protetor solar de modo ocasional, exaltando ainda mais a importância da sua utilização.

Numa segunda secção surge o tema de “Como escolher o meu protetor solar?”. Há uma variedade de oferta no mercado dos protetores solares, com o privilégio de estes terem algumas características especiais ou atenderem às necessidades de certas condições ou patologias. Por exemplo, e como algumas vezes me deparei com estas situações na FR, várias pessoas descartam o uso diário de protetor solar por serem muitos espessos e difíceis de espalhar, por serem muito oleosos ou por arderem aquando da sua aplicação; no entanto, todas estas são situações que facilmente são resolvidas se soubermos escolher o produto adequado. Posto isto, esta secção teve o objetivo de dar a conhecer as diferentes características que podemos ter no protetor solar, tornando-o adequado a cada caso.

A terceira secção, que se encontra estrategicamente ao lado do tema anteriormente falado, indica as sugestões da FR. Neste caso, colocaram-se produtos da *Avène*[®] e *Bioderma*[®] que são as marcas principais com as quais trabalha a FR e que estavam, na data, com campanhas promocionais associadas à época veranil.

No verso do panfleto encontra-se a capa, informações da FR (como a localização, contacto e horário) e uma secção de dúvidas ou mitos frequentemente reconhecidos pela população em geral: por exemplo, questões como o uso de protetor solar ser exclusivamente na praia, a deficiência de vitamina D e a composição dos protetores solares são discutidos e esclarecidos nesta secção.

O tema em si foi discutido com os colegas da FR, os quais se mostraram muito recetivos e interessados, tendo acompanhando a evolução do panfleto.

Finalizado este trabalho, e de modo a proceder posteriormente à distribuição dos panfletos, a equipa viu e deu-me o seu *feedback* sobre este, o qual foi recebido e muito apreciado, dando-me a sensação satisfatória de sucesso.

O panfleto foi divulgado já no final do meu estágio, a partir do dia 27 de julho, tendo ficado posteriormente disponível para levantamento pelos utentes interessados ou por aqueles que faziam compra ou pediam aconselhamento acerca de protetores solares.

5. Conclusão

Cada vez mais os indivíduos dão importância à sua imagem, procurando soluções para a melhorar, como por exemplo através o uso de produtos de maquilhagem e *skincare*. Dentro destes produtos, um dos mais fundamentais e, ao mesmo tempo, mais desvalorizados são os protetores solares.

A radiação UV, ao qual nos expomos diariamente, acarreta graves consequências para a nossa pele e os problemas de saúde que este tipo de radiação traz podem ser trágicos, como é o caso do cancro da pele. Para além disso, a incidência desta radiação sobre a pele é causa de envelhecimento precoce desta, pelo que o conhecimento e aconselhamento de protetores solares, juntamente com outros meios de evitar a exposição direta ao sol, são importantes para o bem-estar e saúde dos indivíduos.

E, portanto, a proteção eficaz contra a radiação solar e o aumento da consciência sobre os efeitos nocivos da exposição excessiva ou insuficiente ao sol devem estar entre principais estratégias preventivas de saúde,⁽⁶⁵⁾ pelo que o desenvolvimento deste trabalho mostrou ser uma mais valia, quer a nível pessoal quer a nível profissional, permitindo um melhor

aconselhamento dos utentes neste tema, principalmente no que à sua variedade diz respeito, mas acima de tudo porque permitiu-me ser interventiva na prevenção de problemas associados à exposição solar excessiva.

Considerações Finais

Findos cinco anos de MICF, percebo e confirmo que a passagem pelo estágio curricular é a tarefa mais desafiante e, ao mesmo tempo, mais realizadora de todo este percurso.

Apesar de não ter tido dúvidas sobre a minha decisão, desde o primeiro dia de faculdade que o estágio foi, para mim, um motivo de ansiedade e apreensão, já que, só com o seu pensamento, surgiam-me incertezas sobre a minha capacidade e até mesmo sobre a minha realização pessoal. No entanto, desde o início do estágio até ao seu término todas as dúvidas e incertezas desvaneceram e tive a confirmação que estava no sítio certo.

O estágio curricular em farmácia comunitária foi, sem dúvida, um desafio. De altos e baixos fez-se o caminho, mas nunca sem dele aprender algo.

Para além da oportunidade de praticar e aplicar tudo o que aprendemos durante a nossa passagem pelo MICF, o estágio completa-nos com valores e, com eles, dá-nos a oportunidade de evoluirmos como seres humanos e profissionais de saúde.

Desta forma, uma das coisas que de melhor levo do estágio é a missão de ajudar o outro, o que inclui a própria equipa. Apesar de habilitados, os farmacêuticos não deixam de ser pessoas e, como tal, erram. Constantemente, e principalmente durante o primeiro contacto com a prática em farmácia, somos desafiados com perguntas ao qual não sabemos responder. E esta foi uma dificuldade que tive que enfrentar durante o meu estágio e na qual a equipa me ajudou a ultrapassar. A oportunidade de estar numa equipa que humildemente se entreja ajuda foi essencial para a minha formação como profissional de saúde, pois só assim conseguimos garantir com segurança a saúde do utente ao mesmo tempo que aprendemos.

Passados seis meses sinto que cresci, quer profissional como pessoalmente, graças a uma equipa unida que me guiou na direção certa e me moldou para que sempre desse o melhor de mim pelos outros, para ser a profissional de saúde que sempre tive o objetivo de ser. Após várias horas de trabalho e resiliência, hoje sei o meu caminho.

Agora, que a minha vontade de seguir este caminho, de ser melhor pessoa e profissional e de aplicar tudo o que aprendi ao longo do meu estágio se perpetue na minha vida profissional e que me façam voar até onde conto chegar.

Referências

1. AMPorto. AMP e os seus Municípios - Paredes. Disponível em: <http://portal.amp.pt/pt/4/municipios/paredes/stats/demografia/>.
2. Diário da República (DRE). Decreto-Lei n.º 172/2012, de 1 de agosto. 2012. Disponível em: <https://dre.pt/pesquisa/-/search/179071/details/maximized>.
3. Diário da República (DRE). Decreto-Lei n.º 307/2007, de 31 de Agosto. 2007. Disponível em: <https://dre.pt/home/-/dre/641148/details/maximized>.
4. Diário da República (DRE). Decreto-Lei n.º 171/2012, de 1 de agosto. 2012
5. Ordem dos Farmacêuticos. Boas Práticas de Farmácia Comunitária 2015. 2015. Disponível em: <https://www.ordemfarmaceuticos.pt/pt/servicos/qualidade/referenciais-da-qualidade/farmacia-comunitaria/>.
6. Farmácias Portuguesas. A Marca. 2021. Disponível em: <https://www.farmaciasportuguesas.pt/sauda/a-marca-sauda>.
7. Diário da República (DRE). Portaria n.º 594/2004, de 2 de Junho. 2004
8. Infarmed. Medicamentos manipulados. 2020. Disponível em: <https://www.infarmed.pt/web/infarmed/entidades/medicamentos-uso-humano/inspecao-medicamentos/medicamentos-manipulados>.
9. Valormed. Processo. Disponível em: <http://www.valormed.pt/paginas/8/processo>.
10. Infarmed. Horários das Farmácias. Disponível em: https://www.infarmed.pt/documents/15786/1228470/37_Hor%25E1rios_Farm%25E1cias.pdf/6bd8c931-4cb7-4c00-8ef6-c761644c3030?version=1.1.
11. Diário da República (DRE). Decreto-Lei n.º 97/2015, de 1 de junho. Disponível em: https://dre.pt/home/-/dre/67356991/details/maximized?p_auth=2jnk7Nkz.
12. Infarmed. Circular Informativa N.º 019/CD/100.20.200. Projeto Via Verde do Medicamento.
13. Administração Central do Sistema de Saúde. Manual de Relacionamento das Farmácias com o Centro de Conferência de Faturas do SNS. 2016
14. Diário da República (DRE). Decreto-Lei n.º 176/2006, de 30 de agosto 2006. Disponível em: <https://dre.pt/pesquisa/-/search/540387/details/maximized>.
15. Infarmed. Normas relativas à dispensa de medicamentos e produtos de saúde. Disponível em:

https://www.infarmed.pt/documents/15786/17838/Normas_Dispensa/4c1aea02-a266-4176-b3ee-a2983bdf790.

16. Diário da República (DRE). Portaria n.º 224/2015, de 27 de julho. Disponível em: <https://dre.pt/home/-/dre/69879391/details/maximized>.
17. Diário da República (DRE). Portaria n.º 195-D/2015, de 30 de junho. Disponível em: https://dre.pt/home/-/dre/67644327/details/maximized?p_auth=xyvt9Atq.
18. Diário da República (DRE). Decreto-Lei n.º 48-A/2010. 2010
19. Sistema Nacional de Saúde (SNS). Medicamentos. 2019. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/sns-saude-mais/medicamentos-2/>.
20. Diário da República (DRE). Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de janeiro. 1993
21. Diário da República (DRE). Decreto-Lei n.º 128/2013, de 5 de setembro. 2013
22. Diário da República (DRE). Decreto-Lei n.º 296/98, de 25 de Setembro. 1998
23. Diário da República (DRE). Portaria n.º 1138/2008, de 10 de outubro. Disponível em: <https://dre.pt/pesquisa/-/search/452767/details/maximized>.
24. Infarmed. Dispositivos Médicos. 2016. Disponível em: <https://www.infarmed.pt/web/infarmed/entidades/dispositivos-medicos>.
25. Diário da República (DRE). Portaria n.º 1429/2007, de 2 de novembro. 2007
26. Diário da República (DRE). Portaria n.º 97/2018, de 9 de abril. Disponível em: <https://dre.pt/home/-/dre/115006162/details/maximized>.
27. Lovic D, Piperidou A, Zografou I, Grassos H, Pittaras A, Manolis A. The Growing Epidemic of Diabetes Mellitus. Curr Vasc Pharmacol. 2020; 18(2):104-09.
28. Cole JB, Florez JC. Genetics of diabetes mellitus and diabetes complications. Nat Rev Nephrol. 2020; 16(7):377-90.
29. (WHO) WHO. Diabetes. 2021. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>.
30. Gordon C. Blood glucose monitoring in diabetes: rationale and procedure. Br J Nurs. 2019; 28(7):434-39.
31. Melkonian EA, Asuka E, Schury MP. Physiology, Gluconeogenesis. In: StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing Copyright © 2021, StatPearls Publishing LLC.; 2021.
32. Campos Fernandes A. A Perspective on the OECD Report “Health at a Glance 2019” [Health Status Indicators; Organisation for Economic Co-Operation and Development; Portugal; Quality Indicators, Health Care]. 2020. 2020; 33(1):3.

33. (SPD) SPdD. 2019. Diabetes: Factos e Números – O Ano de 2016, 2017 e 2018. Disponível em: <http://www.revportdiabetes.com/diabetes-factos-numeros-os-anos-de-2016-2017-e-2018/>.
34. Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal (APDP). ABC da Diabetes. 2019. Disponível em: <https://apdp.pt/diabetes/abc-da-diabetes/>.
35. Snyder JM, Ahmed-Sarwar N, Gardiner C, Burke ES. Community pharmacist collaboration with a primary care clinic to improve diabetes care. J Am Pharm Assoc (2003). 2020; 60(3s):S84-s90.
36. Omboni S, Caserini M. Effectiveness of pharmacist's intervention in the management of cardiovascular diseases. Open Heart. 2018; 5(1):e000687.
37. Mouhtadi BB, Alame MM, Malaeb B, Hallit S, Salameh P, Malaeb D. Physician-community pharmacist collaborative care in diabetes management: a pilot study. J Drug Assess. 2018; 7(1):61-65.
38. OECD, Systems EOoH, Policies. Portugal: Perfil de Saúde do País 2019. 2019.
39. Diário da República (DRE). Decreto-Lei n.º 118/2015, de 23 de junho. Disponível em: <https://dre.pt/home/-/dre/67541745/details/maximized>.
40. Diário da República (DRE). Decreto-Lei n.º 136/2003, de 28 de junho. Disponível em: <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/693251/details/normal?l=1>.
41. EUR-Lex. Directiva 2002/46/CE do Parlamento Europeu e do Conselho, de 10 de Junho de 2002.
42. EUR-Lex. Regulamento (CE) n.º 178/2002 do Parlamento Europeu e do Conselho, de 28 de Janeiro de 2002. 2002
43. Direção Geral da Alimentação e Veterinária (DGAV). Suplementos Alimentares. 2021. Disponível em: <https://www.dgav.pt/alimentos/conteudo/generos-alimenticios/regras-especificas-por-tipo-de-alimentos/suplementos-alimentares/>.
44. EUR-Lex. Regulamento (CE) n.º 1170/2009 da Comissão, de 30 de Novembro de 2009. 2009
45. Ćwieląg-Drabek M, Piekut A, Szymala I, Oleksiuk K, Razzaghi M, Osmala W, et al. Health risks from consumption of medicinal plant dietary supplements. Food Sci Nutr. 2020; 8(7):3535-44.
46. Direção Geral da Alimentação e Veterinária (DGAV). Produtos-Fronteira entre Suplementos Alimentares e Medicamentos. 2020. Disponível em: https://www.dgav.pt/wp-content/uploads/2020/09/PRODUTOS-FRONTIEIRA_Med.pdf.

47. Hudson A, Lopez E, Almalki AJ, Roe AL, Calderón AI. A Review of the Toxicity of Compounds Found in Herbal Dietary Supplements. *Planta Med.* 2018; 84(9-10):613-26.
48. Celik C, Gencay A, Ocsoy I. Can food and food supplements be deployed in the fight against the COVID 19 pandemic? *Biochim Biophys Acta Gen Subj.* 2021; 1865(2):129801.
49. Pinho LFACAIORFOC. Análise da Rotulagem de Suplementos Alimentares à Base de Plantas Utilizados no Sistema Nervoso Central. *Acta Portuguesa de Nutrição* 24 2021. Disponível em: https://actaportuguesadenutricao.pt/edicoes/httpsactaportuguesadenutricao-ptwp-contentuploads20210503_artigo-original-pdf/#top.
50. Marketest. Consumidores de vitaminas e suplementos duplicam em 5 anos. 2019. Disponível em: <https://www.marktest.com/wap/a/n/id~24c6.aspx>.
51. República Portuguesa. Reforçar a fiscalização e a segurança dos suplementos alimentares. 2021
52. Ronis MJJ, Pedersen KB, Watt J. Adverse Effects of Nutraceuticals and Dietary Supplements. *Annu Rev Pharmacol Toxicol.* 2018; 58:583-601.
53. Marupuru S, Axon DR, Slack MK. How do pharmacists use and recommend vitamins, minerals, herbals and other dietary supplements? *BMC Complement Altern Med.* 2019; 19(1):229.
54. Asher GN, Corbett AH, Hawke RL. Common Herbal Dietary Supplement-Drug Interactions. *Am Fam Physician.* 2017; 96(2):101-07.
55. Rittenhouse M, Scott J, Deuster P. Dietary Supplements: Knowledge and Adverse Event Reporting Practices of Department of Defense Health Care Providers. *Mil Med.* 2020; 185(11-12):2076-81.
56. White CM. Dietary Supplements Pose Real Dangers to Patients. *Ann Pharmacother.* 2020; 54(8):815-19.
57. Marketest. Mais de 2 milhões de consumidores de vitaminas e suplementos. 2021
58. Chen F, Du M, Blumberg JB, Ho Chui KK, Ruan M, Rogers G, et al. Association Among Dietary Supplement Use, Nutrient Intake, and Mortality Among U.S. Adults: A Cohort Study. *Ann Intern Med.* 2019; 170(9):604-13.
59. Dabaghzadeh F, Hajjari R. Practice of community pharmacists related to multivitamin supplements: a simulated patient study in Iran. *Int J Clin Pharm.* 2018; 40(1):190-95.
60. Whiteman DC, Neale RE, Aitken J, Gordon L, Green AC, Janda M, et al. When to apply sunscreen: a consensus statement for Australia and New Zealand. *Aust N Z J Public Health.* 2019; 43(2):171-75.

61. Catanzaro E, Bishayee A, Fimognari C. On a Beam of Light: Photoprotective Activities of the Marine Carotenoids Astaxanthin and Fucoxanthin in Suppression of Inflammation and Cancer. *Mar Drugs*. 2020; 18(11)
62. Sarkar S, Gaddameedhi S. Solar ultraviolet-induced DNA damage response: Melanocytes story in transformation to environmental melanomagenesis. *Environ Mol Mutagen*. 2020; 61(7):736-51.
63. Passeron T, Bouillon R, Callender V, Cestari T, Diepgen TL, Green AC, et al. Sunscreen photoprotection and vitamin D status. *Br J Dermatol*. 2019; 181(5):916-31.
64. Siller A, Blaszkak SC, Lazar M, Olasz Harken E. Update About the Effects of the Sunscreen Ingredients Oxybenzone and Octinoxate on Humans and the Environment. *Plast Surg Nurs*. 2019; 39(4):157-60.
65. Sultana N. Sun Awareness and Sun Protection Practices. *Clin Cosmet Investig Dermatol*. 2020; 13:717-30.
66. Associação Portuguesa de Cancro Cutâneo (APCC). Epidemiologia do cancro cutâneo. Disponível em: <https://www.apcancrocutaneo.pt/index.php/saiba-mais/textos-cientificos>.

Anexos

Anexo I. Certificados obtidos da realização de formações em Farmácia Comunitária.

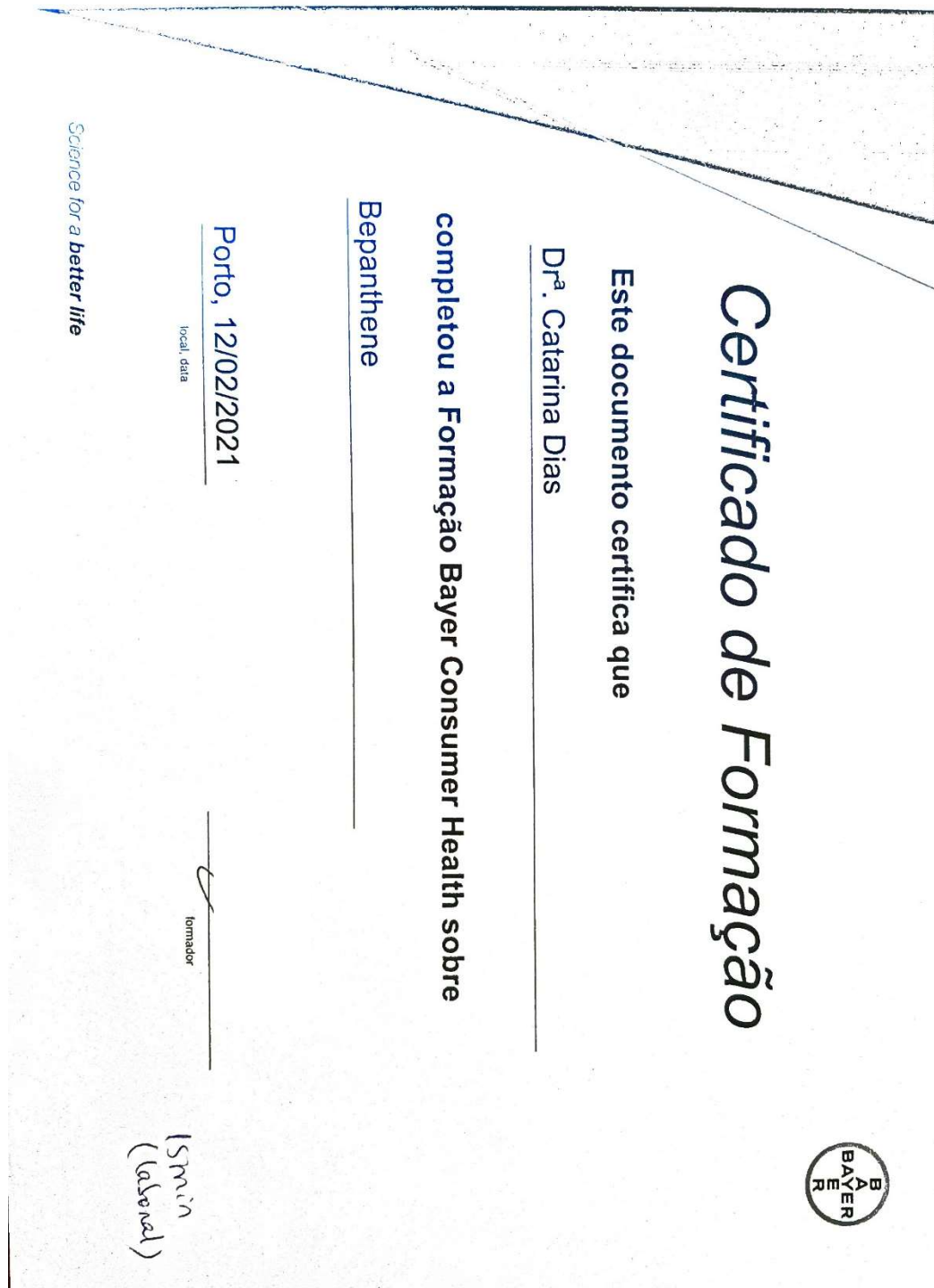


Figura 1. Certificado de Formação *Bepanthene*®.

SVR

PELO PRESENTE A COSVERITAS CERTIFICA QUE

CATARINA DIAS

Esteve presente na formação “Novidades SVR” realizada no dia 26 de
Fevereiro de 2021, entre as 08h00 e as 10h00.

JOANA FERREIRA
Brand Manager

Figura 2. Certificado de Formação “Novidades SVR”.

Anexo II. Apresentação em *PowerPoint* acerca dos diferentes parâmetros bioquímicos.



Parâmetros Bioquímicos em Farmácia Comunitária

A determinação dos parâmetros bioquímicos e fisiológicos permite a medição de indicadores para avaliação do estado de saúde do doente.



Altura e peso (IMC)



Glicemia



Colesterol



Pressão Arterial



Saturação de O₂

Parâmetros Bioquímicos: Glicemia

Para medir a glicemia basta uma picada no dedo para colheita de uma gota de sangue, recolhida numa fita conectada ao aparelho, cujo teor de glicose é depois medido por um glicosímetro.



Valores de Referência

ACSS

Jejum: 70-110 mg/dL

2h pós-prandial: <120 mg/dL

APDP

Jejum: 70-110 mg/dL

2h pós-prandial: <140 mg/dL

Parâmetros Bioquímicos: Colesterol e Triglicerídeos

Para dosear o colesterol e triglicerídeos o procedimento é semelhante ao da glicemia: basta uma picada no dedo para colheita de sangue, recolhida numa fita conectada ao aparelho, cujo perfil lipídico é posteriormente determinado.



Valores de Referência

c-Total

< 200 mg/dL

c-HDL

30-70 mg/dL

c-LDL

< 160 mg/dL

Triglicerídeos

35-160 mg/dL

Parâmetros Bioquímicos: Pressão Arterial

Para averiguar a pressão arterial, o utente deve estar relaxado. Posteriormente, coloca-se a braçadeira no utente e procede-se à medição.



Valores de Referência

ESC/ESH

Sistólica

Diastólica

Ótimo: < 120 mmHg
Normal: 120-129 mmHg

Ótimo: < 80 mmHg
Normal: 80-84 mmHg

FPC

Normal: < 120 mmHg

Normal: < 80 mmHg

Parâmetros Bioquímicos: Pressão Arterial

Antes da medição propriamente dita:

- Garantir que o equipamento usado está devidamente calibrado.
- Relaxar o utente (síndrome da bata branca!), sendo que se o doente estiver cansado ou não estiver relaxado, deve esperar-se alguns minutos.

Para a mensuração:

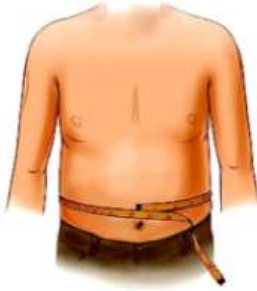
1. Escolher braçadeira de tamanho adequado ao utente. Se o contorno do braço, acima do cotovelo, tiver mais de 32 cm opta-se por uma braçadeira grande (tamanho 3 ou *Large*).
2. Pedir que o utente se sente, colocando o medidor à altura do seu peito (considerando a mensuração automática).
3. Colocar no braço do utente e insuflar.

A ter em atenção:

1. A mensuração deve ser realizado nos 2 braços e repetida, se necessário, mas, não sendo possível, medir no braço que costuma ter a pressão mais elevada (normalmente, braço direito).
2. Devemos pedir ao utente que não fale, nem se mexa, durante a medição.
3. Para um possível acompanhamento, devemos medir a pressão arterial a diferentes horas, em dias de trabalho e de descanso, já que a pressão varia muito ao longo do dia.
4. Fazer o registo da medição, sempre com a data, hora e o valor obtido, já que são informações muito valiosas para possível decisão clínica posterior.

Parâmetros Bioquímicos: Perímetro Abdominal

O perímetro abdominal é um indicador de saúde que, não sendo sensível, é indicador do aparecimento precoce de algumas situações de doença, como a hipertensão, diabetes, obesidade e hipercolesterolemia, que estão associadas ao aumento do perímetro abdominal. Para a sua medição, basta colocar a fita métrica em torno do abdômen, acima do osso da anca, e tirar a medida.



Valores de Referência

Homem

< 94 cm

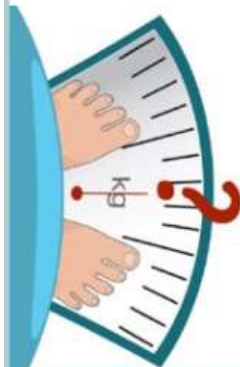
Mulher

< 80 cm

*Acima de 102 cm (Homem) e 88 cm (Mulher) considera-se um risco metabólico muito aumentado

Parâmetros Bioquímicos: IMC

O IMC é uma medida que indica o estado nutricional em adultos. É definido como o peso de uma pessoa em quilogramas dividido pelo quadrado da altura da pessoa em metros (kg/m²).



Valores de Referência

Abaixo de 18,5

Abaixo de peso

18,5-24,9

Peso normal

25,0-29,9

Pré-obesidade

30,0-34,9

Obesidade classe I

35,0-39,9

Obesidade classe II

Acima de 40

Obesidade classe III

Anexo III. Informações e meios de divulgação do Rastreio Solidário.



Figura 3. Cartaz publicitário do Rastreio Solidário.

Rastreio Solidário

a reverter para
a associação

APELA



Glicemia



IMC



Bioimpedância



10H00 - 16h00



1 a 5 de Março 2021



Farmácia Confiança de Paredes

Figura 4. Post de divulgação do Rastreio Solidário nas redes sociais da FC.

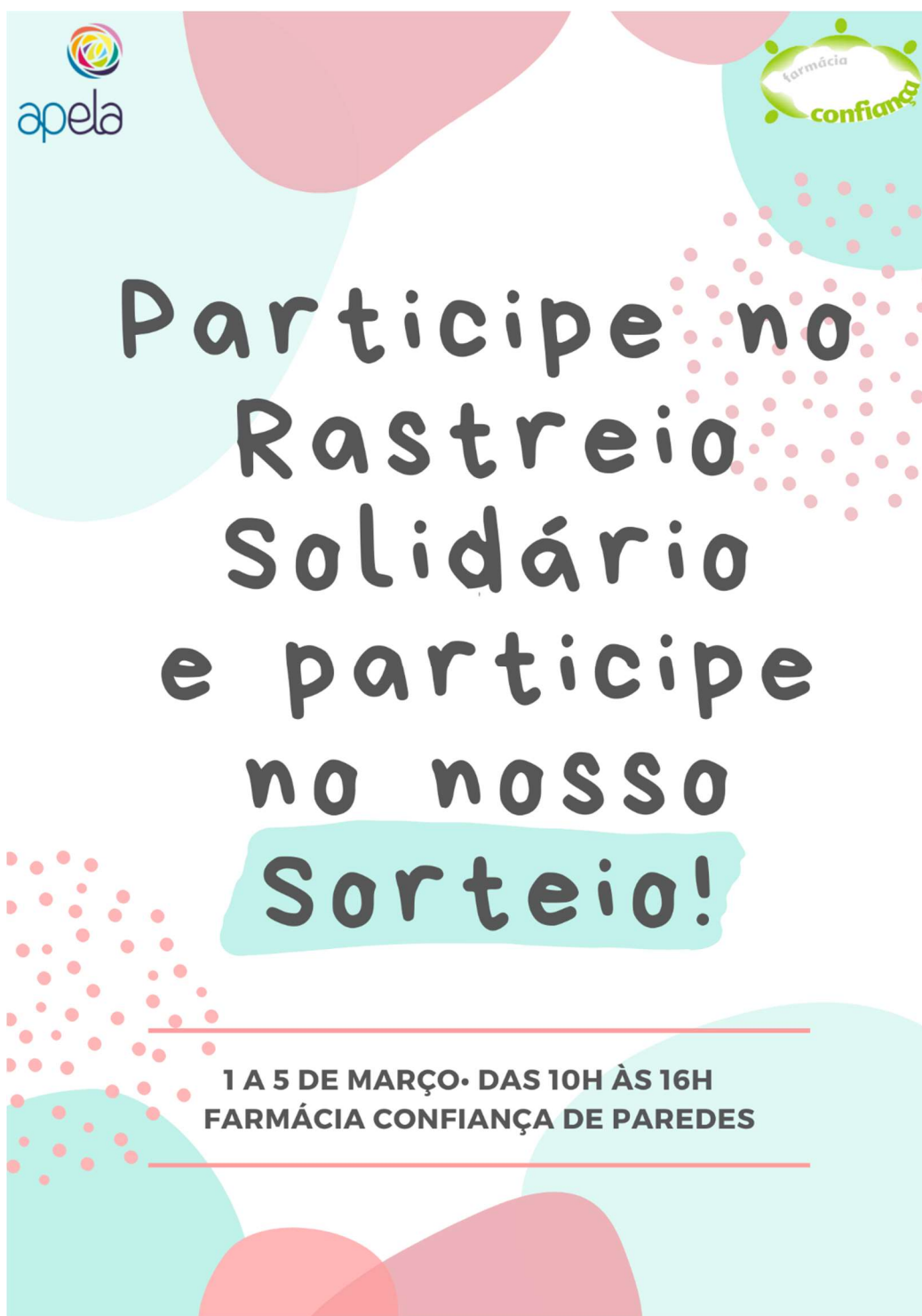
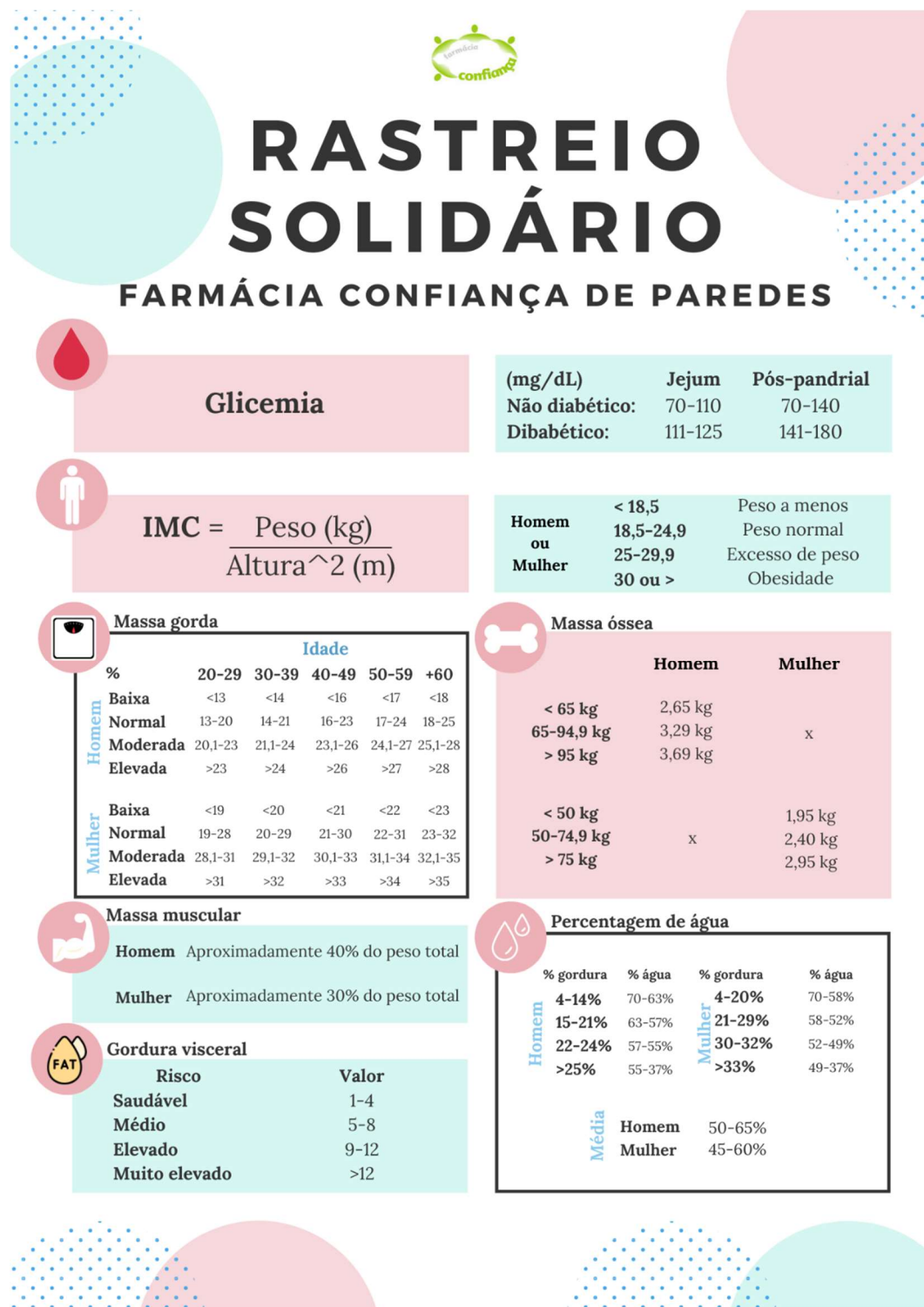


Figura 5. Cartaz publicitário do sorteio no Rastreio Solidário.

Anexo IV. Cartaz com os valores de referência relativos aos parâmetros mensurados no Rastreio Solidário.



Anexo V. Folha de cálculos *Excel*, para cálculo de IMC e percentagem de massa muscular, com exemplo de um participante.

	A	B	C	D	E
1	Resultados				
2					
3					
4	IMC	Peso (kg)	Altura (m)	IMC	
5		66,8	1,62	25,5	
6				<18,5	Peso a menos
7				18,5-24,9	Peso normal
8				25-29,9	Excesso de peso
9				30 ou >	Obesidade
10					
11		Jejum		Pós-pandrial	
12	Glicemia (mg/dL) (não diabético)	97		97	
13		70-110		70-140	
14	Glicemia (mg/dL) (diabético)				
15		111-125		141-180	
16					
17		Homem		Mulher	
18	Massa muscular (kg)	45,6		26,8	
19	%	68,3		40,1	
20	Massa muscular ideal (mais de...)	26,7		20,0	

Anexo VI. Folheto de oferta com resultados obtidos (frente e verso).

RASTREIO SOLIDÁRIO

Farmácia Confiança de Paredes

Nome: Data:

1 GLICEMIA ☆☆☆☆☆

Valor obtido: mg/dL

Valor de referência: mg/dL

2 IMC ☆☆☆☆☆

Valor obtido: kg/m²

Valor de referência: kg/m²

3 MASSA GORDA ☆☆☆☆☆

Valor obtido: %

Valor de referência: %

4 MASSA MUSCULAR ☆☆☆☆☆

Valor obtido: kg

Valor de referência: kg

5 MASSA ÓSSEA ☆☆☆☆☆

Valor obtido: kg

Valor de referência: kg

6 GORDURA VISCERAL ☆☆☆☆☆

Valor obtido: %

Valor de referência: %

7 % DE ÁGUA ☆☆☆☆☆

Valor obtido: %

Valor de referência: %

RASTREIO SOLIDÁRIO

Farmácia Confiança de Paredes

VALORES DE REFERÊNCIA

Glicemia

	Jejum	Pós-pandrial
Não diabético:	70-110	70-140
Diabético:	111-125	141-180

Massa muscular

Homem	Aproximadamente 40% do peso total
Mulher	Aproximadamente 30% do peso total

IMC

	< 18,5	18,5-24,9	25-29,9	30 ou >
Homem ou Mulher	Peso a menos	Peso normal	Excesso de peso	Obesidade

Gordura visceral

Risco	Valor
Saudável	1-4
Médio	5-8
Elevado	9-12
Muito elevado	>12

Massa gorda

Idade	Idade					
	20-29	30-39	40-49	50-59	+60	
Homem	Baixa	<13	<14	<16	<17	<18
	Normal	13-20	14-21	16-23	17-24	18-25
	Moderada	20,1-23	21,1-24	23,1-26	24,1-27	25,1-28
	Elevada	>23	>24	>26	>27	>28
Mulher	Baixa	<19	<20	<21	<22	<23
	Normal	19-28	20-29	21-30	22-31	23-32
	Moderada	28,1-31	29,1-32	30,1-33	31,1-34	32,1-35
	Elevada	>31	>32	>33	>34	>35

Massa óssea

	Homem	Mulher
< 65 kg	2,65 kg	
65-94,9 kg	3,29 kg	x
> 95 kg	3,69 kg	
< 50 kg		1,95 kg
50-74,9 kg	x	2,40 kg
> 75 kg		2,95 kg

Percentagem de água

	Homem	Mulher
Média	50-65%	45-60%

Agende aqui a sua consulta com o nosso Nutricionista!

Faça agora as suas encomendas a partir de casa!

- Por email (encomendas.farmaciaconfianca@gmail.com)
- Por telefone (925 960 230 ou 255 776 374)
- Por Facebook ou Instagram (Farmácia Confiança Paredes)

Pode fazer o levantamento na Farmácia ou entregamos em sua casa.

Anexo VII. Questionário sobre a instituição APELA.



apela

Questionário do Rastreio Solidário

APELA: Associação Portuguesa de Esclerose Lateral Amiotrófica

NOME: _____

CONTACTO TELEFÓNICO: _____

1. A Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA) é uma doença:

- A) Respiratória rara
- B) Neurodegenerativa rara
- C) Cardiovascular rara
- D) Nenhuma das anteriores

2. A Associação Portuguesa de Esclerose Lateral Amiotrófica (APELA) é:

- A) Uma organização com fins lucrativos que apoia a pessoa com ELA
- B) Uma organização que apoia apenas a pessoa com ELA e não os seus familiares
- C) Uma organização sem fins lucrativos que apoia a pessoa com ELA e os seus familiares, acompanhando-os e ajudando-os
- D) Nenhuma das anteriores

3. A pessoa com ELA apresenta fundamentalmente:

- A) Dificuldades na locomoção, devido à perda de função progressiva dos membros superiores; na fala, na deglutição e na respiração
- B) Perda de audição, visão, olfato ou gosto
- C) Incontinência urinária
- D) Todas as anteriores

4. A APELA presta vários apoios, tais como:

- A) Fisioterapia
- B) Psicologia
- C) Terapia da Fala
- D) Todas as anteriores

5. Que tipo de produtos podem ajudar à qualidade de vida e conforto da pessoa com ELA?

- A) Cadeira de rodas, andarilhos, camas elétricas, colchões ou almofadas anti-escaras, cadeiras de banho, etc
- B) Nutrição clínica específica, como "iogurtes" e "pudins" hipercalóricos e hiperproteicos, suplementos específicos para cicatrização de escaras, espessantes de alimentos e líquidos para evitar o engasgamento do doente
- C) Cremes hidratantes corporais e da zona da fralda e fraldas
- D) Todas as anteriores

6. É possível ajudar a APELA e consequentemente cerca de 800 portugueses diagnosticados com ELA, através de:

- A) Um donativo feito para o seu NIB/IBAN
- B) Consignação de uma pequena percentagem do IRS
- C) Voluntariado na associação
- D) Todas as anteriores

Autorizo que a "Farmácia Confiança" me contacte caso seja vencedor do sorteio.

Anexo VIII. Questionário *online* sobre Suplementação Alimentar.



O Impacto da Suplementação na População Geral

O presente questionário foi realizado no âmbito do projeto de estágio do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas, da Faculdade de Farmácia da Universidade do Porto, visando a recolha de dados relativamente ao tema proposto: "O Impacto da Suplementação na População Geral".

Com este, o objetivo primordial é perceber o quão presente são os suplementos alimentares na vida de diferentes indivíduos e o seu impacto.

Qualquer indivíduo pode responder ao questionário.

Desde já agradeço a sua participação. O questionário tem uma duração aproximada de 3 minutos e todos os dados serão tratados de forma totalmente anónima e confidencial.

Para qualquer dúvida adicional, poderá contactar via e-mail: Catarina Dias - up201602889@up.pt.

Obrigado pela sua colaboração!

Seguinte
Limpar formulário



O Impacto da Suplementação na População Geral

*Obrigatório

Suplementação

"Os suplementos alimentares são considerados géneros alimentícios, ainda que apresentem algumas especificidades, como o facto de se apresentarem com formas doseadas. Constituem fontes concentradas de nutrientes ou outras substâncias com efeito nutricional ou fisiológico, estímulos ou combinadas. Destinam-se a complementar e/ou suplementar o regime alimentar normal, não devendo ser utilizados como substitutos de uma dieta variada." (Infarmed)

Toma ou já tomou "suplementos alimentares"? *

☐ Sim

☐ Não

Anterior

Seguinte

Limpar formulário



O Impacto da Suplementação na População Geral

*Obrigatório

Suplementação

"Os suplementos alimentares são considerados géneros alimentícios, ainda que apresentem algumas especificidades, como o facto de se apresentarem com formas doseadas. Constituem fontes concentradas de nutrientes ou outras substâncias com efeito nutricional ou fisiológico, estímulos ou combinadas. Destinam-se a complementar e/ou suplementar o regime alimentar normal, não devendo ser utilizados como substitutos de uma dieta variada." (Infarmed)

Qual a razão pela qual nunca usufruiu dos "suplementos alimentares"? *

- ☐ Não senti necessidade
- ☐ Não me foi recomendado
- ☐ Não acho confiável
- ☐ Não encontrei o que procurava
- ☐ Não achei monetariamente acessível
- ☐ Outra: _____

Anterior

Submeter

Limpar formulário



O Impacto da Suplementação na População Geral

*Obrigatório

Dados Demográficos

Gênero *

☐ Feminino

☐ Masculino

☐ Não respondo

Idade *

☐ < 18 anos

☐ 18-35 anos

☐ 36-60 anos

☐ > 60 anos

Habilitações Literárias *

☐ Nunca frequentei

☐ Ensino Primário

☐ Ensino Básico

☐ Ensino Secundário

☐ Ensino Superior

Anterior Seguinte Limpar formulário



O Impacto da Suplementação na População Geral

*Obrigatório

Estilo de Vida

Situação Laboral *

- ☐ Empregado
- ☐ Desempregado
- ☒ Estudante
- ☐ Trabalhador-Estudante
- ☐ Outra: _____

Estilo de Vida *

- ☐ Considero que tenho um estilo de vida saudável (alimentação, exercício físico,...)
- ☐ Não considero que tenho um estilo de vida saudável

Hábitos Alimentares (sendo 1 - Nunca consumo, 2 - Consumo Poucas Vezes, 3 - Consumo Algumas Vezes, 4 - Consumo Muitas Vezes e 5 - Consumo Excessivamente ou Sempre) *

	1	2	3	4	5
Cereais e derivados e tubérculos (ex. batatas, arroz, massa, pão...)	☐	☐	☐	☐	☐
Hortícolas (ex. couve, cenoura, vagens...)	☐	☐	☐	☐	☐
Fruta	☐	☐	☐	☐	☐
Gorduras e óleos (ex. azeite, manteiga, óleo...)	☐	☐	☐	☐	☐
Lactícolas (ex. leite, queijo, iogurtes...)	☐	☐	☐	☐	☐
Carnes, peixe e ovos	☐	☐	☐	☐	☐
Leguminosas (ex. feijão, ervilhas, lentilhas...)	☐	☐	☐	☐	☐
Doces (ex. chocolate, gomas...)	☐	☐	☐	☐	☐
Água	☐	☐	☐	☐	☐
Sumos ou semelhantes	☐	☐	☐	☐	☐
Bebidas alcoólicas	☐	☐	☐	☐	☐

Hábitos de Exercício Físico *

- ☐ Não pratico exercício físico
- ☐ Pratico exercício físico 1x/semana
- ☐ Pratico exercício físico 2-4x/semana
- ☐ Pratico exercício físico 5-7x/semana

Hábitos de Exercício Físico *

- ☐ Pratico exercício físico de baixa intensidade (ex. caminhadas)
- ☐ Pratico exercício físico de intensidade moderada (ex. corridas)
- ☐ Pratico um desporto de intensidade moderada a alta (ex. futebol, andebol...)
- ☐ Não pratico exercício físico

Doenças e/ou Estados Fisiológicos *

- ☐ Não tenho nenhuma doença
- ☐ Tenho uma doença cardiovascular (ex. hipertensão, insuficiência cardíaca...)
- ☐ Tenho uma doença respiratória (ex. asma, DPOC...)
- ☐ Tenho uma doença renal (ex. insuficiência renal...)
- ☐ Tenho uma doença gastrointestinal (ex. gastrite crónica, refluxo esofágico...)
- ☐ Tenho uma doença neurológica (ex. esclerose lateral amiotrófica...)
- ☐ Tenho uma doença metabólica (ex. diabetes, ...)
- ☐ Outra: _____

Medicação crónica *

- ☐ Faço medicação cronicamente
- ☐ Não faço medicação cronicamente

Anterior

Seguinte

Limpar formulário

O Impacto da Suplementação na População Geral

*Obrigatório

Suplementação

Atendendo a que já usou ou usa suplementos, qual foi/é a sua finalidade? *

- ☐ Por situação de doença(s) ou estado(s) fisiológico(s)
- ☐ Para complemento ao regime habitual alimentar
- ☐ Para estimular do apetite
- ☐ Para regimes de emagrecimento
- ☐ Para situações de stress
- ☐ Para melhorar o desempenho mental
- ☐ Para situações de fadiga diária
- ☐ Para situações de fadiga desportiva
- ☐ Para aumentar a performance desportiva
- ☐ Para situações de fadiga sexual
- ☐ Para aumentar a performance sexual
- ☐ Para melhorar o estado imunitário
- ☐ Outra: _____

Faz uma toma contínua ou regular de suplementos alimentares? *

- ☐ Sim
- ☐ Não

Tendo em conta o último suplemento alimentar que comprou, onde o adquiriu? *

- ☐ Farmácia
- ☐ Parafarmácia
- ☐ Ervanárias
- ☐ Outros estabelecimentos comerciais
- ☐ Online
- ☐ Outra: _____

Tendo em conta o último suplemento alimentar que comprou, esse foi recomendado por quem? *

- ☐ Recomendado pelo Médico(a)
- ☐ Recomendado pelo Farmacêutico(a)
- ☐ Recomendado por Familiares ou Amigos(as)
- ☐ Iniciativa própria (conhecimento através de propagandas ou pesquisas online)
- ☐ Outra: _____

Se o último suplemento alimentar que comprou foi recomendado por um profissional de saúde, qual foi a sua abordagem? (se não se aplica ao seu caso, passe para a próxima pergunta)

- ☒ Questionou se era para mim
- ☐ Questionou se tinha algum problema de saúde
- ☐ Questionou se fazia alguma medicação
- ☐ Questionou qual o meu objetivo
- ☐ Não fez questões
- ☐ Outra: _____

Tendo em conta o último suplemento alimentar que comprou, sentiu melhorias? *

- ☒ Sim
- ☐ Não

Tendo em conta o último suplemento alimentar que comprou, sentiu algum efeito adverso? *

- ☐ Sim
- ☒ Não

Anterior

Submeter

Limpar formulário

Anexo IX. Resultados do questionário *online* sobre Suplementação Alimentar.

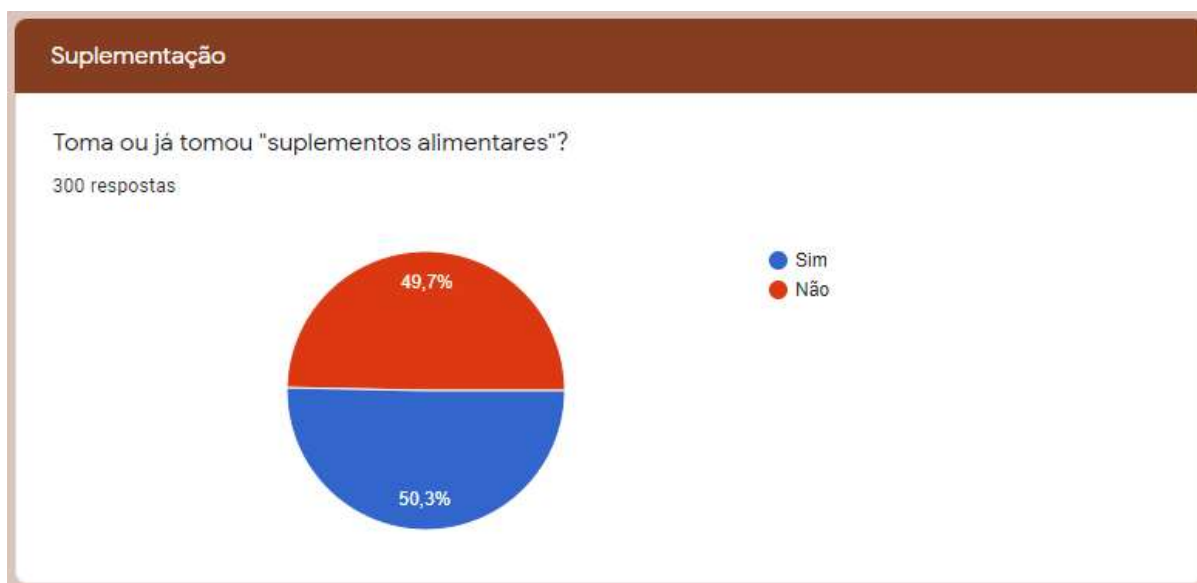


Figura 6. População que já tomou ou não SA.

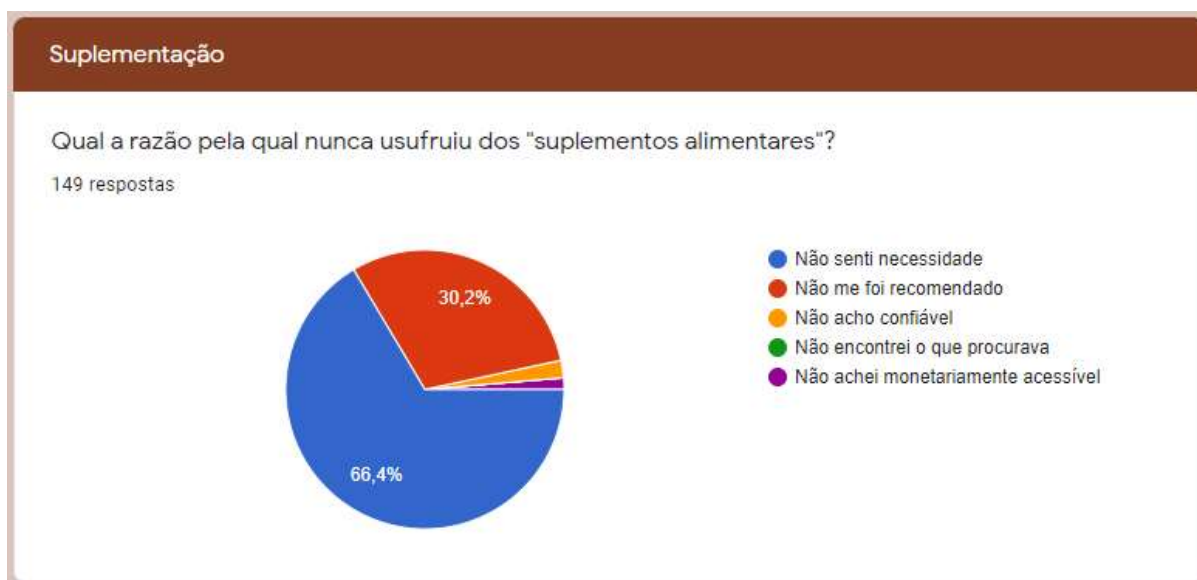


Figura 7. Razão pela qual a população que não toma SA nunca o fez.

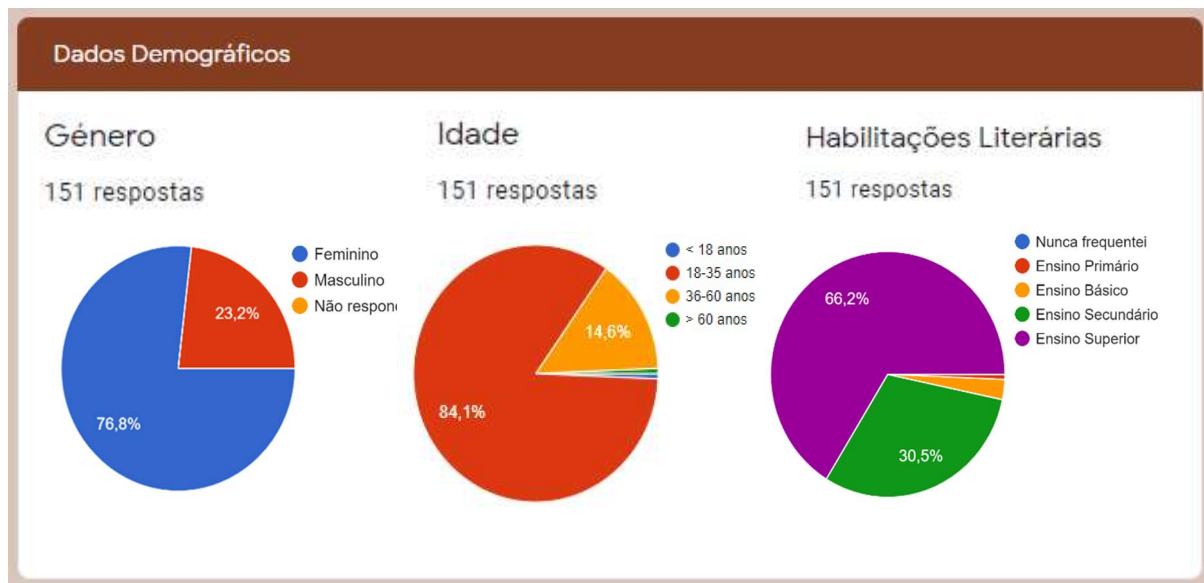


Figura 8. Dados demográficos da população consumidores de SA.

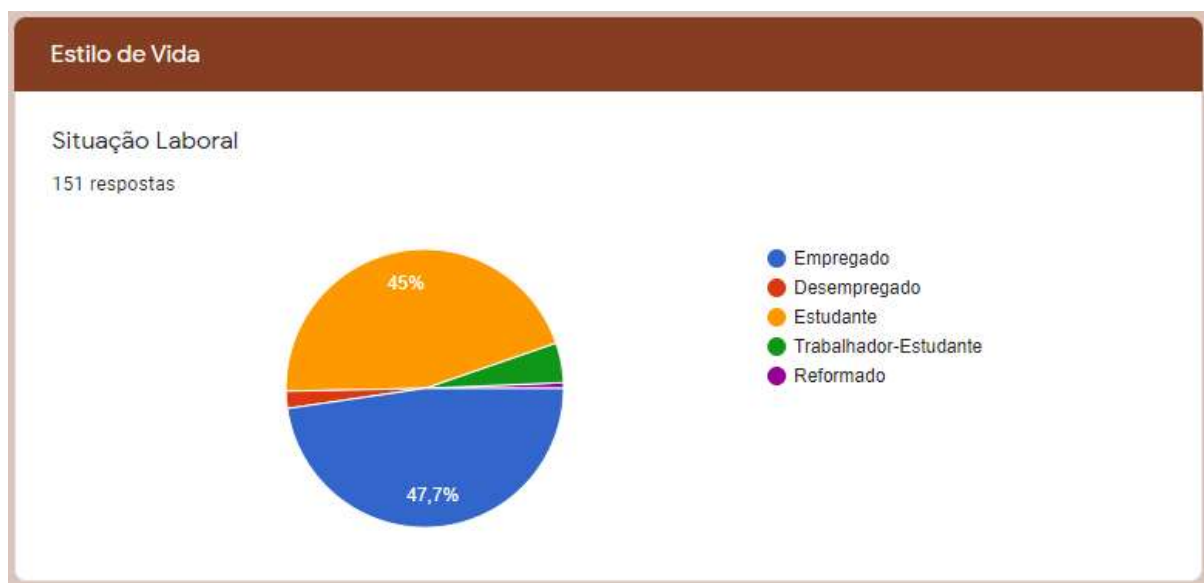


Figura 9. Situação laboral da população consumidores de SA.

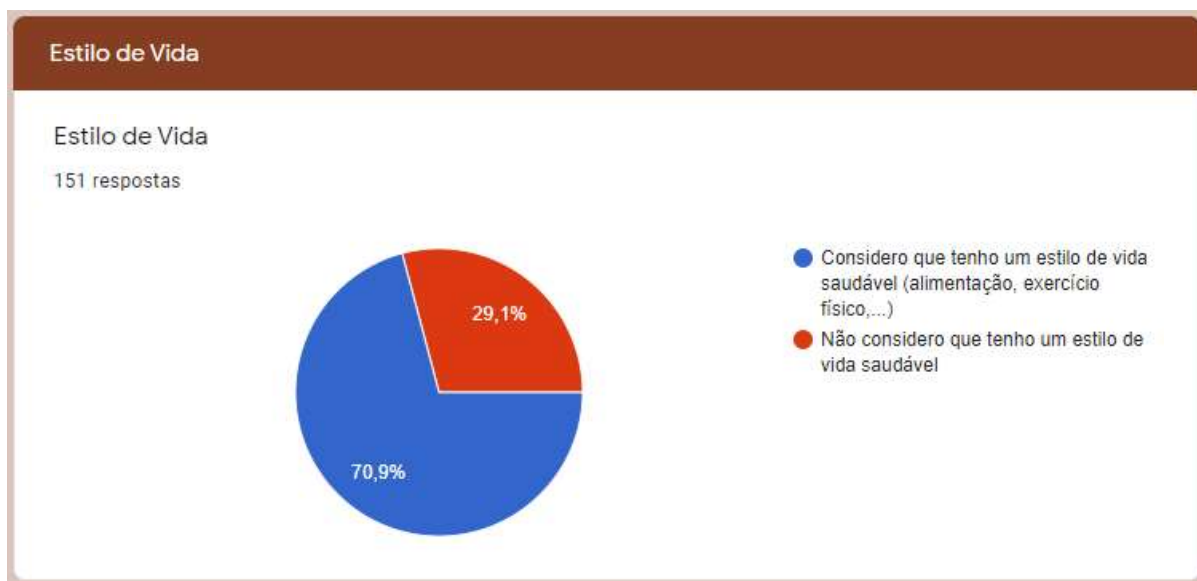


Figura 11. Estilo de vida da população consumidores de SA.



Figura 10. Hábitos alimentares da população consumidores de SA.

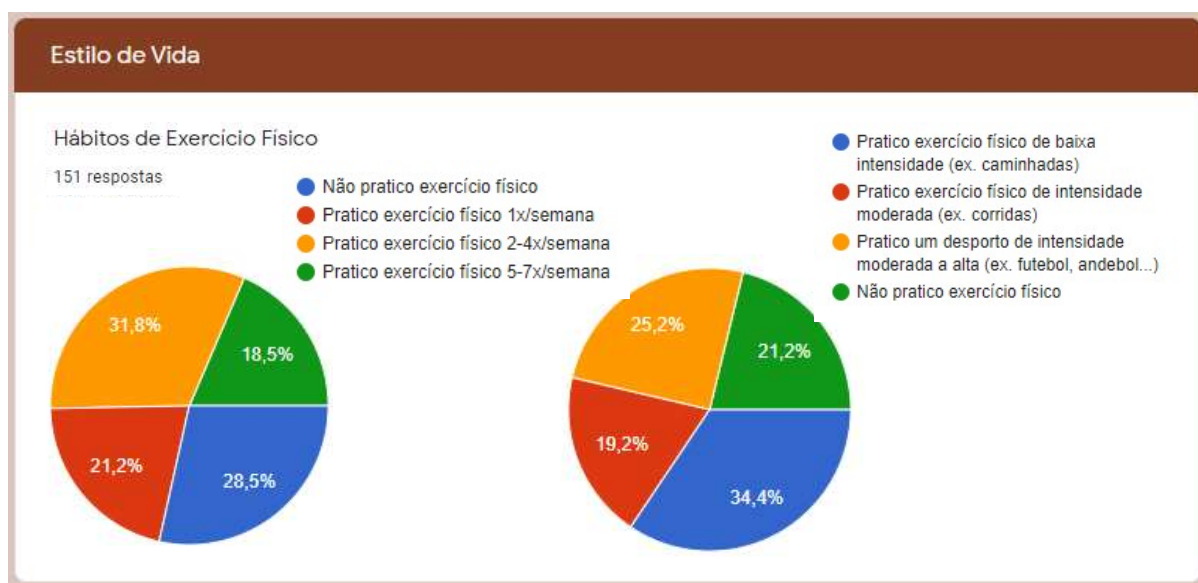


Figura 12. Hábitos de exercício físico da população consumidores de SA.

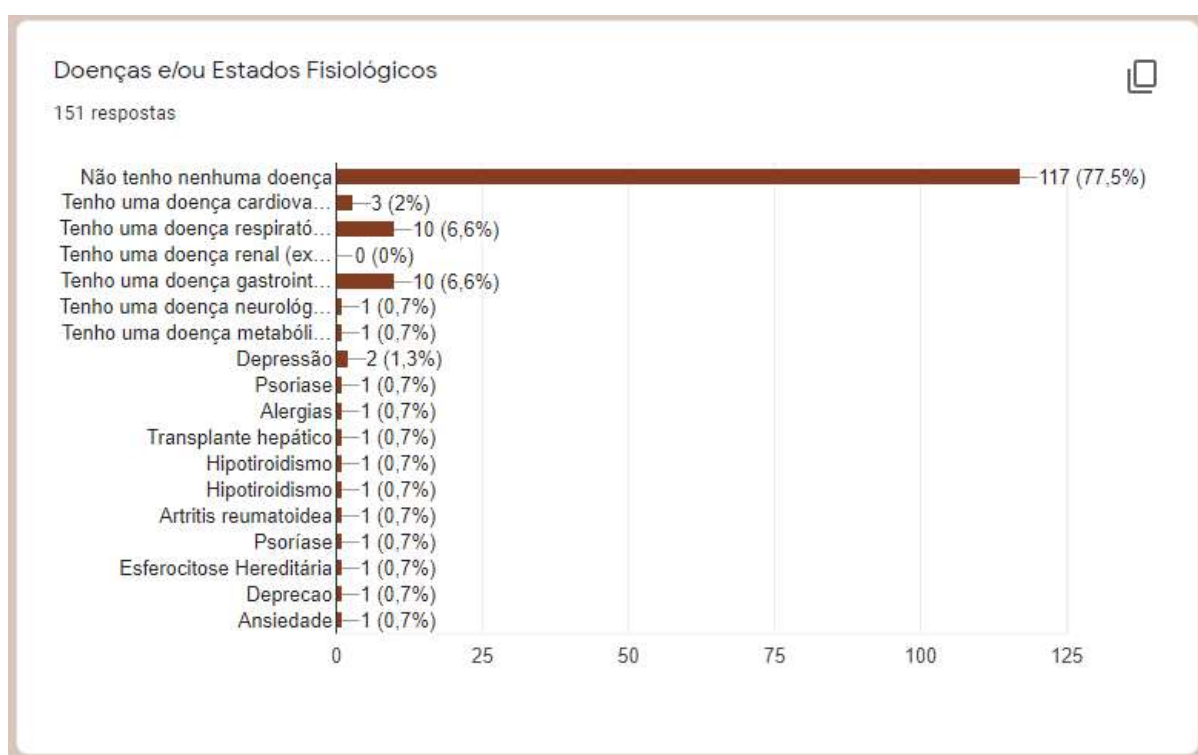


Figura 13. População de consumidores de SA que têm uma doença ou estado fisiológico particular.

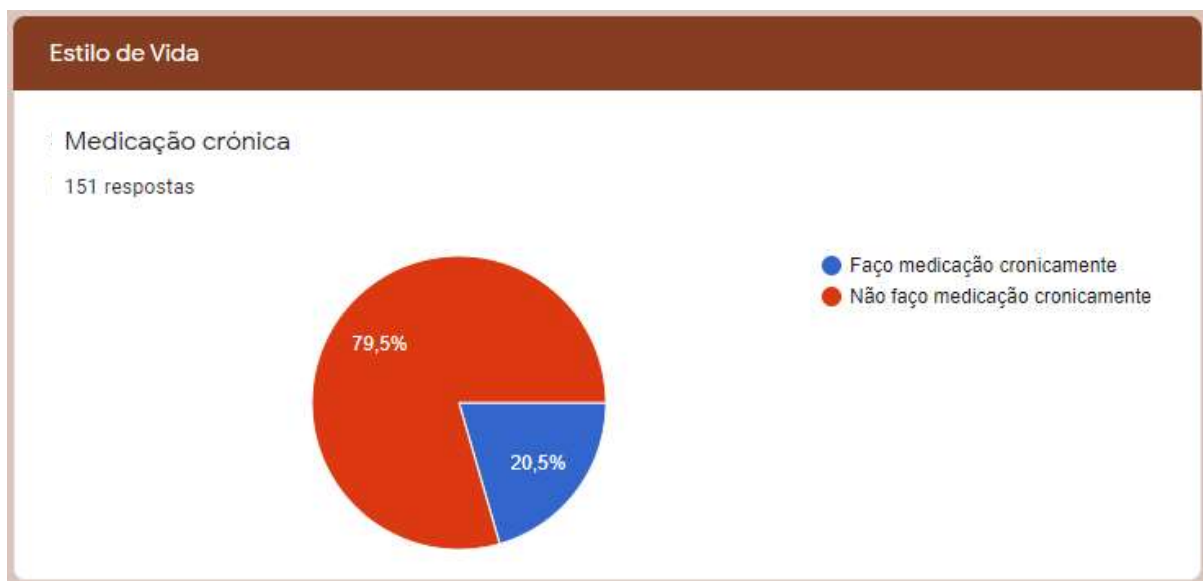


Figura 14. População de consumidores de SA que faz uso crónico de medicamentos.

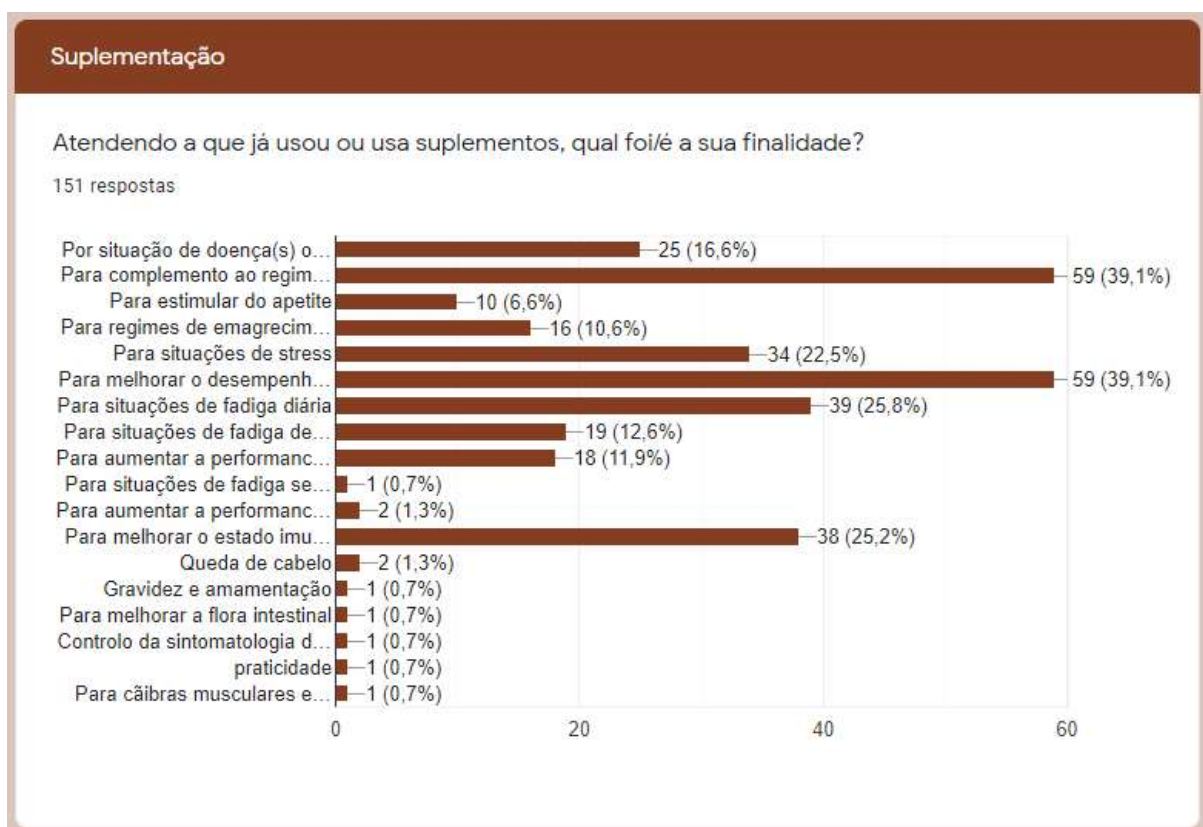


Figura 15. Grupos de SA mais comuns entre a população de consumidores de SA.



Figura 16. População de consumidores de SA que faz ou não toma contínua de SA.

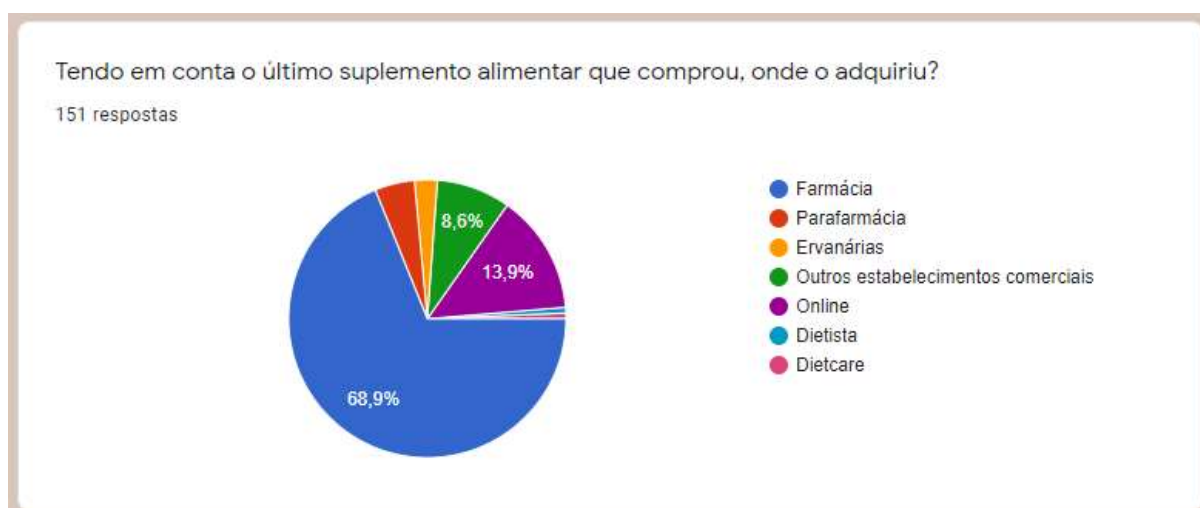


Figura 17. Locais de aquisição de SA para a população de consumidores de SA.

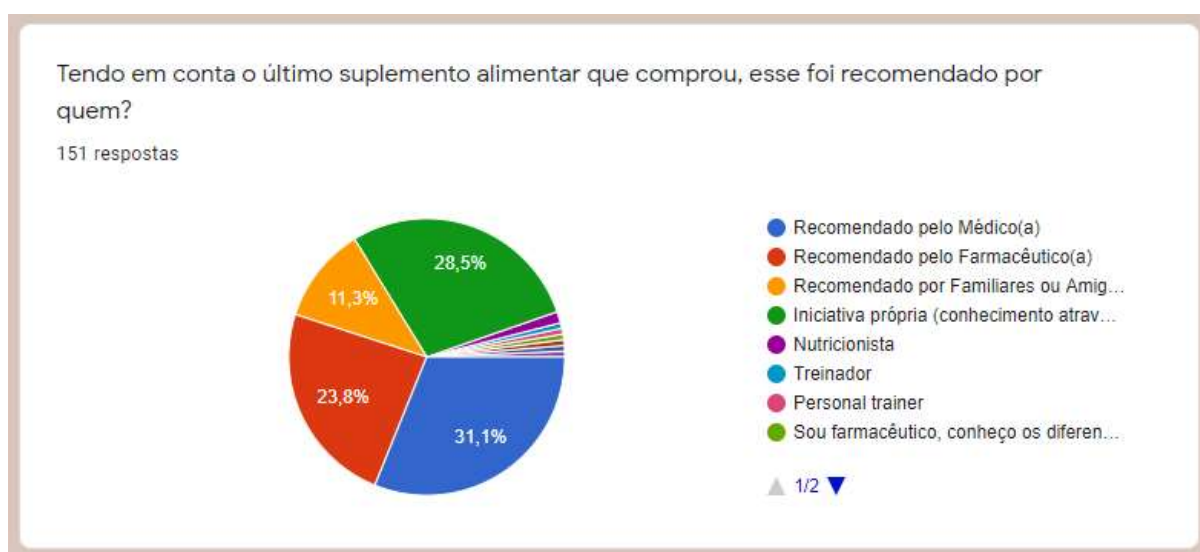


Figura 18. Recomendação de SA para a população de consumidores de SA



Figura 19. Abordagem dos profissionais de saúde para com a população de consumidores de SA.



Figura 20. Melhorias sentidas com a toma de SA na população de consumidores de SA.



Figura 21. Efeitos adversos sentidos com a toma de SA na população de consumidores de SA.

Anexo X. Panfleto informativo sobre Proteção Solar (frente e verso).

*Proteção Diária...
Dividas?*

"MAS EU NÃO VOU À PRAIA, NÃO PRECISO DE PROTETOR..."

Estamos sempre expostos à radiação UV, quer seja na praia, no campo, durante a prática de desporto ou no trabalho ao ar livre, tanto em dias de sol como em dias frios e nublados. Para além disso, mesmo à sombra a radiação do sol reflete-se na água, areia e neve, sendo necessário o uso de protetor diariamente.

"MAS OS PROTETORES NÃO TEM COMPONENTES PERIGOSOS?"

Apesar da presença de componentes como a oxibenzona, concluiu-se que o risco de não usar protetor solar é muito superior a qualquer potencial risco associado aos seus componentes.

"MAS SE EU PUSER PROTETOR NÃO PRODUZO VITAMINA D..."

Diversos estudos demonstraram não haver evidência que suporte a afirmação que o uso diário de protetor solar leve à redução dos níveis de vitamina D.



Farmácia de Recarei

LOCALIZAÇÃO
Rua João Paulo II, n.º 29-39
Recarei

CONTACTO
22 433 9060

HORÁRIO
Segunda a Sábado
8h30 às 20h30

Proteção Solar



Porque é que o protetor solar é importante?

Apesar de o sol ter efeitos benéficos sobre a saúde, no que toca, por exemplo, à produção da vitamina D3, a exposição excessiva à radiação solar poderá ter efeitos graves sobre a saúde, já que os danos cumulativos causados pela radiação UV podem levar ao envelhecimento precoce da pele, bem como ao cancro de pele.

Assim, o uso de protetor solar, associado a outras medidas de proteção solar, reduz o risco de cancro de pele e o envelhecimento da pele exposta à luz.



"CONTRA FACTOS NÃO HÁ ARGUMENTOS" ...

Num estudo comparativo verificou-se que o grupo de indivíduos que aplicou protetor solar diariamente teve metade do número de casos de melanoma que o grupo que usou protetor solar de modo ocasional.



Como escolher o meu protetor solar?

FATOR DE PROTEÇÃO

A escolha do FP depende de quanto tempo quer ficar ao sol, de qual o seu tipo de pele, onde está ao sol e quando está ao sol.

TIPO DE PELE E ATIVIDADE

Por exemplo, peles oleosas devem utilizar um protetor oil-free. Do mesmo modo, desportistas ao ar livre devem utilizar um protetor resistente à água.

PATOLOGIAS DE PELE

Os problemas dermatológicos devem também ser tidos em conta: por exemplo, uma pele sensível com rosácea deve ter um protetor adequado para tal.

CARACTERÍSTICAS EXTRA

Pode ainda optar por ter um protetor com características como ter cor ou ser "anti-idade".

Proteção Solar

As nossas sugestões

Avène

Conta com gamas para peles sensíveis, intolerantes, maduras e oleosas, de rosto e corpo, com opções para toda a família.

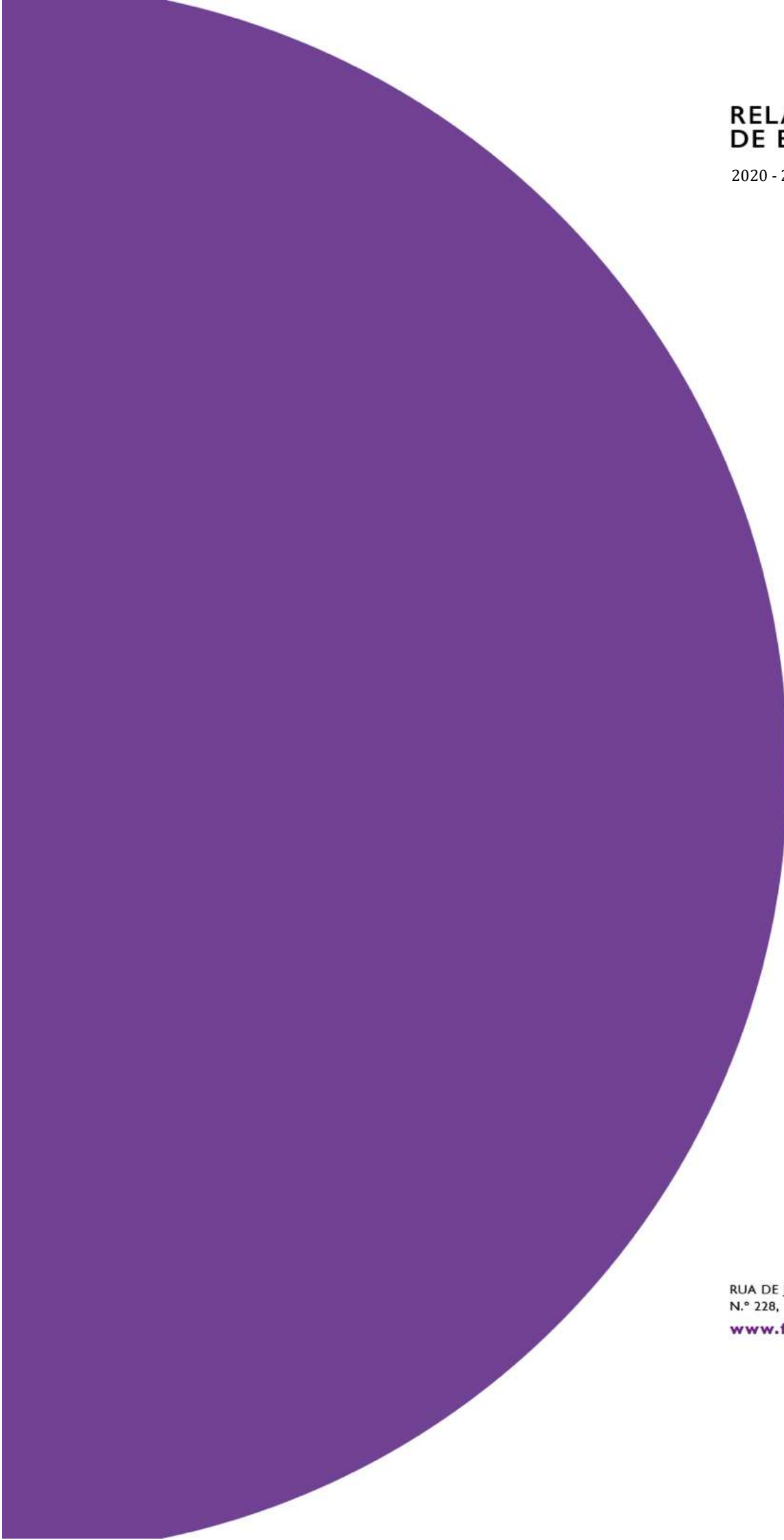


BIODERMA

Conta com gamas para pele sensível, seca e acneica, assim como para outros cuidados específicos, desde os mais pequenos aos mais graúdos.



Todas as informações foram retiradas de sites oficiais.
Para mais informações poderá consultar:
Liga Portuguesa Contra o Cancro (ligacontracancer.pt)



RELATÓRIO DE ESTÁGIO

2020 - 2021

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