U.PORTO

FACULDADE DE FARMÁCIA
UNIVERSIDADE DO PORTO

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

REALIZADO NO ÂMBITO DO MESTRADO INTEGRADO
EM CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS

Farmácia Faria

Alice Isabel Santos

M

2020-2021

Faculdade de Farmácia da Universidade do Porto

Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas

Relatório de Estágio Profissionalizante



Farmácia Faria

Setembro de 2020 a Abril de 2021

Alice Isabel Santos

Orientador: Dr. Francisco Faria

Tutor FFUP: Prof. Drª Helena Carmo

Maio de 2021

"É genial festejar o sucesso, mas é mais importante aprender com as lições do fracasso."

Bill Gates

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, Maio de 2021

Alice Isabel Santos

AGRADECIMENTOS

Os cinco anos de desafios que enfrentei no Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas, marcaram-me eternamente e permitiram-me transcender como ser humano e como profissional.

A Faculdade de Farmácia da Universidade do Porto (FFUP) transmitiu-me conhecimentos científicos e tecnológicos capazes de me fazer conquistar o mundo e presenteou-me com pessoas incríveis, às quais posso chamar de amigos e carregarei para sempre no coração, que me acompanharam neste percurso. Chegou o fim de uma trajetória que abre portas para a imensidão de novas oportunidades, sendo necessário agradecer a todas as pessoas e entidades que tornaram esta passagem especial e única.

À equipa da Farmácia Faria, sem exceção, o meu total agradecimento por todos os ensinamentos e apoio prestados ao longo destes 6 meses. Ao Dr. Francisco Faria, por todas as oportunidades oferecidas e desafios colocados, mostrando-me que o farmacêutico é capaz de superar qualquer desafio e procurar toda a informação necessária para o fazer com sabedoria. Ao Dr. David Costa, o meu especial agradecimento por todas as dúvidas esclarecidas e acompanhamento prestado, contribuindo para descoberta da essência do que é ser um verdadeiro farmacêutico.

À minha tutora, Prof. Dra. Helena Carmo, agradeço pela disponibilidade e orientação prestados.

Aos professores que passaram pela minha vida, obrigada por me ensinarem o prazer que é estudar e tornarmo-nos seres de luz e conhecimento.

Aos amigos que conheci na FFUP, e que levo para a vida, obrigada pelos desabafos, pelas conversas até de madrugada, pelas risadas, pelas batalhas que enfrentamos juntos, pelas "jantaradas", por todo o apoio incondicional nos momentos mais difíceis. Não preciso de enumerar, pois "os verdadeiros amigos são como estrelas: muitas vezes não as vemos, mas estão sempre lá".

Á Dra. Andreia Alves, à minha Andreia, não tenho palavras suficientes para descrever o que tens sido para mim. Acompanhaste-me desde tenra idade e tornaste-te num dos motivos para querer enveredar em Ciências Farmacêuticas. Eras, és e serás uma amiga que terei o prazer de ter sempre por perto.

Á minha família, aos meus pais e irmão, serei eternamente grata por terem realizado tantos sacrifícios durante este percurso. Mesmo perante "tempestades" severas, mantivemo-nos firmes e resilientes, até que o "sol" apareceu para iluminar os nossos caminhos, fazendo com que chegasse até aqui. Aos meus tios, Goreti e Joaquim, obrigada por festejarem comigo as pequenas conquistas e serem um pilar perante as adversidades da vida.

Cada um de vocês faz parte da minha essência. Sem cada um de vocês, não teria chegado onde cheguei e seria um ser mais pobre. Todas as palavras que foram escritas, saíram do coração e não são suficientes para mostrar o meu agradecimento por tudo.

Termino realçando uma vez mais o meu muito obrigada!

RESUMO

O Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas termina com a realização do Estágio que tem como objetivo a integração de um estudante no exercício da profissão farmacêutica, de modo a desenvolver competências técnicas e promover o contacto com a realidade farmacêutica e com os utentes.

O presente relatório resulta do Estágio Curricular na Farmácia comunitária Faria, que se iniciou a 21 de Setembro de 2020 e terminou a 2 de Abril de 2021. Neste documento, é retratado tudo o que diz respeito à organização e gestão de uma farmácia, assim como os projetos desenvolvidos.

O relatório profissionalizante compõe-se de duas partes. Na primeira parte, descreve-se o espaço físico da Farmácia Faria, bem como toda a logística por detrás das Boas Práticas de exercício da profissão farmacêutica existentes, detalhando a opinião pessoal e atividades pessoais realizadas. Estão ainda detalhadas as formações realizadas durante o percurso.

Na segunda parte estão pormenorizados os projetos propostos e devidamente trabalhados em concordância com o Dr. Francisco Faria, em prol da saúde e dos interesses dos utentes.

O primeiro projeto seria o desenvolvimento de rastreio da Avaliação do Risco de Diabetes Tipo II no âmbito do Dia da Diabetes. Contudo, por agravamento da atualidade pandémica vivida em Novembro de 2020, estabeleceu-se apenas a realização de um panfleto informativo, divulgado posteriormente nas redes sociais da farmácia, por forma a evitar contactos próximos desnecessários.

O segundo projeto descreve a criação da Consulta de Cessação Tabágica, um novo serviço para a Farmácia Faria, de modo a ser implementado no futuro. Para tal, foi efetuada pesquisa científica e elaborado um manual de auxílio à intervenção, bem como um procedimento para a conformidade do processo. Foi ainda no âmbito deste projeto que foi realizada uma formação interna à equipa da Farmácia Faria para transmissão de todos os conhecimentos e partilha de opiniões, com intuito de melhorar o serviço farmacêutico. Este projeto surgiu da grande procura de medicamentos para auxílio de cessação tabágica.

Desta forma, os projetos tiveram um bom retorno por parte dos colaboradores da Farmácia Faria, sendo gratificante e enriquecedor, não só pelo conhecimento adquirido, como pela utilidade que trouxe, ou, por ventura, trará aos utentes e à farmácia.

ÍNDICE

Declaração de Integridade ..... **IV**
Agradecimentos ..... **V**
Resumo ..... **VI**
Índice ..... **VII**
Índice de Anexos ..... **X**
Introdução **1**
Parte I- Descrição das Atividades Desenvolvidas na Farmácia Faria **2**
1. Farmácia faria 2
1.1. Localização e Horário de Funcionamento 2
1.2. Recursos Humanos 2
1.3. Recursos Informáticos 2
1.4. Organização do Espaço 3
1.4.1. Espaço Exterior 3
1.4.2. Espaço Interior 3
1.4.2.1. Atendimento ao Público 3
1.4.2.2. Gabinetes 4
1.4.2.3. Armazém e Local de Receção de Encomendas 4
1.4.2.4. Filosofia *Kaizen* e Comunicação Interna 5
1.4.2.5. Zona Técnica 6
1.4.2.6. Escritório do Diretor Técnico 6
1.4.2.7. Laboratório/Copa 6
1.5. Redes Sociais 7
1.6. Cartão Saúda 7
1.7. Serviços prestados pela Farmácia Faria 7
1.7.1. Determinação de Parâmetros Bioquímicos e Fisiológicos 7
1.7.2. Dispensa de medicamentos para instituições 8
1.7.3. Dispensa de Medicamentos Hospitalares 9
1.7.4. Preparação Individualizada da Medicação (PIM) 9
1.7.5. Administrações de medicamentos injetáveis e vacinas 9
1.7.6. Entregas ao domicílio 9
1.7.7. "Collect and Go" 10
1.7.8. VALORMED 10

1.7.9. Outros 10
2. Gestão e Administração da Farmácia Faria 11
2.1. Gestão de Stocks 11
2.2. Gestão de Encomendas e Fornecedores 12
2.2.1. Fornecedores 12
2.2.2. Realização de Encomendas 12
2.2.3. Receção e Verificação de Encomendas 13
2.2.4. Gestão de Devoluções e Reclamações 14
2.2.5. Gestão de Reservas 14
2.3. Armazenamento 15
2.4. Gestão de Prazos de Validade 15
3. Dispensa de Medicamentos e Produtos Farmacêuticos 16
3.1. Dispensa de Medicamentos Sujeitos a Receita Médica 16
3.1.1. Receitas Médicas e Validação 17
3.1.2. Dispensa de medicamentos psicotrópicos e estupefacientes 18
3.1.3. Medicamentos Manipulados 19
3.2. Regimes de comparticipação, sistemas de preços de referência e subsistemas de saúde 19
3.3. Faturação e Receituário 20
3.4. Dispensa de Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica e Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica de dispensa Exclusiva em Farmácia 21
3.5. Aconselhamento e dispensa de outros produtos de saúde 21
4. Formações 22
Parte II- Projetos Desenvolvidos 23
Projeto I: Panfleto sobre a Diabetes 23
1. Enquadramento Teórico 23
1.1. A diabetes e Tipos de Diabetes 23
1.1.1. Diabetes Tipo II e rastreio 25
1.2. Sintomatologia e Complicações da Diabetes 26
1.3. Diagnóstico 26
1.4. Tratamento 27
2. Objetivos e Métodos 28
3. Resultados e Discussão 28
4. Conclusões 29
Projeto II: Consulta de Cessação Tabágica 29
1. Enquadramento Teórico 29

1.1. O Tabaco: Causa de dependência e doenças 30
1.2. Constituintes do fumo do Tabaco 31
1.3. Síndrome de Abstinência 31
1.4. Benefícios da Cessação Tabágica 32
1.5. Etapas da Cessação Tabágica 32
1.6. Terapia de Cessação Tabágica 33
1.7. A consulta de Cessação Tabágica 34
2. Objetivo e Métodos 36
3. Resultados e Discussão 37
4. Conclusões 37
Conclusões Finais 38
Referências Bibliográficas 39
Anexos 46

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1: Atividades realizadas ao longo dos 6 meses de estágio…….46

Anexo 2: Formações realizadas ao longo do estágio curricular…….....47

Anexo 3: Certificados de Formações Realizadas……...…....48

Anexo 4: Ficha de Avaliação de Risco de Diabetes Tipo 2……...……....51

Anexo 5: Panfleto informativo sobre de Diabetes Mellitus…….…..52

Anexo 6: Publicação do Panfleto informativo sobre de Diabetes Mellitus no Facebook® da FF….53

Anexo 7: Teste de Fagerstrom (Adaptado)……....54

Anexo 8: Teste de Richmond (Adaptado)…….……55

Anexo 9: Lista de Marcações para Consulta de Cessação Tabágica……..…....56

Anexo 10: Ficha Clínica usada na consulta de Cessação Tabágica……...…..…57

Anexo 11: "Manual de Consulta de Cessação Tabágica"……...58

Anexo 12: Apresentação realizada aos colaboradores da FF……..65

Anexo 13: Panfleto informativo sobre os benefícios da Cessação Tabágica (formato digital) ….....81

Anexo 13: Panfleto informativo sobre os benefícios da Cessação Tabágica (formato em papel)…...82

Lista de Abreviaturas

AGJ: Anomalia de Glicémia em Jejum

ANF: Associação Nacional de Farmácias

CNP: Código Nacional de Produto

COVID-19: Coronavirus SARS-Cov-2

DCI: Denominação Comum Internacional

DGS: Direção Geral da Saúde

DM: Diabetes Mellitus

DM1: Diabetes Mellitus Tipo 1

DM2: Diabetes Mellitus Tipo 2

DT: Diretor Técnico

FC: Farmácia Comunitária

FEFO: First Expired, First Out

FF: Farmácia Faria

FIFO: First In, First Out

HbA1c: Hemoglobina Glicada

IMC: Índice de Massa Corporal

INFARMED: Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde I.P.

MICF: Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas

MG: Medicamentos Genéricos

MNSRM: Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica

MNSRM-EF: Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica de Dispensa Exclusiva em Farmácia

MSRM: Medicamentos Sujeitos a Receita Médica

NVA: Novo Módulo de Atendimento

OMS: Organização Mundial de Saúde

PA: Pressão Arterial

PIC: Preço Impresso na Cartonagem

PIM: Preparação Individualizada da Medicação

PRM: Problema Relacionado com a Medicação

PTGO: Prova de Tolerância à Glucose Oral

PVF: Preço de Venda à Farmácia

PVP: Preço de Venda ao Público

RM: Receita Médica

RSP: Receita Sem Papel

SI: Sistema Informático

SNS: Serviço Nacional de Saúde

SSP: Subsistemas de Saúde Privados

TDG: Tolerância Diminuida à Glucose

TSN: Terapia de Substituição de Nicotina

INTRODUÇÃO

O farmacêutico comunitário, pela sua proximidade ao utente, adquire um papel fundamental ao nível dos sistemas de saúde e saúde pública. Portugal possui diversas localidades onde as farmácias são o único cuidado de saúde mais próximo num raio de quilómetros. Ora isto faz com que o farmacêutico seja o único profissional de saúde detentor de conhecimento suficiente para dar assistência às populações dessas localidades em distúrbios menores de saúde, contribuindo para a resolução dos mesmos.

Mais do que o simples dispensar de receitas, o farmacêutico comunitário, pelo seu vasto conhecimento do medicamento, é promotor de boas práticas do uso do medicamento, esclarece as mais diversas questões sobre a administração de terapêuticas, induz a correta adesão à terapêutica, entre outros privilégios que estão ao dispor da comunidade. Os farmacêuticos de Farmácia Comunitária (FC) disponibilizam progressivamente mais serviços essenciais à saúde da sociedade, tanto numa abordagem de prevenção, como numa abordagem de terapêutica [1].

Em 2020, iniciou-se um período de extrema dificuldade e desafio para as FC, sendo uma oportunidade para demonstrar mais uma vez a capacidade e valentia destes profissionais de saúde, que se mantiveram sempre ativos no combate à pandemia da doença infeciosa respiratória causada pelo coronavírus SARS-CoV-2 (COVID-19).

Atualmente, em 2021, a luta contra a pandemia ainda é uma realidade, e os farmacêuticos comunitários continuam a estar ao dispor da população, representando um suporte e, muitas vezes, um local de eleição para o acesso aos cuidados de saúde, uma vez que muitos utentes se vêm isentos de apoio por parte de entidades de saúde, como hospitais e centros de saúde.

O estágio curricular em FC, traduz-se numa experiência fundamental para o futuro de qualquer farmacêutico, pois, além de permitir demonstrar os conteúdos adquiridos ao longo do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas (MICF), concede uma aproximação ao utente, mostrando a sua realidade pessoal e a diferença positiva que é possível concretizar na vida do mesmo.

Como parte do meu trajeto do MICF, iniciei o estágio na Farmácia Faria (FF) a 21 de Setembro de 2020 e finalizei-o a 2 de Abril de 2021. As atividades realizadas ao longo do destes meses e o tempo aplicado a cada um dos projetos estão descritos no **Anexo 1**.

PARTE I- DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NA FARMÁCIA FARIA

1. FARMÁCIA FARIA

1.1. LOCALIZAÇÃO E HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO

Fundada em 1883, a FF é uma das mais antigas farmácias do conselho de Santo Tirso. Apesar de ser uma FC centenária, em 2015 sofreu remodelação de instalações, tornando-se amplamente renovada e modernista. Situa-se na Praça Conde São Bento, detendo uma localização privilegiada e com vista para um magnífico jardim e local de lazer.

O horário de atendimento ao público da FF, e que vai de encontro com a Portaria n.º 277/2012 e Portaria nº.14/2013, é das 8h30 às 20h de Segunda a Sexta-feira, e das 9h às 19h, encerrando para almoço das 13h às 15h ao Sábado. A FF assegura ainda o serviço permanente de cinco em cinco dias, intercalando com as restantes farmácias da cidade [2][3].

1.2. RECURSOS HUMANOS

A legislação portuguesa decreta que as FC detenham direção técnica assegurada por um farmacêutico, bem como a existência de pelo menos dois farmacêuticos nos quadros [4].

O papel de Diretor Técnico (DT) e também proprietário da FF é atribuído ao Dr. Francisco Faria, que faz parte de uma equipa experiente e multidisciplinar composta por mais quatro farmacêuticos (Dra. Bernardete Moura, Dra. Carla Faria, Dra. Iolanda Antunes e Dr. David Costa), três técnicos de farmácia (Simone Alves, Marcelo Almeida e Tiago Almeida) e um responsável de armazém (André Paiva). De forma a prestar serviços ainda mais diversificados, a FF possui uma colaboração com um Fisioterapeuta (Dr. João Andrade), uma Nutricionista (Dra. Isa Ferreira) e uma Podologista (Dra. Neide Ferreira), contribuindo para um acompanhamento diversificado e profissional dos utentes.

1.3. RECURSOS INFORMÁTICOS

A FF possui o Sistema Informático (SI) Sifarma®, tanto na vertente de Sifarma® 2000 como na vertente de Novo Módulo de Atendimento (NMA), ambos desenvolvidos pela Glintt (Global Intelligent Technologies).

O NMA é essencialmente usado na parte de atendimento ao público, por conceder uma informação mais organizada e de fácil manipulação. Apesar de em ambos os sistemas existir a possibilidade de acesso à "Ficha do produto", bem como informações científicas e encomendas instantâneas, apenas o Sifarma® 2000 permite a realização de diversas atividades associadas à gestão da farmácia, como a receção de encomendas, a faturação mensal e até o controlo de stocks e prazos de validade.

O NMA é um SI que ainda está em evolução e se complementa com o Sifarma® 2000 e atualização, mas será uma mais valia para o quotidiano dos farmacêuticos de FC.

Durante o período de estágio, tive a oportunidade de contactar com ambos os sistemas, permitindo-me adquirir maiores competências para o meu futuro como farmacêutica.

Contudo, do meu ponto de vista, o NMA é mais instintivo e de fácil compreensão, em comparação com o Sifarma® 2000.

1.4. ORGANIZAÇÃO DO ESPAÇO

1.4.1. ESPAÇO EXTERIOR

A FF situa-se numa zona privilegiada da cidade de Santo Tirso e possui duas fachadas voltadas para locais importantes. Por um lado, a fachada principal é direcionada para uma das praças mais antigas e movimentadas da cidade, o que permite o fácil acesso e localização da farmácia. É nesta fachada que se encontram três grandes montras que são renovadas de acordo com as diferentes épocas festivas ao longo do ano e a porta principal, onde estão afixadas as informações obrigatórias e relativas ao horário de funcionamento, existência do livro de reclamações, entre outros dados relevantes. Por outro lado, a fachada oposta, é direcionada para o centro comercial, contribuindo para um influxo superior de pessoas. É também deste lado que se encontra um parque de estacionamento exclusivo para os utentes, sendo uma mais valia para os mesmos, e principalmente para as pessoas de mobilidade reduzida que podem facilmente deslocarem-se do automóvel para a farmácia por meios de fácil acesso. É de realçar, que ambas as entradas da FF, estão preparadas para receber utentes com dificuldade de locomoção, devido à existência de rampas próprias e livres de obstáculos. A FF possui ainda duas cruzes, uma em cada fachada da farmácia, que se mantêm permanentemente ligadas durante o normal funcionamento da farmácia e durante as noites em que se encontra de serviço, que depois das 22h, é realizado ao postigo [4][5].

Durante o meu período de estágio, participei ocasionalmente na realização de montras em diferentes épocas festivas, nomeadamente na montra de Natal, montra do Dia do Pai, entre outras.

1.4.2. ESPAÇO INTERIOR

A FF, é dotada de um espaço amplo, moderno e organizado que se divide em áreas distintas distribuídas pelo rés do chão do edifício centenário.

1.4.2.1. ATENDIMENTO AO PÚBLICO

A área destinada para o atendimento ao público é a zona mais extensa da FF. É constituída por uma zona de espera, tanto para adultos, como para crianças, podendo usufruir de cadeiras e materiais de leitura, e brinquedos e material de pintura, respetivamente.

O utente que se dirige à FF, possui ao dispor e em ambas as entradas, um dispensador de senhas, onde pode escolher a senha que se adequa quer para o levantamento de "Produtos Pagos", "Atendimento Geral" ou para atendimento "Prioritário. Depois de o utente obter a sua senha, é reencaminhado através do chamamento de um ecrã, que projeta o número da senha e o número de balcão de atendimento, para um dos cinco postos, devidamente afastados de forma a promoverem a privacidade e conforto dos utentes. Cada um dos cinco postos possui um computador, um leitor ótico, um terminal multibanco e uma impressora de talões, faturas e de verso das receitas, sendo que apenas dois postos possuem uma impressora de etiquetas de posologia.

Em todo o redor da área de receção ao público existem prateleiras de exposição de produtos que estão devidamente organizados por diferentes categorias, que vão desde o setor da "Mãe e Bebé", que se localiza junto ao local de espera das crianças, seguindo-se a Dermocosmética, Emagrecimento, Saúde Oral, que estão mais próximos da entrada principal e zona de espera dos adultos. É de salientar que a FF possui uma vasta diversificação de produtos cosméticos, o que torna uma FC de excelência nesta categoria, não só pelo aconselhamento personalizado a cada utente, como pela qualidade da mesma. Além disto, atrás dos postos de atendimento, existem prateleiras que expõem os Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica (MNSRM) indicados para transtornos menores, como a tosse, azia, obstipação, dores musculares, etc, bem como suplementos alimentares destinados a vários tipos de idades e objetivos. É também dedicada uma zona aos Medicamentos de Uso Veterinário e Medicamentos Homeopáticos. Numa localização ínfera a estes lineares, encontram-se, ainda, gavetas devidamente numeradas e legendadas onde se localizam os Medicamentos Sujeitos e Receita Médica (MSRM) mais prescritos e outros MNSRM, de forma possuírem um fácil e rápido acesso por parte dos farmacêuticos. Entre os balcões de atendimento e os lineares fixos, existem gôndolas repartidas ao longo da farmácia que divulgam diversos produtos de interesse da farmácia, ou que se adequem a épocas sazonais, como, por exemplo, os produtos "Covid-19", protetores solares, entre outros.

Por último, a zona de atendimento ao público possui ainda uma balança automática e digital, que fornece aos utentes o seu peso, altura e Índice de Massa Corporal (IMC).

Desde o início até o fim do estágio, tive oportunidade de organizar todos os produtos expostos, alterar lineares e realizar a reposição dos mesmos. Todos estes processos contribuíram para a familiarização com os produtos de forma a preparar-me para os atendimentos.

1.4.2.2. GABINETES

A FF dispõe de dois gabinetes privados com acesso através da área de atendimento ao público. No gabinete de atendimento personalizado, isto é, "GAP 1" são realizadas as consultas de fisioterapia e podologia, bem como formações à equipa, uma vez que dispõe de uma marquesa e cadeiras adequadas à realização das mesmas. Por outro lado, no segundo gabinete, "GAP 2" realizam-se as consultas de nutrição e medição de parâmetros biológicos e físico-químicos, como a medição de glicémia, colesterol, pressão arterial ou mesmo administração de injetáveis, uma vez que armazena todo o material necessário para a realização dos mesmos. Assim, são nestes espaços que se realizam a prestação de Serviços Farmacêuticos de forma confidencial e confortável para o utente [5].

1.4.2.3. ARMAZÉM E LOCAL DE RECEÇÃO DE ENCOMENDAS

A zona de receção de encomendas e armazém situa-se numa parte denominada de "*backoffice"*, separada da zona de atendimento ao público, atrás dos postos de atendimento.

O local de receção de encomendas é constituído por um computador, um leitor ótico, uma impressora de etiquetas de preços e uma mesa, onde são colocados os produtos que entram na farmácia, depois de rececionados e confrontados com as respetivas faturas.

Esta mesa encontra-se devidamente assinalada de modo a facilitar o armazenamento e organização dos stocks. O armazenamento dos medicamentos é realizado de acordo com a filosofia de que o primeiro a chegar é o primeiro a sair, isto é, o princípio First Expired, First Out (FEFO), defende que os produtos com a validade mais próxima do fim, são os primeiros a ser dispensados. Assim, o aprovisionamento de todos os medicamentos da FF está devidamente organizado nas gavetas deslizantes de dois grandes armários por ordem alfabética e por formulação farmacêutica, de modo a facilitar o acesso por parte do farmacêutico durante o atendimento, e longe do acesso do público.

Num dos armários encontram-se dispostos em colunas os Medicamentos Genéricos (MG), na formulação oral sólida, organizados por nome, dosagem e laboratório, seguindo-se as formulações semi-sólidas (pomadas, géis) e inaladores/pulverizadores nasais. Ainda neste armário existe um espaço destinado aos chás, ampolas, gotas orais, oftálmicas e auriculares, como também Medicamentos Psicotrópicos (MP), supositórios e injetáveis.

Num outro armário, estão também dispostos em colunas os medicamentos não genéricos, distribuídos alfabeticamente pelo seu nome comercial, seguindo-se ainda uma coluna destinada a produtos de protocolo (testes de gravidez, testes de despiste de doenças, tiras de glucose, etc) e produtos de uso vaginal e contracetivos. Nesse mesmo armário, na zona superior, existem gavetões verticais que abastecem as soluções orais (xaropes), granulados e efervescentes. Quando o espaço disponível nas gavetas e lineares não é suficiente para guardar todos os produtos a que se destinam, estes são colocados em estantes, dispostos de modo a ocupar o menor espaço possível, e organizados alfabeticamente e por categorias de forma a localizar facilmente quando é necessária a reposição dos mesmos. É de salientar ainda a existência de duas estantes destinadas a produtos de uso externo, como, por exemplo, champôs, vernizes, produtos de desinfeção cutânea, entre outros, e também um frigorífico onde são colocados medicamentos que necessitam de condições especiais de armazenamento e refrigeração, como por exemplo, a insulina e certos colírios e pomadas.

Por fim, esta área dispõe ainda de um local destinado à reserva de produtos reservados pagos e não pagos, sendo que os não pagos apenas são reservados durante cinco dias, caso o utente não o vá buscar à FF, dispondo também de prateleiras destinadas a colocar produtos que sejam reservadas a lares e outras instituições que colaboram com a FF.

Durante o meu período de estágio, passei grande parte do tempo nesta área a organizar e repôr os produtos necessários sempre que se esgotavam nas grandes gavetas deslizantes, contribuindo para aumentar o contacto com as diferentes formulações e nomes comercias. Esta foi uma parte essencial do estágio, pois permite-nos preparar para um maior sentido de orientação e localização dos produtos no atendimento ao público.

1.4.2.4. FILOSOFIA *KAIZEN* E COMUNICAÇÃO INTERNA

A filosofia *Kaizen*, de origem japonesa, traduz-se num processo de melhoria continua, que se pode adaptar tanto à vida pessoal, como profissional.

O lema defendido por esta ideologia "hoje melhor do que ontem, amanhã melhor do que hoje" faz parte da essência da FF, levando a que todos os colaboradores invistam de forma a reduzir o desperdício e aumentar a produtividade [6].

A FF dispõe de uma área denominada de "Quadro Kaizen" onde se localizam todas as informações relevantes de forma a cumprir esta filosofia de trabalho. Neste local, estão afixados os objetivos mensais e pessoais a atingir, a lista de tarefas a ser realizada por cada colaborador, os medicamentos mais rentáveis para a farmácia, sugestões de melhoria, material informativo para a equipa, circulares informativas, listas de formações, entre outros que sejam do interesse e que se encaixem no processo de melhoria progressiva. Assim, os colaboradores devem retirar alguns minutos do seu dia, de preferência em parceria com outro membro, de modo a avaliar todas as informações presentes no quadro e rubricar todos os dados novos. Após todos os colaboradores rubricarem e avaliarem o conteúdo da comunicação interpessoal, este é armazenado numa pasta destinada a esse efeito.

Durante o meu período de estágio, efetuei a verificação diária deste quadro, muitas vezes em conjunto com os membros da farmácia, de forma a inteirar-me sobre os assuntos de maior importância, bem como realizar as tarefas que me eram destinadas.

1.4.2.5. ZONA TÉCNICA

A zona técnica é um pequeno local que detém o material informático principal da FF, como o servidor e impressora fiscal. O "bunker", como é denominado pelos membros da equipa da FF, é também um local de arrumação onde são colocados materiais de campanhas, sacos para armazenamento de medicamentos para facultar aos utentes, ofertas para os clientes, adereços de montras, entre outros.

1.4.2.6. ESCRITÓRIO DO DIRETOR TÉCNICO

A FF possui um escritório onde o DT se reúne com pessoas externas à FF, de forma a ter uma maior privacidade e conforto. É também neste local que existe alguma bibliografia científica que pode ser consultada a qualquer momento, para que a equipa tenha suporte científico e fidedigno em caso de alguma dúvida ou questão.

1.4.2.7. LABORATÓRIO/COPA

O laboratório da FF é um local versátil, funcionando como local de Preparação Individualizada da Medicação (PIM), preparação de Medicamentos Manipulados (quando solicitado) e até local de armazenamento de matérias primas usadas na preparação dos manipulados. Neste local encontram-se ainda estantes que armazenam os medicamentos das instituições com as quais a FF colabora, bem como as "pillbox`s" pertencentes aos diferentes utentes que usufruem da PIM. Por último, é também neste local que existem cacifos onde os colaboradores da FF guardam os seus pertences, bem como um micro-ondas, um frigorífico e bancos para uso interno.

1.5. REDES SOCIAIS

As redes sociais ocupam um lugar cada vez mais importante e útil na vida de qualquer pessoa e estabelecimento, sendo um meio para publicitar os serviços e fazer crescer o negócio e conhecimento.

A FF não é exceção e, como tal, usa as redes sociais *Facebook*© e *Instagram*© para publicitar as suas campanhas e serviços, como também material que enriquece a literacia em saúde dos seus seguidores, contribuindo para uma maior proximidade com os utentes.

Durante o meu estágio, tive a oportunidade de auxiliar na criação de material digital para as redes sociais da FF, nomeadamente na criação de pósteres alusivos a épocas festivas, como o Natal, o dia da Mulher e o dia do Pai, bem como a criação de texto para publicações comemorativas como o dia mundial do dador de sangue, ou o dia mundial da saúde oral.

1.6. CARTÃO SAÚDA

As Farmácias Portuguesas® possuem um cartão de fidelização, o Cartão Saúda, que permite a acumulação de pontos na aquisição de produtos e dispositivos de saúde, onde a atribuição de pontos é de um ponto por cada euro gasto. Estes pontos que se vão acumulando, podem ser rebatidos em produtos de Saúde e Bem Estar, ou em vales de dinheiro (2€, 5€, 10€ ou 20€) a descontar na compra na FF. Este cartão oferece ainda campanhas de desconto que estão disponíveis no catálogo e no *site* das Farmácias Portuguesas®, ao acesso dos utentes que possuam o Cartão Saúda, bem como aos membros da família associados a esse mesmo cartão [7]. A FF é aderente às Farmácias Portuguesas® e, por isso, dispõem do Cartão Saúda para todos os utentes que se queiram fidelizar.

Durante o meu estágio, tive a oportunidade de registar vários utentes que se quiseram fidelizar ao cartão das Farmácias Portuguesas®, sendo uma mais valia para os mesmos devido aos descontos e benefícios que oferece.

1.7. SERVIÇOS PRESTADOS PELA FARMÁCIA FARIA

A FF dispõe de vários serviços prestados em prol do utente e das necessidades individuais de cada um, permitindo um acompanhamento personalizado e diversificado, o que torna a FF uma farmácia de referência e confiança no concelho de Santo Tirso.

1.7.1. DETERMINAÇÃO DE PARÂMETROS BIOQUÍMICOS E FISIOLÓGICOS

A FF apresenta dispositivos que permitem a avaliação da Pressão Arterial (PA), do Colesterol, dos Triglicerídeos e da Glucose capilar, como também o peso e altura corporal e IMC. Em primeiro lugar, a determinação da PA é dos parâmetros mais pedidos pelos utentes. Realiza-se num dos gabinetes privados e recorre-se a um tensíometro de braço, obtendo-se a PA e a Frequência Cardíaca. Devido à variabilidade destes parâmetros por interferência de comportamentos, questiona-se o utente sobre os hábitos alimentares mais recentes (se fumou ou ingeriu café, por exemplo) e se fez esforço físico à pouco tempo, aconselha-se ao descanso de alguns minutos. Posteriormente, realiza-se a

avaliação pelo menos duas vezes, e regista-se num cartão que permite a anotação de vários valores, fazendo com que o utente possa realizar uma monotorização frequente, e até facultar ao médico.

Em segundo lugar, a determinação de Colesterol, Triglicerídeos e Glucose Capilar, realiza-se através da técnica de punção capilar, também no gabinete privado, através de *kit`s* específicos para cada determinação. Por ser uma aferição que envolve fluídos biológicos, é necessário um maior rigor e medidas de higiene e segurança rigorosas, havendo a necessidade do uso de solução alcoólica a 70%, luvas e material de determinação descartável (tiras e lancetas). Em seguida, são anotados os valores em cartões assinalados para o efeito. Por último, a avaliação do peso, altura e IMC, é realizada pelos utentes de forma autónoma, através de uma balança digital e automática que se encontra na área de atendimento descrita no ponto 1.4.2.1. Assim, os colaboradores da FF, com o devido conhecimento dos valores de referência característicos de cada determinação, são capazes de auxiliar os utentes, na aquisição de medidas não farmacológicas que lhes permita melhorar o seu quotidiano, como por exemplo, estimular a prática de exercício físico e alimentação saudável, assim como encaminhar os mesmos para consultas médicas, se assim for pertinente.

No período de estágio na FF, tive a oportunidade de realizar por diversas vezes a medição da PA em utentes de diversas faixas etárias e contribuir para a literacia em saúde sugerindo formas de melhorar os seus hábitos alimentares e físicos. Contudo, no que diz respeito às medições dos restantes parâmetros, apenas visualizei uma vez, dado que o meu horário ao longo dos seis meses foi das 13h às 20h, o que me impediu de realizar por incompatibilidade de horário, dado que as mesmas são realizadas de preferência em jejum e de manhã.

1.7.2. DISPENSA DE MEDICAMENTOS PARA INSTITUIÇÕES

A FF é, mensalmente, responsável pela preparação da medicação de duas instituições de idosos: a Associação de Solidariedade Humanitária de Monte Córdova (ASHMC) e a S. Tiago - Associação de Solidariedade Social de Areias (STASSA). Os farmacêuticos designados para este serviço, seguem o guia terapêutico de cada utente em particular e realizam a PIM, que é devidamente verificada antes do envio. Desta forma, previnem-se os Problemas Relacionados com a Medicação (PRM) que dão origem a outras patologias que podem ser evitadas desta forma. Para além dos anteriores, a FF fornece medicação a unidades de ação social da Santa Casa da Misericórdia, como o Lar José Luís D`Andrade e o Lar Dra. Leonor Beleza, em alternância com as restantes FC da cidade. Por último, a FF realiza também o fornecimento de medicamentos para algumas instituições privadas.

Durante o período de estágio, auxiliei na preparação de encomendas das instituições acima referidas, que eram pedidas através do correio eletrónico da FF, assim como visualizei e conferi ocasionalmente a PIM das mesmas.

1.7.3. Dispensa de Medicamentos Hospitalares

A Operação Luz Verde corresponde a uma iniciativa que reúne a Ordem dos Farmacêuticos e a Ordem dos Médicos que, em articulação com os distribuidores farmacêuticos, e permite a chegada de medicamentos hospitalares à FC escolhida pelos utentes, a custo zero.

Esta parceria surgiu com a necessidade de se evitar deslocações desnecessárias devido à pandemia da Covid-19, permitindo o acesso à medicação hospitalar de doentes portadores de Esclerose Múltipla, VIH (Vírus da Imunodeficiência Humana) /SIDA, Doenças Oncológicas, entre outras, numa maior proximidade [8]. A FF aderiu a este projeto, contando já com diversos doentes a requisitarem a mesma para dispensa de Medicamentos Hospitalares.

Durante o período de estágio, acompanhei ocasionalmente a dispensa de Medicamentos Hospitalares. Este serviço é, na minha opinião, uma mais valia para os utentes e deveria ser aplicado de forma continuada, e não apenas em contexto de Pandemia, uma vez que se poderia evitar deslocações desnecessárias a utentes que, muitas vezes, se encontram fragilizados e dependentes.

1.7.4. Preparação Individualizada da Medicação (PIM)

A PIM carateriza-se pela correta organização das formulações farmacêuticas sólidas orais, de acordo com uma prescrição ou guia terapêutico, em instrumentos de múltiplos compartimentos, de forma a utilizar correta, segura e efetivamente o medicamento. Este serviço pode ser aplicado a instituições séniores ou a pessoas singulares que demonstrem dificuldades nas tomas diárias, em pessoas polimedicadas ou outras situações que se justifiquem [9]. A FF, como já referido no ponto anterior, para além de realizar a PIM às instituições indicadas, efetua também a alguns utentes que, pela dificuldade na adesão e gestão da terapêutica, requisitaram o serviço.

1.7.5. Administrações de medicamentos injetáveis e vacinas

A administração de injetáveis e vacinas pode ser realizada desde que exista competência para tal, pelo que é recomendado o diploma de curso de componente teórica e prática, em administração de injetáveis e validado pela Ordem dos Farmacêuticos [10]. A FF possui quatro farmacêuticos com formação certificada para a realização deste serviço. Contudo, a administração de injetáveis não é muito requisitada, apenas tendo tido maior procura na época de Vacinação da Gripe.

1.7.6. Entregas ao domicílio

O serviço de entregas ao domicílio é um serviço muito requisitado pelos utentes da FF, uma vez que obtêm todos os produtos necessários no conforto do seu lar, bem como todas as informações relevantes para a correta administração e adesão à terapêutica. Geralmente, os pedidos são feitos por mensagem ou telefone, recorrendo ao envio de prescrição médica ou fornecimento dos dados da prescrição, no caso de MSRM. Após a receção do pedido, é registado em sistema informático de forma a organizar e rastrear todos os pedidos. Posteriormente, é faturado e colocado numa estante destinada para o efeito, e entregue de acordo com o horário estipulado com o utente.

Realizei constantemente a preparação de domicílios, assim como o aconselhamento personalizado ao telefone. Foi através deste serviço que iniciei o meu contacto com o público, contribuindo para o meu desenvolvimento profissional de forma muito positiva numa etapa primordial do estágio.

1.7.7. "COLLECT AND GO"

O serviço "Collect and Go" é uma iniciativa recentemente desenvolvida pela FF, sendo uma inovação e a única da cidade de Santo Tirso a efetuá-la. Trata-se de um projeto onde os utentes podem realizar um pedido de medicação ou outro produto, efetuar o pagamento por transferência bancária ou *Mbway*® e recolher no parque de estacionamento da FF, sem necessitar de sair do veículo, e tendo todo o profissionalismo e acompanhamento como se estivesse ao balcão de atendimento.

Acompanhei desde o início a implementação deste projeto, tendo realizado algumas encomendas que foram entregues com sucesso aos utentes. Por ser muito recente, ainda não tem muita afluência, mas será sem dúvida uma mais valia para os utentes, principalmente em contexto de pandemia.

1.7.8. VALORMED

Os medicamentos e as suas embalagens devem ser rejeitados de forma responsável e sob controlo, de forma a sofrer o tratamento adequado e sustentável. A VALORMED é uma instituição sem fins lucrativos que disponibiliza contentores para gerir resíduos de embalagens vazias e medicamentos fora de prazo de validade ou sem uso [11,12]. A FF corresponde a um ponto de recolha destes resíduos através dos referidos contentores, que quando se encontram cheios, são entregues aos distribuidores grossistas, que por sua vez, reencaminham para as entidades responsáveis pela reciclagem e tratamento.

Fui observando que os utentes da FF têm um sentido de responsabilidade e altruísmo para com o ambiente, uma vez que foram inúmeras as vezes que me foram entregues produtos para colocar no VALORMED.

1.7.9. OUTROS

A versatilidade e proximidade com os utentes, fazem da FF um local de cada vez maior procura pelos seus serviços. Para além dos serviços detalhados nos tópicos anteriores, a FF possui ao dispor do utente as consultas de Podologia, Nutrição e Fisioterapia, sob marcação prévia. Pontualmente, são ainda realizados rastreios dermatológicos com delegadas especializadas de diferentes marcas (Caudalie®, Filorga®, Martiderm®, Cantabria®, entre outras), em formato presencial ou em regime de teleconsulta. Tendo por objetivo uma contribuição ativa em estudos nacionais, de forma a compreender as necessidades de saúde e medicação da população em geral, a FF participa em diversos estudos realizados pelo Centro de Estudos e Avaliação em Saúde (CEFAR) da Associação Nacional de Farmácias (ANF).

Um dos estudos que acompanhei desde o início foi o estudo sobre a frequência de asma difícil de tratar nas FC em Portugal. O objetivo deste estudo era recrutar utentes que apresentassem uma terapêutica específica decretada nos critérios de inclusão, como o caso de um corticoide isolado inalado ou em associação com um β2-agonista de longa duração, o uso de modificadores de leucotrienos, entre outros.

Após analisar os critérios e confrontar com determinados utentes que apresentavam a medicação detalhada pelo CEFAR, como sendo para tratamento da asma difícil, recrutei três utentes para o referido estudo. Depois de ser preenchido um questionário, esses utentes foram posteriormente entrevistados por telefone por membros do centro de estudos de forma a perceberem certos dados da patologia. Assim, a FF contribuiu para as estatísticas do estudo de forma positiva, e também foi muito útil para o meu percurso em particular, uma vez que contribuiu para contactar de uma forma próxima com a realidade de um asmático, bem como compreender a dinâmica dos projetos CEFAR, acumulando competências para um futuro próximo.

2. GESTÃO E ADMINISTRAÇÃO DA FARMÁCIA FARIA

2.1. GESTÃO DE STOCKS

Um bom funcionamento de uma FC tem por base uma boa gestão e controlo de stocks, de forma a haver disponibilidade imediata de produtos para os seus utentes, assim como não originar desperdício, garantindo rotatividade. É fulcral que exista um equilíbrio entre uma quantidade máxima e mínima de produtos, que é estabelecida pela média de dispensas mensais ou mesmo sazonalidade, de modo a não originar ruturas de produtos. A FF recorre ao Sifarma® 2000 para monitorizar os stocks de produtos, podendo verificar a quantidade de cada produto, o histórico de movimentos (entradas, saídas e operador responsável) e ainda estabelecer um stock mínimo e máximo possível de realizar na "Ficha do produto". Assim que o stock mínimo é atingido, é gerada uma encomenda automática no SI, que tem de ser validada por um operador, de modo a tornar-se efetivada. Desta forma, a equipa da FF tem um papel ativo na gestão de produtos, para além da procura frequente de medicamentos que se encontram esgotados para que cheguem aos seus utentes de uma forma breve para satisfazer as suas necessidades.

Durante o período em que realizei o estágio, registou-se uma rutura de Victan®, uma benzodiazepina muito prescrita pelos médicos para tratamentos de ansiedade. Impossível de obter pelos meios habituais de realização de encomendas, procedeu-se frequentemente à tentativa de realização de encomendas de Victan®, por telefone, obtendo-se com sucesso algumas embalagens que eram dispensadas aos utentes. De forma a haver justiça e boas práticas de gestão, e dada à elevada procura, foi criada uma lista de reservas de Victan®, sendo satisfeita por ordem de reserva.

2.2. GESTÃO DE ENCOMENDAS E FORNECEDORES

2.2.1. FORNECEDORES

O fornecimento de medicamentos é, na sua maioria, realizado por distribuidores grossistas e pela existência de uma diversidade de distribuidores a nível nacional. A escolha do fornecedor passa pela análise do que mais benefícios e rapidez de disponibilidade traz à farmácia, mediante as quantidades a encomendar, urgência do produto e descontos comerciais. Assim, os principais fornecedores da FF são a Cooprofar® (Cooperativa dos Proprietários de Farmácia), a Alliance Healthcare® e a Medicanorte®.

Diariamente são realizadas encomendas à Cooprofar® e Alliance Healthcare®, procedendo à entrega duas vezes por dia. Semanalmente a Medicanorte entrega produtos específicos ou que, por ventura, estejam esgotados nos outros armazenistas ou que ofereça melhores condições comerciais. Para além disto, devido à parceria que a FF possui com duas FC, a Farmácia S.Torcato e Farmácia do Parque, pela sociedade comercial que possuem, realizam encomendas em conjunto aos diferentes armazenistas. Isto traz bonificações e melhores condições comerciais para o grupo de FC.

2.2.2. REALIZAÇÃO DE ENCOMENDAS

O circuito de realização de encomendas baseia-se essencialmente em encomendas diárias, encomendas instantâneas, diretamente aos laboratórios ou excecionalmente por "Via Verde". As encomendas diárias são realizadas automaticamente pelo SI quando o stock de medicamentos se situa abaixo do seu mínimo. Antes de se proceder ao envio para os fornecedores, os colaboradores da FF analisam os dados do pedido automático e confrontam com as necessidades diárias da farmácia ou período sazonal de maior procura de um dado produto. As encomendas instantâneas são realizadas essencialmente durante o atendimento ao público, quando as necessidades do utente não são correspondidas no momento. Frequentemente, os utentes preferem realizar a reserva faturada de um dado produto, procedendo ao levantamento do mesmo posteriormente. As encomendas realizadas aos laboratórios são realizadas normalmente em grande quantidade e de forma menos frequente, de modo a que permita descontos comerciais e outras vantagens para a farmácia. Este tipo de encomendas verifica-se para diversos laboratórios, entre os quais a Zentiva® e Pharmakern®, por exemplo.

As encomendas realizadas por "Via Verde" são realizadas de forma excecional quando um dado medicamento entra em rutura de stock e um determinado utente não pode interromper a terapêutica. Assim, existe uma via de fácil acesso criada pela Ordem dos Farmacêuticos de modo a prevenir o esgotamento de certos medicamentos e suspensão de tratamentos essenciais para os utentes [13]. Por último, existe ainda a possibilidade de efetivar encomendas através de telefone aos armazenistas, quando se trata de um produto específico, ou aos delegados dos laboratórios. Para além do mais, as FC de Santo Tirso procedem ao empréstimo pontual de medicamentos ou outros produtos entre si, permitindo uma fonte rápida onde recorrer em caso de necessidade urgente. Os mesmos produtos são devolvidos à origem logo que a encomenda é rececionada.

Ao longo do meu período de estágio, o maior contacto com encomendas foi durante o atendimento ao público, tendo realizado diversas encomendas instantâneas de forma autónoma para satisfazer as necessidades do público. Para além disto, contactei por várias vezes as farmácias vizinhas para requisitar algum medicamento urgente para os utentes, procedendo à devolução no dia seguinte. No que diz respeito às encomendas diárias e diretas aos laboratórios, não contactei diretamente, tendo apenas acompanhado os colaboradores da FF na sua realização.

2.2.3. Receção e Verificação de Encomendas

As encomendas chegam à FF colocadas em banheiras ou caixas de cartão devidamente identificadas e acompanhadas de fatura ou guia de remessa, que detalham os produtos contidos e número de encomenda. Antes de se proceder à receção de encomendas, as caixas que as armazenam são colocadas em locais específicos com o intuito de todos os colaboradores terem conhecimento que não se encontra rececionada ou para os motoristas dos armazéns saberem que não podem levantar os respetivos reservatórios. Todavia, procede-se logo à colocação dos produtos que precisam de refrigeração no frigorífico, sendo estes os primeiros a dar entrada na zona de encomendas.

A FF recorre, mais uma vez, ao Sifarma® 2000 para receber os pedidos no separador "Receção de Encomendas". Este processo inicia-se pela seleção da encomenda através do número identificativo na fatura. Posteriormente, depois de tornar e encomenda disponível para entrada no SI, introduz-se o número do documento e o valor do pedido e realiza-se a verificação dos produtos um a um, recorrendo o leitor de código de barras ou, quando este é inexistente, através da introdução manual do Código Nacional do Produto (CNP). É nesta fase que que se faz a observação dos stocks existentes na farmácia, sendo estes colocados em locais distintos, numa mesa de suporte à zona de armazém, sendo stock 0, 1, 2 ou mais de 3 respetivamente. Quando se verifica um stock negativo, significa que está pago e reservado a algum utente, sendo colocado no local "Pagos" da mesa, para posterior tratamento. Para além disto, é essencial verificar os prazos de validade consoante se vá dando entrada dos produtos, substituindo em sistema nos casos em que a validade do produto chegado é inferior aos existentes na farmácia ou no caso de se tratar de um produto novo. É também um passo deste procedimento o confronto de Preços Impressos nas Caixas (PIC) com as existentes em sistema, sendo que se se detetar algum MSRM com PIC desatualizado, deve ser escoado primeiro antes de se proceder à alteração em SI. De seguida, verificam-se os Preços de Venda à Farmácia (PVF), e entre outros, o Preço de Venda ao Público (PVP), que de acordo com as condições comerciais aplicadas e margens de lucro pode sofrer alterações. Estes produtos que necessitam de etiqueta de PVP, são colocados no respetivo espaço da mesa intitulado de "Aguarda Etiqueta", junto ao local do respetivo stock. Terminadas estas operações, o valor indicado em SI deve ser o mais próximo possível do valor apresentado na fatura para se poder dar a encomenda por finalizada. Quando existe falta de produtos, estes são direcionados para outros fornecedores. No caso de se tratar de substâncias psicotrópicas ou benzodiazepinas, é necessário guardar o código de receção, de modo a obter um maior controlo. Finalmente, após receção de toda a encomenda, procede-se à impressão das etiquetas, que devem ser coladas nos produtos sem

PIC e colocadas no respetivo local da mesa de acordo com o inventário individual de cada produto, de modo a ser posteriormente armazenado.

Tive oportunidade de observar a receção de encomendas desde o meu primeiro dia de estágio. Posteriormente, deram-me a possibilidade de rececionar encomendas de forma autónoma ocasionalmente. Assim, pude compreender a importância que a receção de encomendas traz para as FC em termos de organização e, até, gestão de prazos de validade, sendo um processo que exige uma responsabilidade e atenção acrescidas.

2.2.4. Gestão de Devoluções e Reclamações

As devoluções dos produtos são efetuadas por diversos motivos: embalagens danificadas, falta de produtos, erros de pedido durante o atendimento ao público ou até produtos que são enviados que não estão apresentados na fatura, dando também origem a reclamações que são efetuadas por telefone. Frequentemente é necessário efetuar devoluções de produtos que tenham sido retirados pela Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de SAÚDE, I. P. (Infarmed, I. P.) Para a realização da gestão de devoluções, recorre-se ao Sifarma® 2000.

No separador "Gestão de Devoluções", gera-se uma Nota de Devolução onde estão presentes o fornecedor, o produto, a quantidade, o número da fatura de origem do mesmo e o motivo da devolução. No fim deste processo, o fornecedor é notificado para recolha do produto e a Nota de Devolução impressa em triplicado, de modo que o original e duplicado acompanham o produto, devidamente assinado e carimbado pelo colaborador da FF, e o triplicado é arquivado na farmácia. Todavia, no que diz respeito à gestão de devolução, existem dois cenários possíveis: por um lado, o fornecedor recebe a devolução do produto e emite uma nota de crédito que é regularizada em SI ou substitui o mesmo, dependendo das situações; por outro lado, o fornecedor recusa a devolução e, neste caso, o produto volta a farmácia e é reintegrado no inventário, ocorrendo prejuízo para a mesma.

Durante o meu estágio, tive oportunidade de realizar algumas reclamações, via telefone, de forma geral, de produtos que tinham sido encomendados e não enviados. Para além disto, observei frequentemente a realização de devoluções e a sua posterior regularização. Numa etapa posterior, realizei algumas devoluções de produtos de forma autónoma, permitindo-me conhecer o todo processo.

2.2.5. Gestão de Reservas

As reservas de produtos são realizadas, na sua maioria, quando os mesmos não estão disponíveis na farmácia no ato de dispensa. Nestes casos, os utentes são informados da data prevista de entrega da encomenda e, se pretenderem reservar sem faturar, são recolhidos os dados do utente e colocados na "Ficha do Produto" de forma ao colaborador que recebe a encomenda ter conhecimento que está destinado a uma dada pessoa. Normalmente, as reservas não faturadas são armazenadas durante cinco dias, ou dois no caso de medicamentos em rutura de stock, sendo que se no fim deste prazo o utente é contactado e se, mesmo assim, não proceder ao seu levantamento, o produto é integrado inventário da farmácia para disposição de todos os utentes. Contudo, a grande maioria dos utentes, deparando-se

com a inexistência de um dado medicamento, procedem à encomenda e respetivo pagamento, sendo emitido um talão de "Reserva Faturada" no NMA, para posterior levantamento. A FF dispõe de uma área isolada do restante armazém, onde coloca todas as reservas de produtos, sendo de fácil localização no momento de atendimento e requisição por parte do detentor de reserva.

Durante o meu período de estágio, realizei diversas reservas de produtos durante o atendimento ao público, principalmente de reservas que os utentes deixavam pagas para levantar no dia seguinte. Muitas das vezes fiquei encarregue de contactar os utentes a informar da chegada dos produtos à farmácia, assim como da gestão de medicamentos pagos no SI.

2.3. ARMAZENAMENTO

Uma boa organização e armazenamento de produtos é essencial para um fácil acesso aos medicamentos no ato de dispensa, assim como para a manutenção das condições ideais de conservação. A FF aplica algumas filosofias de gestão e controlo de forma a que os medicamentos cheguem nas melhores condições aos seus utentes. Por um lado, os medicamentos com prazos de validade detalhados na embalagem são os primeiros a ser escoados, seguindo a metodologia de FEFO.

Por outro lado, os produtos que não apresentam prazo de validade na embalagem são colocados de modo que os que existem à mais tempo na farmácia, são os primeiros a serem selecionados para dispensa ao utente. Segue, por isso, a filosofia "First In, First Out" (FIFO). Para além disto, é importante manter um correto controlo de parâmetros como a temperatura, a humidade e até a luz, de maneira a que os produtos de saúde não se degradem e percam as suas ações terapêuticas. Assim, a FF mantém uma temperatura inferior a 25ºC e humidade inferior a 60% nos locais de armazenamento, bem como uma temperatura de 2ºC a 8ºC exigida pelos medicamentos termolábeis no frigorífico, comprimindo as normas em vigor. A monitorização dos parâmetros referidos é efetuada com recurso a 3 termohigrómetros distribuídos pelo espaço de armazém [4, 15].

A tarefa de armazenamento e organização foi uma das que efetuei desde o início do estágio curricular, contribuindo para a familiarização com todo o inventário presente, sendo uma mais valia, numa fase posterior de atendimento, uma vez que me permitiu saber a localização do mesmo no ato de dispensa.

2.4. GESTÃO DE PRAZOS DE VALIDADE

Todos os medicamentos ou produtos existentes na FC devem ser controlados de forma a chegar ao utente nas melhores condições e dentro do prazo de validade estipulado. De acordo com as normas existentes, os medicamentos que expirem o prazo de validade no intervalo de dois meses, devem ser imediatamente retirados da zona comercializável [14, 15,16]. A FF, cumprindo tudo o que é suposto, emite mensalmente listagens, geradas pelo SI, de todos os produtos que estão em vias de expirar o prazo de validade dentro de dois meses. Posteriormente, são verificados um a um, sendo que os que estão mais próximos de terminar são devolvidos ao respetivo fornecedor e os restantes são sinalizados para serem escoados em primeiro lugar.

Desde o primeiro mês da presença na FF que auxiliei nesta tarefa, sendo responsável por recolher os produtos que se encontram em aproximação do fim do prazo de validade.

3. DISPENSA DE MEDICAMENTOS E PRODUTOS FARMACÊUTICOS

A dispensa de medicamentos e/ou produtos de saúde corresponde ao ato profissional e responsável que os farmacêuticos possuem aquando da cedência dos mesmos. A dispensa do medicamento não passa pela simples entrega das embalagens, mas pela avaliação da medicação em si, tanto perante prescrição médica, tanto em casos de automedicação, seguida do fornecimento de informações de modo a promover a correta adesão à terapêutica [14,16,17].

No ato de dispensa, o farmacêutico deve informar o regime posológico de forma simples e clara para o utente, bem como efetuar uma espécie de entrevista de modo a detetar eventuais interações farmacológicas e prevenir PRM, que estão muitas vezes associados a maiores custos que os próprios medicamentos, assim como também alertar para possíveis efeitos secundários e para a existência de possibilidades de medicamentos equivalentes e mais económicos [14,16,17].

Comecei a observar o funcionamento de atendimento ao público na minha segunda semana de estágio, tendo começado a efetuar atendimentos com supervisão a partir da terceira semana. Da semana seguinte até ao fim do estágio, realizei maioritariamente e exclusivamente atendimento ao balcão de forma mais autónoma possível. A equipa da FF esteve sempre presente para que em qualquer momento de dúvida, me prestassem auxílio. A ida precoce para o atendimento ao público foi, sem dúvida, uma mais valia para o meu futuro profissional, uma vez que me permitiu adquirir competências que me permitem auxiliar os utentes no ato de dispensa de medicamentos. Assim, o contacto com os utentes foi o que mais me deslumbrou, não só pela proximidade, mas pela marcada diferença que podemos fazer na vida dos utentes.

3.1. DISPENSA DE MEDICAMENTOS SUJEITOS A RECEITA MÉDICA

De acordo com o regime jurídico dos medicamentos de uso humano, são sujeitos a receita médica medicamentos que "possam constituir um risco para a saúde do doente, direta ou indiretamente", mesmo que usados corretamente para o fim a que se destinam; sejam usados para outros fins que não o pretendido e haja risco; "contenham substâncias, ou preparações à base dessas substâncias, cuja atividade ou reações adversas seja indispensável aprofundar" ou que "sejam administrados por via parentérica". Excetuando as situações previstas, a prescrição de medicamentos e outros produtos comparticipados tem de ser efetuada por meios eletrónicos, garantindo o rigor das várias soluções de prescrição médica eletrónica existentes. Assim, o "Ministério da Saúde regista e publica as declarações de conformidade das entidades responsáveis pelo desenvolvimento dos programas informáticos através dos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, E. P. E. (SPMS)" [18, 19].

Ao longo do estágio fui dispensando MSRM mediante apresentação de receita, tendo oportunidade de detetar que estes correspondem à maioria das dispensas realizadas diariamente.

3.1.1. RECEITAS MÉDICAS E VALIDAÇÃO

A Receita Médica (RM) é um "documento através do qual são prescritos, por um médico ou, nos casos previstos em legislação especial (…) um ou mais medicamentos determinados" [20]. De forma a que seja válida, a RM tem de apresentar a Denominação Comum Internacional (DCI) ou nome da substância ativa, assim como a forma farmacêutica, dosagem, apresentação, posologia e número de embalagens [19]. Contudo, é possível utilizar-se a prescrição de medicamentos por nome comercial, tendo por base exceções como a não existência de medicamentos similares, margem de terapia estreita ou casos particulares de histórico de reações adversas perante outros medicamentos com a mesma substância ativa e também em utentes que necessitem de realizar um dado tratamento com duração superior a 28 dias [19].

Atualmente, existem 2 tipos de RM: a receita eletrónica e a receita manual [17]. A receita eletrónica pode existir em suporte materializado ou em suporte desmaterializado, através de meios eletrónicos, adquirindo o nome de Receita Sem Papel (RSP)". As receitas materializadas, acessíveis e interpretáveis por SI e únicas que podem ser impressas, têm validade de 30 dias após a data de impressão, podendo ter validade de 6 meses desde que contenha três vias devidamente indicadas, no caso de tratamento de doenças crónicas. Apenas podem ser prescritas no máximo 2 embalagens para cada medicamento, num total de 4 medicamentos distintos, num total de 4 embalagens por receita. Se se tratar de um medicamento em dose unitária, podem ser prescritas 4 embalagens ou 12, distribuídos por 3 vias, para doenças crónicas. As receitas não materializadas, que chegam ao utente através de correio eletrónico ou mensagem telefónica, apresentam validade prolongada em relação à receita materializada. No caso de doenças que exigem tratamento de curto tempo, podem ser prescritas 2 embalagens até um prazo de 6 meses após a data de prescrição, ou de 6 embalagens para o mesmo prazo, para tratamentos mais prolongados. Excecionalmente, podem ser prescritas várias embalagens para um prazo de 12 meses, em situações de doença crónica controlada ou até ausência prolongada do país. Uma grande vantagem da RSP é o facto de se poder levantar a medicação de forma gradual e em farmácias diferentes, evitando deslocações desnecessárias do utente. Em ambos os tipos de prescrições eletrónicas existem o número de receita, o código de acesso e de opção, permitindo o fácil acesso e de forma automática ao SI. A modalidade de prescrição eletrónica é uma mais valia para o SNS, permitindo uma maior comunicação entre os subsistemas de saúde, maior segurança de dispensa de MSRM aos utentes e um maior controlo do levantamento da medicação, uma vez que o utente apenas pode levantar duas embalagens por mês de cada medicamento, ou quatro em caso de embalagem unitária, necessitando de justificações validadas pelo SI para requisição de mais embalagens [17,19].

Por outro lado, a receita manual apenas deve ser utilizada em ocasiões que se justifiquem, mediante colapso informático, deslocação ao domicílio, inadaptação do prescritor ou em casos em que o médico prescreva até quarenta receitas mensais. Perante uma receita manual, deve existir uma cuidada avaliação e verificação de todos os componentes importantes para que esta se torne válida. É necessário que esteja indicado o toda a informação do utente devidamente preenchida, entre as quais

o número de utente; é também essencial que esteja incluído a vinheta identificativa do prescritor, entidade financeira responsável, regime de comparticipação e ainda a identificação do medicamento de forma legível e por extenso, numa quantidade de 4 medicamentos distintos, limitado a 2 embalagens de cada. A validade destas receitas é de 30 dias a partir da data de prescrição e, para que haja a comparticipação às farmácias, requisita-se a ausência de rasuras, canetas e caligrafias diferentes. Assim, uma grande desvantagem das receitas manuais é a necessidade de se proceder ao levantamento de toda a medicação, exceto em casos de ausência de medicação por rutura de stock ou exigência por parte do utente em não processar a receita na íntegra [17].

Após a inserção manual da receita em SI, procede-se à impressão do verso, que deve ser assinado pelo utente de forma a dar reconhecimento da medicação aviada, seguindo-se o carimbo da farmácia e assinatura do colaborador responsável pela dispensa. Na FF as receitas manuais são organizadas por lotes numa gaveta, que é constantemente verificada de forma a facilitar o processamento do fecho do mês.

O atendimento ao público permitiu conhecer de perto a realidade das receitas médicas. Detetei que as receitas manuais são cada vez mais escassas, o que facilita a atividade farmacêutica no sentido de proporcionar ao utente uma maior segurança. Contudo, principalmente em utentes mais idosos, as receitas eletrónicas sem papel são de difícil acesso e perceção, pelo que grande parte das vezes procedi à impressão de um talão que lhes permitia ter acesso à medicação que faltava levantar, de uma determinada receita.

3.1.2. DISPENSA DE MEDICAMENTOS PSICOTRÓPICOS E ESTUPEFACIENTES

Entende-se por psicotrópicos e estupefacientes medicamentos que têm a sua ação direcionada para o sistema nervoso central, alterando a perceção, comportamento e o processamento mental, pelo que são indicados para doenças de foro psicológico, como depressão, défice de atenção ou até psicoses [23]. Apesar de serem extremamente úteis no tratamento de diversas doenças, são associados a dependência e tolerância, levando a atos ilícitos, tal como consumo e tráfico de drogas. Estes factos, deram origem à necessidade de se aplicar um controlo apertado destas substâncias, por forma a prevenir o uso destas substâncias psicoativas para fins de abuso e toxicodependência [17,22].

A prescrição de medicamentos psicotrópicos ou estupefacientes, que são detalhados em tabelas existentes no Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de Janeiro, seguem as regras de prescrição dos restantes medicamentos. Contudo, no caso de receitas eletrónicas, devem estar assinalados numa linha de prescrição de medicamentos sujeitos a controlo e, no caso de receitas manuais ou eletrónicas materializadas, devem ser prescritos de forma isolada, não contendo mais nenhum medicamento. No ato de dispensa há a obrigatoriedade de preenchimento dos dados do adquirente, sendo impresso um comprovativo de dispensa de psicotrópicos que deve ser armazenado na farmácia durante 3 anos. De modo a fazer parte do controlo das substâncias psicoativas, a FF procede ao envio mensal das receitas manuais e registo de dispensa das mesmas, bem como balanço anual de controlo de psicotrópicos ao INFARMED, I.P., cumprindo o estipulado pela lei [17,19,21,24].

Ao longo do período de estágio, realizei a dispensa de medicamentos psicotrópicos, sendo supervisionada numa fase inicial para realização de todo o processo de forma correta. Detetei que as prescrições destes medicamentos são direcionadas para diversas patologias ou transtornos, e ainda em casos de utentes portadores de dores crónicas.

3.1.3. MEDICAMENTOS MANIPULADOS

Um medicamento manipulado corresponde a uma fórmula elaborada magistralmente por um farmacêutico que, juntamente com o médico prescritor, garante a eficácia e segurança do mesmo para o utente [17,26, 27]. Perante a prescrição de um manipulado, o farmacêutico deve garantir o fornecimento de matéria prima necessária e que conste obrigatoriamente na Farmacopeia Portuguesa ou Farmacopeia Europeia [17,26, 27].

Seguindo as boas práticas de fabrico, procede-se à manipulação da forma magistral, procedendo-se ao registo de todo o procedimento, bem como material e excipientes usados, nome do utente, data de preparação, lote, entre outras informações, numa "Ficha de Preparação". Depois de preparado, o medicamento manipulado deve ser devidamente acondicionado e rotulado com informações detalhadas sobre a identificação da farmácia e do DT, via de administração, dosagem, nome da formulação, data de preparação, prazo de validade e nome de utente, bem como a forma como deve ser conservado e manuseado. Por último, procede-se ao cálculo do PVP, que se baseia numa fórmula fornecida pela legislação portuguesa, que consiste na soma do valor dos honorários em vigor, com o valor das matérias-primas e o valor dos materiais de embalagem, seguindo-se a multiplicação da anterior parcela por 1,3, não esquecendo ainda a multiplicação do valor do IVA à taxa em vigor (6%) [17,27, 30]. Todavia, existem medicamentos manipulados que podem ser comparticipados pelo SNS em 30%, desde que prescritos pelos códigos oficiais atribuídos pelo INFARMED, I.P. [28].

Na FF a formulação de medicamentos manipulados é realizada na sua maioria pelo Dr. David Costa. Perante uma prescrição médica de uma "Solução Alcoólica (70%) de Ácido Salicílico e Resorcina", fui capaz de auxiliar na sua preparação, juntamente com o Dr. David, tendo posteriormente efetuado o cálculo de PVP e preenchido a Ficha de Preparação e rotulagem.

3.2. REGIMES DE COMPARTICIPAÇÃO, SISTEMAS DE PREÇOS DE REFERÊNCIA E SUBSISTEMAS DE SAÚDE

A legislação atual portuguesa vigora regimes de comparticipação do medicamento, contribuindo para melhorar o acesso ao medicamento, em particular às pessoas com menores condições monetárias para o adquirirem, tendo a vantagem de pagar apenas uma pequena parte do PVP. Estão, portanto, compreendidos dois regimes de comparticipação: o regime geral e o regime especial [25]. O regime geral de comparticipação é efetuado tendo por base a aplicação de escalões (A, B, C, D), definidos de acordo com a classificação farmacoterapêutica do medicamento, dendo que cada escalão corresponde a uma percentagem paga pelo estado português (95%, 69%, 37%, 15%, respetivamente) [25].

O regime especial de comparticipações é utilizado em duas grandes vertentes. Por um lado, em função dos beneficiários, aplica-se em utentes cujos rendimentos anuais não excedem 14 vezes o

salário mínimo nacional, levando ao incremento de comparticipação de 5% no escalão A e 15% nos restantes, ou ainda de 100 % no total dos escalões, para os medicamentos cujos PVP "correspondam a um dos cinco preços mais baixos do grupo homogéneo em que se inserem, desde que iguais ou inferiores ao preço de referência desse grupo", isto é, se o utente escolher outro medicamento com PVP mais elevado que o medicamento de referência, tem de efetuar o pagamento do acréscimo [25]. O preço de referência dentro de cada grupo homogéneo, coincide com o PVP mais elevado do medicamento genérico que integre esse mesmo grupo [25]. Por outro lado, o regime especial de comparticipação é também efetuado a doentes portadores de doenças como artrite reumatoide, diabetes, ou em consequências de doenças, como a ostomia, entre outros [19,25].

Em simultâneo com a comparticipação efetuada pelo SNS, existem ainda subsistemas privados aos quais os utentes podem aderir. Aquando da dispensa de medicamentos passíveis de serem comparticipáveis, os aderentes a estes Subsistemas de Saúde Privados (SSP) fornecem o número de beneficiário, sendo posteriormente impresso um talão onde consta a medicação levantada pelo utente, devendo ser assinado pelo mesmo e, posteriormente, armazenado na farmácia para fins da faturação mensal. Exemplos de subsistemas incluem o Serviço de Assistência Médico-Social (SAMS), EDP Savida®, Caixa Geral de Depósitos, Multicare®, entre outros.

Antes de efetuar atendimento ao público, foi explicada toda esta informação, contribuindo para uma maior facilidade de inserção de plano de comparticipação em SI.

3.3. FATURAÇÃO E RECEITUÁRIO

Numa FC, quando ocorre a dispensa de medicamentos comparticipados pelo SNS, é gerado o desconto automático sobre o PVP. Contudo, o valor das comparticipações realizadas só é pago às farmácias num momento posterior. No caso das receitas eletrónicas, o processamento das comparticipações é facilitado, uma vez que há a comunicação automática através dos SPMS. No que diz respeito às receitas manuais, depois de cuidadosamente verificadas e validadas, são carimbadas e assinadas pelos respetivos colaboradores responsáveis pela dispensa, sendo organizadas por organismo de atribuição da comparticipação e por lotes contendo 30 receitas [30].

No final de cada mês, a FF realiza o fecho do receituário recorrendo ao Sifarma® 2000. Neste processo é impresso um verbete de identificação de cada lote, onde constam o PVP associado, o valor de comparticipação e o valor pago pelo utente, seguindo-se o fecho dos lotes com a respetiva emissão da "Relação de Resumo de Lotes" e das faturas. A documentação relativa à comparticipação pelo SNS é enviada ao Centro de Conferência de Faturas, sendo a restante enviada para a ANF que é responsável pelo envio da documentação restante para as diferentes entidades responsáveis pelos SSP. Perante a aceitação de todos os documentos pelas respetivas entidades, a farmácia recebe o valor total das comparticipações aplicadas.

Ao longo dos meses de estágio, verifiquei por diversas vezes as receitas, bem como se se encontravam válidas. Tive ainda a oportunidade de assistir por algumas vezes o fecho do receituário.

3.4. Dispensa de Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica e Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica de dispensa Exclusiva em Farmácia

Os medicamentos não sujeitos a receita médica são todos os que não estão descritos no ponto 3.1. e, regra geral, não são comparticipados. São medicamentos com perfil de segurança bem definido, que se destinam ao tratamento de males menores de saúde e com períodos curtos de utilização, podendo ser encontrados em outros locais que não farmácias [20]. Os Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica de dispensa Exclusiva em Farmácia (MNSRM-EF) são uma subcategoria dos MNSRM e tratam-se de medicamentos sujeitos a receita médica que podem ser dispensados em FC sem prescrição médica se a DCI estiver mencionada no Regulamento dos MNSRM-EF e desde que cumpram as diretrizes do protocolo de dispensa presente no mesmo [31,32].

O processo pela qual o farmacêutico se compromete a dispensar um MNRM ou MNRM-EF, seguindo os protocolos decretados pelo INFARMED, I.P., com fim a solucionar problemas menores de saúde denomina-se de Indicação Farmacêutica. Neste sentido, é importante que o farmacêutico estabeleça uma clara comunicação de modo a perceber os sintomas apresentados e caraterísticas fisiopatológicas do utente por fim a tomar a melhor decisão possível para resolução do problema. Como profissional de excelência que é, o farmacêutico deve oferecer todos os serviços necessários e que se justifiquem e perante suspeita de que não se trate de patologia menor de saúde, o utente deve ser direcionado para o médico [17,33]. Assim, o serviço se indicação farmacêutica tem como missão prestar auxílio próximo dos utentes, com a maior segurança e rigor possíveis, contribuindo para a literacia em saúde e evitando PRM que ocorrem muitas vezes por consequência de automedicação desgovernada.

Ao longo dos 6 meses de estágio tive oportunidade de realizar o serviço de indicação farmacêutica de forma autónoma em diversas patologias. Os transtornos menores mais frequentes que pude detetar, foram os de foro muscular, nomeadamente dores musculares nas costas ou mesmo dores nas articulações, dispensando MNSRM para o efeito. Salientando uma situação em particular, uma utente dirigiu-se à farmácia com dores nos ouvidos e requisitou algo para as dores. Após uma breve entrevista, onde questionei sobre a dor ao toque no ouvido, a existência ou não de febre e a duração da patologia, conclui que a utente poderia ser portadora de uma otite, e que o anti-inflamatório ou analgésico não a iria tratar, apenas mascarar uma possível infeção, pelo que a reencaminhei para o médico. O diagnóstico de otite foi, posteriormente, confirmado tendo a utente se deslocado à farmácia para levantar uma prescrição de um antibiótico para o tratamento da mesma. Desta situação percebi a importância deste serviço na vida do utente, evitando o agravamento de patologias que se podem tornar graves.

3.5. Aconselhamento e dispensa de outros produtos de saúde

A FC dispõe da existência de vários produtos que vão para além de medicamentos. Medicamentos de Uso Veterinário, Suplementos Alimentares, Produtos de Cosmética, Produtos de Higiene, Produtos de Bebé e brinquedos e Dispositivos Médicos, entre outros, correspondem a uma grande variedade

que faz parte do inventário da FF. Os grandes investimentos da FF são nas categorias "Bebé e Mamã", onde se distingue claramente das restantes farmácias da cidade, pela variedade e *stock* de produtos, como cremes, brinquedos, fraldas, toalhitas e leites, e ainda na categoria de Produtos Cosméticos, possuindo das melhores marcas do mercado ao dispor dos utentes. Recentemente, a FF tornou-se uma Farmácia Apoteca Natura, tendo disponível uma gama de produtos naturais que opta essencialmente pela prevenção de patologias, dispondo de produtos direcionados para o cuidado da pele, cuidado das vias respiratórias, cuidado do sistema cardíaco, entre outros.

A equipa da FF, sempre presente, preparou-me para o aconselhamento em diversas áreas. Em particular, por consequência da pandemia, tive oportunidade de realizar aconselhamento na área da cosmética com frequência em pessoas que adquiriram acne derivado do uso continuado de máscara. Destaco ainda a oportunidade de realizar aconselhamento de suplementos alimentares de reforço do sistema imunitário tendo em conta as necessidades dos utentes em particular. No que diz respeito a dispositivos médicos, realço uma situação em particular em que uma utente, com recomendação médica, necessitava de meias de compressão: de forma a satisfazer as necessidades da utente, precisei efetuar as medições especificas das pernas (recorrendo ao auxílio da equipa da FF), de modo a encomendar o modelo único para o efeito pretendido. Todas estas situações contribuíram para enriquecer o meu percurso profissional.

4. FORMAÇÕES

Como profissional de saúde, o farmacêutico tem a necessidade de atualizar as suas bases científicas e tecnológicas de forma persistente. Os 5 anos no MICF fornecem-nos os meios de como atingir o infinito de conhecimento, pelo que o ato de estudar não termina com o terminar do curso. Pelo contrário, iniciam-se novas etapas e novos desafios que exigem preparação e capacidade de resposta. Posto isto, ao longo do estágio curricular, para além da aprendizagem diária na FC, tive a oportunidade de realizar formações que estão descritas no **Anexo 2**.

PARTE II- PROJETOS DESENVOLVIDOS

PROJETO I: PANFLETO SOBRE A DIABETES

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A Diabetes Mellitus (DM) é uma doença que afeta as populações de todo o planeta, desde às mais ricas e desenvolvidas, até às mais pobres e em desenvolvimento [34-36]. Estima-se, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), que no ano de 2014, 422 milhões de pessoas eram portadoras de DM [34-36].

As previsões não são otimistas, uma vez que, para além de matar atualmente cerca de 4 milhões de indivíduos, a tendência de surgimento de novos casos é ascendente, antevendo-se 629 milhões de pessoas identificadas com DM até 2045 em todo o mundo [34-36].

Em Portugal, tem-se verificado um crescimento do diagnóstico de novos casos de DM por ano, ao longo da última década, em especial nos anos de 2016, 2017 e 2018, representando um encargo anual que ronda entre os 1.300 e 1.550 milhões de euros [41].

Segundo o "Relatório anual do Observatório Nacional da Diabetes", estima-se que na faixa etária dos 20 aos 79 anos, em 2018, 13,6% da população portuguesa (1 milhão) eram portadores de DM, sendo que destes apenas 56% eram efetivamente diagnosticados. No que diz respeito à mortalidade, a DM foi responsável por 26,6% da letalidade a nível dos hospitais no SNS, isto é, "mais de ¼ das pessoas que morrem nos hospitais têm DM" [41].

Ao longo do último ano, perante a pandemia provocada pela SARS-CoV-2, diversas patologias crónicas saíram do foco das entidades de saúde, entre as quais a diabetes. Muitas vezes, a descoberta desta patologia é feita tardiamente devido a diversos fatores, entre os quais a desvalorização dos sintomas, acarretando outras efemeridades consequentes, situação que se tornou pior no decorrer do ano de 2020, em que os utentes evitavam deslocarem-se aos centros de saúde e hospitais.

As FC desempenham um papel fulcral no auxílio da prevenção e controlo da diabetes, no sentido em que, pela maior proximidade e facilidade de acesso, podem desempenhar um papel ativo no controlo da glicémia, promoção de hábitos e estilos de vida saudáveis e explicação da fisiopatologia da doença, de forma a combater a desinformação e aumentar a literacia em saúde dos utentes.

Assim, foi nesse sentido que decidi realizar uma intervenção na FF, de modo a fornecer o meu contributo para dar a conhecer aos utentes algumas informações importantes e fazer a diferença na vida de alguns deles, incutindo a vontade de realizarem exames de rotina para prevenir ou diagnosticar precocemente patologias como a DM.

1.1. A DIABETES E TIPOS DE DIABETES

A DM corresponde a um "grupo de doenças metabólicas caracterizadas por hiperglicemia resultante de defeitos na secreção de insulina, ação da insulina ou ambos" [36,38]. A Associação Americana de Diabetes (AAD) estabeleceu, em 1997, que os tipos de diabetes se classificassem em

Diabetes Mellitus tipo 1 (DM1), Diabetes Melittus tipo 2 (DM2), Diabetes Gestacional, podendo verificar-se ainda outros tipos de diabetes menos frequentes [34,37,38].

A DM1, ou também denominada diabetes insulinodependente, corresponde a uma incidência de 5% a 10% dos indivíduos diagnosticados, destacando-se a população mais jovem [34-40]. A destruição autoimune das células ß dos ilhéus de Langerhans do pâncreas, produtoras de insulina e glucagon, está na origem desta vertente da diabetes. Pensa-se que os anticorpos das células ß dos ilhéus de Langerhans, autoanticorpos de insulina e autoanticorpos da GADD65 de tirosinas-fosfatase são marcadores da destruição das células ß, sendo detetados em 85-90% dos indivíduos numa hiperglicemia em jejum [37,38,42]. Nesta forma de DM, a deterioração das células pancreáticas, tem uma evolução variável, sendo normalmente mais rápida nos jovens, levando frequentemente à necessidade de administração de insulina por extinção da atividade basal das mesmas. Consequentemente, a cetoacidose é uma manifestação frequente desta forma de diabetes [37,38,42].

A DM2, ou diabetes não dependente de insulina, corresponde a uma incidência de cerca de 90% dos indivíduos diagnosticados, mais frequentemente na faixa etária dos 20 aos 79 anos [34,37,38,41]. Ao contrário da DM1, e embora não exista uma explicação concreta para o aparecimento de DM2, pensa-se que a destruição autoimune das células ß dos ilhéus de Langerhans do pâncreas não ocorre [43]. Ao que tudo indica, trata-se de uma patologia multifatorial, com contribuição de fatores genéticos, fatores ambientais, estilos de vida e alimentação, excesso de peso ou maior concentração de gordura abdominal, que estão associados a uma maior resistência à insulina [40, 42,43]. Numa fase precoce (em que muitas das vezes as pessoas são detentoras de DM, mas não diagnosticadas) quando a insulina não retira de forma eficaz a glucose da corrente sanguínea, as células ß tentam compensar a sua ação ineficaz e aumenta a sua produção, levando à normalização dos níveis de glicemia após uma refeição, por exemplo; porém, a uma determinada altura essa compensação não é suficiente para normalizar os valores de glucose no sangue, originando hiperglicemias, sendo uma das razões pelo qual o diagnóstico é feito tardiamente. Contudo, esta disfunção da atividade da insulina, pode reduzir com uma alimentação saudável, perda de peso e exercício físico regular, ou em último recurso, com tratamento farmacológico [34,37,42,43]. Caso não se verifique a implementação de um estilo de vida saudável, perante diagnóstico de DM2, as células ß dos ilhéus de Langerhans do pâncreas acabam por ser destruídas pela demanda em compensar a ação de insulina, podendo levar à sua dependência para sobreviver, como no caso da DM1 [34].

Um dos principais focos dos estudos relacionados com a diabetes é delinear as possíveis causas que despoletam a DM. Atualmente sabe-se que tanto a DM1 como a DM2 possuem predisposição genética, tendo-se identificado vários genes associados ao aparecimento de diabetes, como é caso do TCF7L2 [34,37,39]. O polimorfismo do gene TCF7L2, embora ainda por mecanismo desconhecido, é associado ao despoletar de DM2, por estar envolvido nas vias metabólicas que afetam os níveis de glucose no sangue [34,37,39].

Outros estudos apoiam a causalidade do aparecimento de doenças virais provocadas por agentes como o rotavírus, herpesvírus, enterovírus, rubéola ou até o vírus Ljungan, para o aparecimento de DM1, não existindo ainda explicação do mecanismo que despoleta a patologia [35].

Por último, a Diabetes Gestacional, incidente em 5% das mulheres grávidas, carateriza-se como uma anomalia do metabolismo da glucose, detetado pela primeira vez durante a gravidez, independentemente da necessidade ou não de insulina. Deste modo, é necessário um controlo precoce dos níveis de glucose no sangue materno, com a finalidade de reduzir os riscos para o bebé, nomeadamente macrossomia (bebé grande), traumatismo de parto, hipoglicemia ou até icterícia [34, 37,42].

Os outros tipos específicos de diabetes e menos frequentes ocorrem em casos específicos de defeitos genéticos da célula ß, endocrinopatias, defeitos genéticos na ação da insulina, doenças do pâncreas exócrino, podendo mesmo existir a diabetes induzida por químicos ou fármacos [42].

O que é certo, é que não se sabe o mecanismo exato do desenvolvimento da DM, derivando de um culminar de fatores que vão desde um polimorfismo genético, e até à restante herança genética, bem como o ambiente em que um dado indivíduo se insere, hábitos alimentares e prática de exercício físico [37,38,40].

1.1.1. DIABETES TIPO II E RASTREIO

A DM2, como já referido anteriormente, tem a particularidade de ser habitualmente diagnosticada numa fase tardia, não só pela fisiopatologia em si, mas também pela faixa etária mais avançada onde normalmente surge.

Fatores como o excesso de peso (IMC≥25) e obesidade (IMC≥30), gordura abdominal (perímetro abdominal de ≥94 cm para os homens e ≥80 cm para as mulheres), idade superior a 45 anos, estilo de vida sedentário, histórico familiar de diabetes, histórico de diabetes gestacional prévia, histórico de doença cardiovascular prévia, doença cardíaca ou pressão arterial elevada, dislipidemia, intolerância à glucose em jejum, ou até o consumo de fármacos que despoletem DM, são considerados de risco e devem ser rastreados de forma a prevenir o aparecimento de DM2 [44,45].

O tratamento e mudança de estilo de vida antecipado diminui a probabilidade de todas as complicações associadas à DM, pelo que a avaliação do risco de DM2 torna-se numa forma fácil, rápida e económica de a prevenir. Apesar de não se saber exatamente os resultados da aplicabilidade dos rastreios, é de esperar que, juntamente com o estímulo de um estilo de vida saudável, se repercuta numa diminuição dos casos ou então, através do reencaminhamento para o médico num caso de elevado risco, termine num desfecho positivo e retarde o surgimento da patologia.

Deste modo, existem diversos questionários elaborados para a Avaliação do Risco de DM2 no prazo de 10 anos, tempo médio de aparecimento de diabetes, como é o caso do "*Diabetes Risk Test"* fornecido pela "*National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases*" (NIDDK) ou "*Finnish Type 2 Diabetes Risk Assessement Form*", desenvolvido pela "Finnish Diabetes Association" [46,47].

O Programa Nacional De Prevenção e Controlo da Diabetes disponibiliza o questionário em português denominado "Ficha de Avaliação de Risco de Diabetes Tipo 2", constituído por 8 questões devidamente pontuadas e no final, perante a soma dos respetivos valores, obtém-se o risco de cada indivíduo vir a ter diabetes tipo 2 dentro de 10 anos [44] **[Anexo 4]**.

A grande vantagem deste rastreio, principalmente ao nível da FC, passa por identificar indivíduos de alto risco na população em geral, bem como sensibilizar para os hábitos de risco que se podem alterar e converter em modos de vida saudáveis e ativos.

1.2. SINTOMATOLOGIA E COMPLICAÇÕES DA DIABETES

Os sintomas da DM são considerados semelhantes nas suas várias vertentes, modificando apenas a intensidade e velocidade de aparecimento. [34,37]

No que diz respeito à DM1, é habitual o desenvolvimento rápido de sintomas como polidipsia (excessiva sensação de sede), poliúria (excessiva vontade de urinar), enurese (perda involuntária de urina), falta de energia, cansaço extremo, polifagia (excessiva vontade de comer), perda súbita de peso, cicatrização lenta de feridas, visão turva e infeções recorrentes, salientando-se mais nas crianças [34,37,38].

Por outro lado, no caso da DM2, verificam-se os mesmos sintomas, mas de forma mais ligeira e, por vezes, desvalorizada pelos utentes. Ora, se não há uma regularidade na realização de exames de rotina, muitos dos indivíduos só descobrem serem portadores desta patologia numa fase mais avançada, contribuindo para o aumento de incidência de complicações por hiperglicemia elevada por longos períodos de tempo [34].

Assim, existem evidências de consequências da diabetes pelo estreitamento dos vasos sanguíneos associado aos elevados níveis de glucose em diversos órgãos, tal como os rins, olhos e sistema vascular e periférico [34,35,37]. Diversos estudos associam patologias microvasculares a complicações da diabetes, levando a retinopatia diabética, nefropatia, neuropatia, cardiopatia e, ainda, ao surgimento do pé diabético [35]. São estas as razões que permitem confirmar a ligação entre a DM e Doenças Vasculares, tornando-se em patologias que são responsáveis pelo maior número de mortes em Portugal.

1.3. DIAGNÓSTICO

O diagnóstico de DM é efetuado de acordo com os níveis de glucose plasmática venosa e Hemoglobina Glicada (HbA1c) [34].

O recurso a amostra de sangue capilar é um dos métodos mais utilizados para controlo dos níveis de açúcar, principalmente a nível das FC, mas apenas a análise ao plasma sanguíneo por punção venosa é válida para a efetividade ou não do diagnóstico, apesar dos níveis de glucose em jejum serem idênticos, tanto a nível venoso, como capilar [34, 37].

No que diz respeito à HbA1c, desde a década de 80 que é utilizada clinicamente para avaliação de DM, uma vez que, segundo diversos estudos, reflete a glucose média sanguínea das últimas 8 a 12 semanas, na medida em que, quanto mais glucose existir no sangue, maior a quantidade de

hemoglobina glicada a ser formada. Uma das vantagens da medição deste parâmetro é o facto de poder ser determinado a qualquer hora do dia, não necessitando de períodos de jejum [34,37,44,48].

Os critérios de diagnóstico da Hiperglicemia Intermédia ou DM adotados pela DGS, e defendidos pela AAD, estão sistematizados na **Tabela 1** [42,49].

Tabela 1: Critérios de diagnóstico de DM e Hiperglicemia em jejum

	Glucose em jejum (mg/L)	Glucose após 2h da Prova de Tolerância à Glucose (PTGO) (mg/L)	Glucose ao acaso (mg/L)	HbA1c (%)
DM	≥ 126	≥ 200	≥ 200 mg/dl	≥ 6,5%
Hiperglicemia intermédia	≥ 110 e < 126	≥ 140 e < 200	----------	≥ 5,7% e < 6,5%
DM Gestacional	≥ 92 e < 126 Se < 92, realiza-se PTGO às 28 semanas de gestação	- às 0h, glicemia ≥ 92 - à 1h, glicemia ≥ 180 - às 2h, glicemia ≥ 153	----------	----------

1.4. TRATAMENTO

Uma alimentação saudável e prática de exercício físico, como já foi relatado anteriormente, é o primeiro passo para existir um controlo da DM, por vezes até suficiente em alguns casos de DM2.

No caso de DM1, o tratamento corresponde, basicamente à injeção de insulina, podendo ser associados Antidiabéticos Orais (ADO). Por outro lado, perante uma DM2 descontrolada, mesmo implementando hábitos saudáveis, é necessário tratar a hiperglicemia e prevenir os fatores de risco cardiovascular presentes. Felizmente, já existe uma diversidade cada vez maior de terapia farmacológica para esta patologia, fornecendo uma melhor qualidade de vida e contribuindo para a redução de comorbilidades [34,36,50].

A abordagem terapêutica é realizada de acordo com o historial de cada individuo, nomeadamente existência de outras patologias, entre outros. Contudo, o tratamento de primeira linha é o recurso a Biguanidas, maioritariamente a Metformina, que vai diminuir a produção hepática de glucose através da inibição da gluconeogénese. Esta opção tem a vantagem de possuir um baixo risco hipoglicémico, um potencial efeito na perda de peso em indivíduos obesos, diminuição de eventos cardiovasculares e, ainda, um baixo custo [50].

As Sulfonilureias, como a Gliclazida, e os Inibidores da Dipeptidil Peptidase 4, tal como a Sitagliptina, representam outras opções de tratamento farmacológico, sendo responsáveis por aumentar a secreção de insulina pelas células ß dos ilhéus de Langerhans do pâncreas, e aumentar a

secreção de insulina e diminuir a secreção de glucagina, respetivamente. Tratam-se de alternativas, que podem ser associadas à Metformina, geralmente bem toleráveis e com perfil de segurança elevado [50,51].

2. OBJETIVOS E MÉTODOS

O contacto com os utentes, durante o período de atendimento, permitiu-me detetar a elevada quantidade de utentes portadores de DM que frequentavam a FF, bem como a falta de acompanhamento que, segundo eles, estavam a atravessar no momento devido à atual pandemia que atravessámos.

Embora haja a impossibilidade de um farmacêutico substituir um médico e as suas funções, como especialista do medicamento e profissional de saúde habilitado, tem o dever de auxiliar no acompanhamento de doenças crónicas, bem como rastrear indivíduos de risco de aquisição das mesmas, como é o caso da DM, e fornecer meios que induzem à implementação de estilos de vida saudáveis.

Assim, o objetivo primordial deste projeto seria a realização de um rastreio de probabilidade de aquisição de DM2 no prazo de 10 anos, no âmbito do Dia Mundial da Diabetes, celebrado a 14 de Novembro, recorrendo ao questionário descrito no ponto 1.2.1. Perante um resultado de risco elevado, encaminhar-se-ia o utente para o médico, juntamente com uma carta onde discriminava o respetivo teste, bem como uma mensagem do colaborador a incentivar a realização de exames de diagnóstico.

Contudo, ainda que a ideia tenha sido bem recebida pelo DT, devido ao agravamento significativo da pandemia durante o mês de Outubro e Novembro, em Portugal, em conjunto com o mesmo, achamos por bem não o realizar devido à proximidade que a realização da "Ficha de Avaliação de Risco de Diabetes Tipo 2" implicava, nomeadamente a medição do perímetro abdominal do utente em causa, impedindo o distanciamento social exigido.

Em alternativa, sugeri realizar um panfleto informativo para ser divulgado nas redes sociais **[Anexo 5],** de forma a dar o meu contributo para a literacia em saúde dos seguidores da FF. Neste panfleto estão incluídas informações sobre os principais tipos de DM, sintomas da doença, diagnóstico, complicações e fatores de risco. O formato está disposto de forma a ter uma fácil interpretação e um longo alcance, permitindo chegar a mais pessoas através das partilhas nas redes sociais.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O panfleto foi publicado no dia 14 de Novembro, Dia Mundial de Diabetes, no Facebook® da FF por ser a rede social com mais interações. Em comparação com as habituais interações das publicações, obtive um bom retorno, pois obtive 15 gostos e 9 partilhas, ultrapassando os valores médios, que geralmente rodam os 4 e 2 respetivamente **[Anexo 6]**. Realço ainda que partilhei na minha página pessoal, tendo obtido um total de 24 gostos, 3 comentários e 1 partilha.

No que diz respeito à avaliação da equipa da FF, a mesma foi positiva uma vez que consideraram o projeto muito pertinente e muito interessante, destacando a minha capacidade de gestão de

informação no panfleto, de modo a criar uma fonte de informação intuitiva, credível e de fácil visualização. Destacaram ainda a possibilidade de realizarem o meu projeto num futuro próximo, quando as condições pandémicas o permitirem.

4. CONCLUSÕES

Apesar de não conseguir realizar o projeto inicial a que me tinha proposto por motivos alheios à minha vontade, julgo que o balanço final foi positivo, uma vez que este projeto fez-me adaptar às circunstâncias vivenciadas atualmente e intervir de alguma forma na literacia em saúde da população da FF. A criação de um panfleto digital, levou-me a valorizar o papel do farmacêutico na criação de conteúdo digital fidedigno de forma a dar resposta e desmistificar problemáticas, contribuindo para o conhecimento e estabelecimento de estilos de vida saudáveis da população em geral.

Tendo por base o *feedback* obtido pela partilha nas redes sociais, acredito que a informação divulgada no panfleto tenha alcançado um número considerável de pessoas e tenha feito a diferença na vida de alguém. Desta forma, do mesmo modo que enriqueceu a equipa da FF e os seus seguidores nas redes sociais, este projeto contribuiu para o aumento do conhecimento área da DM, consequente de toda a pesquisa bibliográfica realizada para o efeito.

PROJETO II: CONSULTA DE CESSAÇÃO TABÁGICA

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O hábito tabágico é considerado uma epidemia e um dos maiores problemas de saúde pública a nível mundial, em particular na região europeia onde existe uma prevalência de 29% de utilizadores de tabaco [52,53]. Fumar afeta praticamente todo o organismo humano, constituindo uma das principais causas evitáveis de doenças crónicas não transmissíveis [52,53].

Estima-se que, segundo a OMS, no ano de 2016, 7 milhões de pessoas morreram de causas atribuíveis ao tabagismo, sendo que muitas dessas em idades prematuras [54].

Dados mais recentes da OMS contabilizam cerca de 1,3 biliões de utilizadores de tabaco e mais de 8 milhões de pessoas mortas a nível mundial, sendo que uma grande parte delas se associa ao uso direto do tabaco, enquanto que 1,2 milhões são resultantes da exposição passiva ao fumo do tabaco, de pessoas que não fumam [53].

Para além de todos os danos causados na saúde, resultante da exposição ao fumo, o tabaco é responsável por desigualdades económicas e contribui para a pobreza generalizada, uma vez que impõe elevados custos para as comunidades, não só nos cuidados diretos de saúde, como também na poluição ambiental e destruição de áreas agrícolas para a sua plantação [52,53,54].

Em Portugal, tendo como base os dados fornecidos pelo Instituto Nacional de Estatística (INE), Entre 2014 e 2019, o número de fumadores baixou 3%, registando-se, em 2019, uma incidência de 17% de fumadores com idade igual ou superior a 15 anos, sendo que 1,3 milhões fumavam diariamente e 248 mil fumavam de forma ocasional [55]. Apesar de se ter registado uma diminuição de fumadores,

as doenças associadas ao hábito tabágico são responsáveis por mais de 1cem cada 10 mortes registadas anualmente em Portugal e verifica-se ainda que a iniciação do consumo de tabaco é detetada em idades cada vez mais precoces [52].

De forma a existir uma prestação de cuidados de saúde e acompanhar o consumo de tabaco e a cessação tabágica nos utentes, em 2016 passaram a existir consultas de apoio intensivo à cessação tabágica em praticamente todos os centros de saúde a nível nacional [52].

Contudo, ao longo do último ano, perante a pandemia provocada pela SARS-CoV-2, os acessos ao centro de saúde tornaram-se mais limitados, com foco nas patologias agudas e mais urgentes, ocorrendo uma diminuição do foco das entidades de saúde em torno deste tipo de problemas de saúde pública.

As FC desempenham um papel fulcral no auxílio da cessação tabágica, não só pela maior proximidade e facilidade de acesso, mas também pela intervenção dos profissionais de saúde junto dos fumadores, uma vez que aumenta consideravelmente as possibilidades de sucesso. O farmacêutico pode efetuar intervenção de apoio intensivo e de forma personalizada, tendo em consideração o perfil de cada fumador, de modo a que este se sinta motivado e alcance o objetivo de eliminar o tabaco da sua vida.

Foi com o intuito de auxiliar utentes a cessar definitivamente com o tabaco que decidi realizar uma intervenção na FF, de modo a fornecer o meu contributo e implementar um serviço de proximidade ao utente, bem como fornecer bases à equipa da FF para o realizar da melhor forma possível.

1.1. O TABACO: CAUSA DE DEPENDÊNCIA E DOENÇAS

As folhas da planta do tabaco começaram por ser utilizadas e fumadas pelas povoações da América Latina e Equador, sendo posteriormente integradas na Europa no século XV, por Cristovão Colombo [57]. Assim, o tabaco é um produto processado das folhas da planta *Nicotiana tabacum*, nomeada em homenagem a Jean Nicot, que enviou a folha de tabaco para a Rainha da França no século XVI, contribuindo para o início da produção de cigarros nesse mesmo país. A partir do século XVIII, os cigarros e derivados começaram a ser produzidos e distribuídos mundialmente, verificando-se apenas no século XX a associação do hábito tabágico com doenças adversas, nomeadamente oncológicas [56,57].

O principal motivo de os fumadores estarem tão dependentes do cigarro, para além da expressão e integração social a que é muitas vezes associado, é o efeito aditivo da nicotina, um constituinte do tabaco [58,59].

Apresentando um mecanismo de atuação complexo, a nicotina entra pelos pulmões através do fumo inalado do tabaco, sendo rapidamente absorvida a nível alveolar. Através da circulação sanguínea, atinge rapidamente o cérebro, onde se liga aos recetores nicotínicos colinérgicos, situados no mesencéfalo [56,58,59]. Quando ocorre a ligação, que é possível devido ao agonismo desses mesmos recetores por similaridade com a acetilcolina, há a abertura dos canais de cálcio a nível neuronal, permitindo a sua entrada na célula, originando a libertação de neurotransmissores no núcleo

accumbens, pela projeção do impulso nervoso até essa zona posterior. Um desses neurotransmissores, a dopamina, é a responsável pelo efeito estimulante e de recompensa associado ao consumo de tabaco [56-60].

Contudo, a ingestão continuada de nicotina conduz à neuroadaptação consequente da dessensibilização nos recetores nicotínicos colinérgicos, fazendo com que aumentem os locais de ligação pela perda de capacidade de resposta do recetor, e se desenvolva o fenómeno de tolerância e necessidade de consumo (adição) [58].

Adicionalmente, a nicotina também se liga aos recetores nicotínicos da acetilcolina nas células cromafins na medula da glândula adrenal – estas células são principalmente responsáveis pela libertação de hormonas em resposta ao *stress* através da síntese e liberação de hormonas corticosteroides, como o cortisol, e de catecolaminas, como a adrenalina (ou epinefrina).

A ligação, como acontece a nível cerebral, abre o canal iónico permitindo o influxo de cálcio, que por sua vez desencadeia a libertação de epinefrina das vesículas intracelulares na corrente sanguínea, o que causa vasoconstrição, aumento da pressão arterial, aumento da frequência cardíaca e aumento do açúcar no sangue [56,59].

Desta forma, o tabagismo aumenta o risco de contrair diversas doenças, nomeadamente doenças cardiovasculares, cancro, doenças respiratórias, doenças venosas periféricas, entre outras, não só associados á nicotina, como também aos restantes componentes do cigarro [59].

1.2. Constituintes do fumo do Tabaco

O fumo do tabaco corresponde a uma mistura complexa de cerca de 5000 compostos químicos. Desses, destacam-se componentes como o monóxido de carbono, cianeto de hidrogénio e óxidos de nitrogénio que fazem parte da fase gasosa do fumo, formaldeído, acroleína, benzeno, cádmio e N-nitrosaminas, que fazem parte da porção líquida do fumo e, ainda, a nicotina, fenol, hidrocarbonetos poliaromáticos e certas nitrosaminas específicas do tabaco que estão incluídos nas partículas sólidas de dimensão submicroscópica suspensos no fumo do cigarro [61, 62].

A complexidade de compostos químicos desfavoráveis à saúde humana estão associados ao surgimento de múltiplas patologias. Diversos estudos associam o fumo do tabaco ao aparecimento de cancro como, por exemplo, da boca, pescoço, orofaringe, pulmonar, entre outros; doenças pulmonares não carcinogénicas, como é o caso da doença pulmonar obstrutiva crónica, entre outras; doenças ateroscleróticas e outras patologias [61, 62].

1.3. Síndrome de Abstinência

A cessação tabágica é um processo que requer uma abordagem global e persistente por parte dos profissionais de saúde, uma vez que os fumadores atravessam uma etapa de abstinência que acarreta vários sintomas, o que torna difícil o seu sucesso [59].

Perante a abstinência de fumar a curto prazo, os fumadores experienciam os sintomas de privação, causados pela diminuição ou interrupção do aporte de nicotina, que se caraterizam pela irritabilidade, inquietação, ansiedade ou, em casos mais severos, depressão [58,59].

Com o aumento do tempo de abstinência, para além dos sintomas já referidos, é comum verificar-se um aumento de apetite e ganho de peso, o que muitas vezes está na origem das recaídas. Contudo, uma alimentação saudável, associada a um aumento do nível de atividade física, pode ajudar a controlar este problema [58,59].

1.4. BENEFÍCIOS DA CESSAÇÃO TABÁGICA

A cessação tabágica tem sempre como consequência uma melhoria do estado de saúde individual generalizado, promovendo benefícios imediatos em ambos os sexos, em todas as idades e em indivíduos com ou sem doenças relacionadas com o tabaco [59,63]. O hábito tabágico aumenta o risco de contrair uma ampla gama de doenças e parar de fumar é sempre um benefício, não só para a saúde, como também para a economia pessoal, com menores gastos atribuíveis aos cigarros [59,63].

Independentemente de terem passado dias, semanas ou até anos desde o último cigarro, existem benefícios quase imediatos na cessação tabágica, ou seja, 20 minutos após o último cigarro, o ritmo cardíaco baixa; 12 horas depois, o nível de CO no sangue regressa aos valores normais; 2 semanas a 3 meses depois, o risco de ocorrência de enfarte de miocárdio desce e a função pulmonar aumenta; 1 a 9 meses depois, a ocorrência de tosse e dispneia diminuem; 1 ano depois, o risco de doença cardíaca coronária é metade do de um fumador; 5 anos depois, o risco de acidente vascular cerebral iguala o de um não-fumador; 10 anos depois, o risco de cancro do pulmão é cerca de metade do de um fumador. O risco de cancro da boca, faringe, esófago, bexiga, rim e pâncreas também diminui e 15 anos depois, o risco de doença cardíaca coronária é igual ao de um não-fumador [58,63,64].

Adicionalmente verifica-se a melhoria do olfato e paladar, melhoria do aspeto da pele e dentes, aumento da capacidade de resposta do sistema imunitário, entre outros, consequentes da cessação tabágica [58,64].

1.5. ETAPAS DA CESSAÇÃO TABÁGICA

O Modelo Transteórico de Mudança (MTM) foi desenvolvido em 1979, por James Prochaska que descreve e explica as diferentes etapas que são comuns na maioria dos processos de mudança de comportamento. Este modelo foi sofrendo várias alterações ao longo dos anos com diversos estudos que foram sendo realizados [64-67].

O MTM estabelece 6 estadios que as pessoas atravessam até conseguirem alcançar a mudança definitiva, podendo aplicar-se ao processo de mudança e cessação do hábito tabágico [64-67]:

a) **Fase de Pré-Contemplação**: nesta fase os indivíduos não estão convencidos que precisam de mudar os seus hábitos, nem estão dispostos a deixar de fumar nos próximos 6 meses. Podem, eventualmente, realizar pequenas alterações no comportamento por pressão dos outros, mas, quando a pressão termina, retornam aos hábitos antigos. Os fumadores podem permanecer neste estadio por muitos anos, todavia o aconselhamento intensivo pode contribuir para a progressão para o estadio seguinte.
b) **Fase de Contemplação**: os fumadores reconhecem o problema e consideram a possibilidade de modifica-lo, mas não estão prontos para o fazer no momento.

Contudo, consideram seriamente mudar o comportamento nos próximos 6 meses, mas quando comparam os prós e contras relacionados ao comportamento ainda vêm muitos aspetos negativos e ponderam o esforço, energia e perdas que irão enfrentar neste processo. A intervenção dos profissionais de saúde deve ser a de reforçar os benefícios em deixar de fumar e transmitir as soluções para o fazer corretamente.

c) **Fase de Preparação:** os indivíduos estabelecem um compromisso, assim como planos para modificar o comportamento no próximo mês, realizando a tentativa de cessação tabágica a curto prazo. Nesta fase, deve ser estabelecida uma data de cessação, a partir do qual normalmente se inicia a tratamento farmacológico.
d) **Fase de Ação:** este estadio corresponde à altura em que o fumador deixou efetivamente de fumar. O utente deve ser congratulado por ter alcançado o objetivo proposto.
e) **Fase de Manutenção:** carateriza-se pela consolidação que os indivíduos adquirem dos ganhos em deixar de fumar, adotando estratégias para evitar uma recaída e um retorno para o hábito tabágico. Esse estadio vai de 6 meses a um período indeterminado a partir da ação. Nesta etapa é importante prevenir recaídas e solucionarem-nas, se acontecerem.
f) **Fase de Recaída:** cada fumador pode sofrer uma recaída. Quando isto acontece, o fumador pode regressar a qualquer das etapas anteriores, sendo essencial haver um reforço de todos os benefícios de deixar de fumar.

Todos os estadios representam, assim, um desafio para o desenvolvimento de intervenções capazes de levar as pessoas a serem bem sucedidas, realçando que a intensidade, duração e tipo de intervenção devem ser estabelecidas de acordo com a etapa em que se encontra cada utente [65].

1.6. TERAPIA DE CESSAÇÃO TABÁGICA

A dependência de nicotina e os sintomas de abstinência associados à sua privação requerem métodos que auxiliem no processo de cessação tabágica que se baseiem no aumento de motivação e de mudança de comportamento, associado a tratamento farmacológico [68,70].

É evidente que antes de se tomar qualquer decisão sobre o tratamento e estratégia de intervenção com o utente, é necessário ter conhecimento detalhado do grau de motivação e do grau de dependência de nicotina e, para isso, registam-se as respostas aos questionários que avaliam a dependência física à nicotina, Teste de Fagerstrom **[Anexo 7]**, e o grau de motivação, Teste de Richmond **[Anexo 8]** [70-73].

A farmacoterapia, apesar de ser utilizada em quase todas as pessoas, é especialmente indicada nas que fumam nos primeiros 30 minutos após acordar, fumam mais de 10 cigarros por dia e que apresentem histórico de tentativas falhadas de cessação tabágica [68,69]. Por conseguinte, os medicamentos de primeira linha para a cessação tabágica incluem a Terapia de Substituição de Nicotina (TSN), o Bupropiona e a Vareniclina [68-70].

A TSN, tal como o nome indica, corresponde à reposição diária de nicotina de forma segura e controlada, aliviando os sintomas de abstinência [68,69]. Um fumador consome em média 1 mg a 1,5 mg de nicotina por cada cigarro, pelo que a posologia e a duração do tratamento deve ser ajustada a cada pessoa fumadora e ao seu grau de dependência. Atualmente, estão disponíveis fórmulas de

administração por via oral (pastilhas e comprimidos de chupar, gomas de mascar, *spray* bucal), ou por via transdérmica (adesivos), em diferentes dosagens [68-70]. Constata-se que a terapia combinada, nomeadamente com o uso simultâneo de adesivos transdérmicos e terapia oral, são mais eficazes, sendo também um tratamento seguro, dado que não apresenta todos os constituintes maléficos do fumo do tabaco [68-70]. A TSN apenas deve ser iniciada a partir do momento em que se deixa definitivamente o cigarro, tendo uma duração de 8 a 12 semanas [68-70]. Os efeitos secundários associados aos fármacos da TSN não são significativos, destacando-se a hipersensibilidade cutânea no local de aplicação dos adesivos transdérmicos, insónias, soluços, indigestão, aumento dos problemas odontológicos, sensação de queimadura ou ardor da boca, tosse, lábios secos e ulcerações da mucosa oral, como os mais comuns [74,75]. Portanto, tratando-se de um MNSRM, é onde os farmacêuticos podem e devem intervir, direcionando os utentes para o tratamento que mais se adequa ao seu perfil de fumador.

A Bupropiona, é um antidepressivo, inibidor seletivo da recaptação neuronal das catecolaminas (noradrenalina e dopamina) [69, 74,75]. O mecanismo de atuação a nível da cessação tabágica ainda não está bem definido, mas pensa-se que seja antagonista dos recetores nicotínicos, e tendo propriedades estimulantes, alivia os sintomas de abstinência e prazer [69, 74-76].Ao contrário do que se verifica para a TSN, é de prescrição médica obrigatória e a terapêutica deve ser iniciada com 150 mg por dia, enquanto o indivíduo ainda fuma, durante 6 dias , aumentando-se para 150 mg em duas tomas diárias, separadas por 8h, a partir da segunda semana [69, 74-76].Só então se deve estabelecer o dia de cessação definitiva. O tratamento tem duração habitual de 8 a 12 semanas e os efeitos secundários mais comuns incluem urticária, insónia, agitação, ansiedade, entre outros [69, 74-76].

A Vareniclina, também de prescrição médica obrigatória, possui elevada afinidade e seletividade para os recetores nicotínicos neuronais, adquirindo um efeito de antagonista, na presença de nicotina, e agonista parcial, na ausência de nicotina, reduzindo, por sua vez, os sintomas de abstinência, impulsos súbitos e o efeito de recompensa, em caso de recaída [69,73,74,75,77]. A terapêutica deve ser iniciada 7 a 14 dias antes do dia definido para a cessação tabágica e a dose deve ser aumentada progressivamente, de modo a que os efeitos secundários, como disforia ou humor depressivo, insónias, irritabilidade, frustração ou raiva, ansiedade, dificuldade de concentração, náuseas, entre outros, não sejam tão evidentes e se atenuem [69,74,77].

1.7. A CONSULTA DE CESSAÇÃO TABÁGICA

O tabaco, como já referido anteriormente, é a principal causa de morte prevenível no mundo, existindo a necessidade de combater esta grande causa de mortalidade e morbilidade associadas. A cessação tabágica, estando indicada para todos os fumadores, independentemente da idade, comorbilidades ou anos de tabagismo, é uma forma de contribuir para uma melhor qualidade de vida e prevenção de patologias consequentes.

A FC, como local de proximidade, excelência e profissionalismo, é capaz de realizar um acompanhamento personalizado e escolha da terapia mais indicada para cada utente, de modo a tornar uma jornada difícil, num processo mais estratégico e multifacetado.

Por essa razão, a implementação da consulta de cessação tabágica é uma mais valia e possível garantia de sucesso para os utentes. O que se pretende é a inscrição de fumadores em fase de preparação, isto é, suficientemente motivados para deixarem de fumar num período de 1 mês. Espera-se, portanto, que o fumador responda sem indecisão que quer deixar de fumar, objetivando-se o aconselhamento, revisão das tentativas anteriores de cessação, caso existam, identificação das razões que o levam a fumar, bem como os benefícios de parar de fumar, identificando o que melhor funcionou e as barreiras encontradas.

Deste modo, as consultas devem ser realizadas, de preferência, num espaço privado e longe da área de atendimento, permitindo o conforto e privacidade do utente, bem como permitir uma intervenção completa do farmacêutico, que deve assentar na mnemónica dos "**5 A´s**" [69,73,78]:

a) Abordar: O recrutamento para consultas de cessação tabágica na farmácia pode passar por uma abordagem ativa, questionando os utentes se fumam, ou conhecem alguém que fume e gostasse de terminar com o vício do tabaco, ou então através de publicidade do serviço prestado e aguardar procura por parte dos fumadores interessados. Se interessados, os fumadores devem agendar na "Lista de Marcações" **[Anexo 9]** logo que possível, de modo a não originar desistências.

b) Aconselhar: Na primeira consulta, é importante referir todos os benefícios de deixar de fumar, e os malefícios associados ao tabagismo. Devem ser recolhidos os dados presentes na "Ficha Clínica" **[Anexo 10]**, como o nome, sexo, idade, peso, altura, IMC, pressão arterial ou outras informações relevantes.

c) Avaliar: Ainda na primeira consulta, proceder-se à avaliação da história tabágica (número de cigarros/dia), grau de dependência física de nicotina (Teste de Fagerstrom) e grau de motivação (Teste de Richmond) e, ainda, à avaliação de fatores de risco, patologia prévia ou terapêutica farmacológica.

d) Ajudar: Para finalizar a primeira consulta, faz-se uma discussão e avaliação dos resultados dos inquéritos de dependência, motivação e com base nestes resultados estabelecer um plano terapêutico de acordo com as necessidades e preferências do utente. Dependendo do utente, este pode decidir deixar de fumar de forma imediata ou não.

No caso da decisão de ir reduzindo o número de cigarros antes de estabelecer um dia de cessação definitiva, é importante realizar pelo menos 2 consultas antes do estabelecimento do dia D (dia de cessação tabágica). Para isso, recomenda-se desafiar o utente a estabelecer objetivos para apresentar numa consulta seguinte. No caso de o utente querer deixar imediatamente de fumar nas próximas semanas, é necessário marcar o dia D. É recomendada a entrega de folhetos informativos ao utente e disponibilidade para esclarecimento de dúvidas presencialmente ou via telefone/internet, bem como o contacto por parte do farmacêutico a congratular a atitude tomada no dia que o utente escolher para fumar o último cigarro. Convém proceder à marcação de uma nova consulta de seguimento sempre que possível, pois é aconselhado uma média de 3 a 6 consultas anuais para um maior sucesso de terapêutica.

e) Acompanhar: A fase de acompanhamento é fulcral para o sucesso do processo de cessação tabágica. É necessário um acompanhamento contínuo e ao longo das consultas seguintes ir verificando se o utente cumpre aquilo a que se propôs, detetar e ajudar a corrigir o eventual aumento ponderal de ansiedade e síndrome de privação após cessação tabágica, ajustar ou alterar a TSN, avaliar possíveis efeitos adversos, reavaliar os dados da primeira consulta, como o peso, IMC e pressão arterial e também o esclarecimento de dúvidas.

Por outro lado, se o fumador apresentar sinais de falta de motivação, há a necessidade acrescida de reforçar a motivação tendo por base a mnemónica dos **"5 R`s"** [69,73,78]:

a) **Relevância dos benefícios:** Descrição, em conjunto com o fumador, dos benefícios do abandono do tabaco para o mesmo e para a sua família.
b) **Riscos em continuar:** Estimular o fumador a descrever as consequências negativas de continuar a fumar para si e os que o rodeiam.
c) **Recompensa:** Pedir ao fumador que identifique os potenciais benefícios de parar de fumar (Saúde, etc).
d) **Resistência:** Questionar as dificuldades do utente, que possam influenciar a cessação tabágica, como, por exemplo, o medo de falhar ou o receio dos sintomas de privação.
e) **Repetição:** Repetir todo o processo anterior, sempre que hajam sinais de desmotivação.

2. OBJETIVO E MÉTODOS

Ao longo dos meses inicias de estágio, e com o contacto com os utentes, fui tendo a perceção da procura de TSN por parte de certos utentes da FF, sendo que muitos deles já tinham histórico tentativa de cessação tabágica falhada antes, enquanto outros tentavam pela primeira vez sem qualquer acompanhamento.

Embora o farmacêutico proceda a uma correta intervenção na dispensa de TSN, não acompanha o utente ao longo de todo o processo de cessação do hábito tabágico, fazendo com que uma grande maioria de utentes desista do processo.

A dependência do tabaco é uma condição que requer uma abordagem global e discreta por parte de um profissional de saúde, aumentando a probabilidade de cessação tabágica até 10 vezes, em comparação com uma tentativa de cessação sem ajuda profissional [73]. Assim, alertei o DT para todos os benefícios que a consulta de cessação tabágica acarretava e sugeri a implementação da mesma na FF, tendo obtido uma resposta positiva e incentivo para concretização do projeto.

Deste modo, após longa pesquisa bibliográfica, desenvolvi um "Manual de Consulta de Cessação Tabágica" **[Anexo 11]**, bem como um procedimento, de modo a todos os colaboradores da FF se inteirarem da forma como as consultas seriam postas em prática.

Foi também no âmbito deste projeto que realizei uma ação de formação a toda a equipa **[Anexo 12]**, sobre as bases teóricas da implementação da consulta de cessação tabágica, atual TSN existente no mercado e ainda resolução de casos clínicos.

Procedi ainda à realização de um panfleto informativo **[Anexo 13]**, numa versão em papel para ser entregue aos utentes**,** e numa versão digital para publicar nas redes sociais. Neste panfleto estão

incluídas informações sobre as razões e benefícios para a cessação tabágica, principais constituintes do cigarro e publicidade ao serviço, estando organizado esteticamente de forma a ter uma fácil interpretação e um longo alcance, permitindo chegar a mais pessoas, se for partilhado nas redes sociais. Tendo por objetivo causar um maior impacto para os leitores da complexidade química do cigarro, associei os compostos químicos à sua presença em materiais ou processos com que nos deparamos no dia a dia, de modo a que as pessoas em geral tenham atenção nos problemas que o hábito tabágico acarreta.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Tive oportunidade de efetuar a apresentação sobre a "Consulta de Cessação Tabágica" realizada em formato *Microsoft Office Power Point*® de forma presencial, em grupos de 2 pessoas, ao total de colaboradores da FF.

Durante a apresentação fui-me apercebendo que os conhecimentos sobre a TSN eram já bem conhecidos pelos membros da FF, excetuando a parte que dizia respeito à implementação e metodologias da consulta em si, que foi a componente inovadora.

Deste modo, obtive um retorno muito positivo pelos membros da equipa e DT da FF com a realização deste projeto, não só pela disposição intuitiva e organização dos dispositivos, como também na utilidade que trará para a farmácia, colaboradores e utentes.

4. CONCLUSÕES

De uma forma geral, penso que este projeto foi realizado com sucesso, não só pelo *feedback* que recebi, mas também pelo conhecimento que adquiri.

Segundo os colaboradores da FF, foi um projeto interessante e útil, tendo observado isso mesmo na apresentação realizada, pelas constantes intervenções feitas, contribuindo para a sua dinâmica. Apesar de ter terminado o período de estágio antes de ver a implementação oficial da "Consulta de Cessação Tabágica", acredito que irá ser realizado num futuro próximo.

A nível profissional e pessoal, foi o projeto mais enriquecedor, uma vez que pude obter um nível elevado de conhecimento numa área que não me era tão familiar e permitiu-me perceber que é possível adaptar as circunstâncias e levar para proximidade do utente os mais diversos serviços, nomeadamente ao nível das FC, pela especialidade no aconselhamento, profissionalismo e aproximação da população.

CONCLUSÕES FINAIS

O estágio curricular profissionalizante corresponde ao tempo em que pomos em prática todos os conhecimentos adquiridos teóricos ao longo de cinco anos do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas.

Contudo, a farmácia comunitária é uma vertente de Ciências Farmacêuticas com que nós, estudantes, não estamos familiarizados quando iniciamos esta última etapa, o que por si só, já é um desafio enorme.

Ao longo destes seis últimos meses aprendi a essência de ser farmacêutico perante as grandes adversidades em que o mundo nos coloca. Pude detetar que os farmacêuticos são profissionais de resiliência, capazes de lutarem em busca do melhor para o utente e comunidade em que se insere e colmatar as falhas que o sistema de saúde português, infelizmente, ainda apresenta.

As diversas atividades que pude realizar ao longo deste efémero período, contribuíram para perceber a dinâmica do funcionamento das farmácias comunitárias na sua generalidade, e a introdução precoce no atendimento ao público cooperou na conquista de bases que me permitirão enfrentar o futuro com maior segurança e confiança.

Depois de todos os esforços realizados e quase farmacêutica, termino com a convicção de que dei sempre o melhor de mim e levo comigo para a vida todos os ensinamentos prestados pelos colaboradores da Farmácia Faria. Agora é hora de abrir asas e voar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1) Ordem dos Farmacêuticos. Farmácia Comunitária. [Online] Disponível em: https://www.ordemfarmaceuticos.pt/pt/areas-profissionais/farmacia-comunitaria/ [Acedido a 27 de Fevereiro de 2021]
2) Portaria n.º 277/2012, de 12 de setembro, "Define o horário padrão de funcionamento das farmácias de oficina, regula o procedimento de aprovação e a duração, execução, divulgação e fiscalização das escalas de turnos, bem como o valor máximo a cobrar pelas farmácias de turno pela dispensa de medicamentos não prescritos em receita médica do próprio dia ou do dia anterior, e revoga a Portaria n.º 31-A/2011, de 11 de janeiro", Diário da República, 1.ª série, n.º 177, 2012, 5202 – 5203
3) Portaria n.º 14/2013, de 11 de Janeiro, "Primeira alteração à Portaria n.º 277/2012, de 12 de setembro, que define o horário padrão de funcionamento das farmácias de oficina, regula o procedimento de aprovação e a duração, execução, divulgação e fiscalização das escalas de turnos, bem como o valor máximo a cobrar pelas farmácias de turno pela dispensa de medicamentos não prescritos em receita médica do próprio dia ou do dia anterior", Diário da República n.º 8/2013, Série I de 2013-01-11
4) Decreto-Lei n.º 307/2007, de 31 de Agosto, Regime jurídico das farmácias de oficina, Diário da República, 1.ª série, n.º 168, 2007, 6083 – 6091
5) Ordem dos Farmacêuticos: Boas Práticas de Farmácia Comunitária - Norma geral sobre as infraestruturas e equipamentos, Abril de 2015, "Norma Geral sobre as infraestruturas e equipamentos" substitui a "Norma Geral sobre instalações e equipamento" das Boas Práticas de Farmácia da edição de 2001, a qual é revogada na presente data de publicação.
6) AP Portugal. "Os 9 princípios da metodologia kaizen". [Online] Disponível em: https://blog.apportugal.com/pt/os-9-principios-da-metodologia-kaizen [Acedido a 13 de Março de 2021]
7) Farmácias Portuguesas. "Como funciona o cartão Saúda?" [Online] Disponível em: https://www.farmaciasportuguesas.pt/sauda/como-funciona [Acedido a 13 de Março de 2021]
8) Ordem dos Farmacêuticos. "Operação Luz Verde chegou a mais de oito mil doentes." [Online] Disponível em: https://www.ordemfarmaceuticos.pt/pt/noticias/operacao-luz-verde-chegou-a-mais-de-oito-mil-doentes/ [Acedido a 14 de Março de 2021]
9) Ordem dos Farmacêuticos. Boas Práticas de Farmácia Comunitária - Norma geral sobre Preparação Individualizada da Medicação, Setembro de 2018.
10) Ordem dos Farmacêuticos. Norma de Orientação Farmacêutica: Administração de Medicamentos Injetáveis, Janeiro de 2009.
11) Valormed. "Quem somos." [Online] Disponível em: http://www.valormed.pt/paginas/2/quemsomos/ [Acedido a 17 de Março de 2021].

12) Valormed. Processo. [Online] Disponível em: http://www.valormed.pt/paginas/8/processo [Acedido a 17 de Março de 2021]
13) Revista da Ordem dos Farmacêuticos, "Infarmed cria Via Verde do Medicamento". n.º116 Julho/Set 2015, p.70.
14) Ordem dos Farmacêuticos, Boas Práticas Farmacêuticas para a farmácia comunitária. 3ª ed. 2009
15) INFARMED. "Conservação de medicamentos em caso de onda de calor." [Online] Disponível em:https://www.infarmed.pt/web/infarmed/profissionais-de-saude/prescricaoedispensa/medicamentos_e_calor/conservacao_medicamentos_calor [Acedido a 18 de Março de 2021]
16) INFARMED. Deliberação n.º047/CD/2015, de 19/03/2015. Regulamentação das Boas Práticas de Distribuição. [Online] Disponível em: https://www.infarmed.pt/documents/15786/1541735/Regulamento+relativo+%C3%A0s+Boas+Pr%C3%A1ticas+de+Distribui%C3%A7%C3%A3o/4bde6495-b33d-4311-8302-784be4a65971?version=1.2 [Acedido em 18 de Março de 2021]
17) Ordem dos Farmacêuticos. Boas Práticas em Farmácia Comunitária- Norma específica sobre dispensa de medicamentos e produtos de saúde, 2018. [Online] Disponível em: https://www.ordemfarmaceuticos.pt/fotos/documentos/of.c_n004_00_norma_especifica_sobre_dispensa_de_medicamentos_e_produtos_de_sauyde_5214920525afd9c8445f2c.pdf [Acedido a 18 de Março de 2021]
18) Decreto-lei n.º 167/2006, de 30 de Agosto. Medicamentos sujeitos a receita médica. Diário da República n.º 167/2006, nº 114, Série I de 2006-08-30.
19) INFARMED. Normas relativas à prescrição de medicamentos e produtos de saúde. 2019 Disponível em: https://www.infarmed.pt/documents/15786/17838/Normas_Prescri%C3%A7%C3%A3o/bcd0b378-3b00-4ee0-9104-28d0db0b7872 [Acedido em 19 de Março de 2021]
20) Decreto-Lei n.º 176/2006, de 30 de agosto, Estatuto do Medicamento, Diário da República, 1.ª série, n.º 167, 2006, 6297 – 6383
21) Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de janeiro, Regime jurídico do tráfico e consumo de estupefacientes e psicotrópicos, Diário da República, Série I-A, n.º 18, 1993, 234 - 252.
22) INFARMED. Saiba mais sobre Psicotrópicos e Estupefacientes, 2010. [Online] Disponível em: https://www.infarmed.pt/documents/15786/1228470/22_Psicotropicos_Estupefacientes.pdf [Acedido a 19 de Março de 2021].
23) Farmácias Portuguesas. "O que são medicamentos psicotrópicos?" [Online] Disponível em: https://www.farmaciasportuguesas.pt/menu-principal/bem-estar/o-que-sao-medicamentos-psicotropicos.html [Acedido em 19 de Março de 2021]

24) Decreto Regulamentar nº61/94, 10 de dezembro, Regras relativas ao controlo do mercado lícito de estupefacientes, substâncias psicotrópicas, precursores e outros produtos químicos suscetíveis de utilização no fabrico de droga, Diário da República, 1.ª série, nº236, 1994, 6183-6198
25) Decreto-Lei nº48-A/2010, 13 de maio, Regime geral das comparticipações do Estado no preço dos medicamentos, Diário da República, 1.ª série, n.º93, 2010, 1654-(2)-1654-(15).
26) INFARMED. Medicamentos Manipulados. [Online] Disponível em: https://www.infarmed.pt/web/infarmed/institucional/documentacao_e_informacao/campanhas/-/journal_content/56/15786/1487053?tagName=outras-campanhas [Acedido em 20 de Março de 2021]
27) Decreto-Lei n.o 95/2004, de 22 de Abril. Regula a prescrição e a preparação de medicamentos manipulados, Diário da República n.º 95/2004, Série I-A de 2004-04-22
28) ANF. Circular nº 0228-2020: Medicamentos manipulados comparticipados pelo SNS – Regras de dispensa em vigor desde Fevereiro de 2020.
29) Portaria nº 769/2004, de 1 de julho. Estabelece o cálculo do preço de venda ao público dos medicamentos manipulados por parte das farmácias, Diário da República n.º 153/2004, Série I-B de 2004-07-01
30) Portaria nº3-B/2007, 2 de janeiro, Regula o procedimento de pagamento às farmácias da comparticipação do Estado no preço de venda ao público dos medicamentos, Diário da República, 1.ª série, n.º1, 2007, 8-(4) a 8-(6)
31) INFARMED. Questões Frequentes sobre Medicamentos de dispensa exclusiva em farmácia. [Online] Disponível em: https://www.infarmed.pt/documents/15786/17838/Quest%C3%B5es+Frequentes+sobre+Medicamentos+de+dispensa+exclusiva+em+farm%C3%A1cia.pdf/18997b7e-b015-47e3-bc3a-4ad0f6d1e241 [Acedido em 23 de Março de 2021]
32) INFARMED. Lista de DCI identificadas pelo Infarmed como MNSRM-EF e respetivos protocolos de dispensa. [Online]. Disponível em: https://www.infarmed.pt/web/infarmed/entidades/medicamentos-uso-humano/autorizacao-de-introducao-no-mercado/alteracoes_transferencia_titular_aim/lista_dci [Acedido em 23 de Março de 2021]
33) Ordem dos Farmacêuticos, Norma OF.C-N005-00, de 10 de maio de 2018. Norma específica sobre indicação farmacêutica. Disponível em: https://www.ordemfarmaceuticos.pt/fotos/qualidade/of.c_n005_00_norma_especifica_sobre_indicacyayo_farmaceyutica_5541776765afd9c982f505.pdf [Acedido em 23 de Março de 2021]
34) Kharroubi, A. T. (2015). Diabetes mellitus: The epidemic of the century. World Journal of Diabetes, 6(6), 850. doi:10.4239/wjd.v6.i6.850

35) World Health Organization, Classification of Diabetes Mellitus. Geneva, 2019 Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. [Online] Disponível em: https://apps.who.int/iris/handle/10665/325182 [Acedido em 20 de Outubro de 2020]

36) World Health Organization, Diagnosis and management of type 2 diabetes (HEARTS-D). Geneva, 2020. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. [Online] Disponível em: https://apps.who.int/iris/handle/10665/331710 [Acedido em 20 de Outubro de 2020]

37) Diabetes Care (2013). Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. 33(Supplement_1), S62–S69. doi:10.2337/dc10-s062

38) American Diabetes Association. Diagnosis and classification of diabetes mellitus. Diabetes Care 2014; 37 Suppl 1: S81-S90 [PMID: 4357215 DOI: 10.2337/dc14-S081]

39) Ding, W., Xu, L., Zhang, L. et al. Meta-analysis of association between TCF7L2 polymorphism rs7903146 and type 2 diabetes mellitus. BMC Med Genet 19, 38 (2018) doi:10.1186/s12881-018-0553-5

40) A. Brunetti,, E. Chiefari, & D. Foti. (2014). Recent advances in the molecular genetics of type 2 diabetes mellitus. World Journal of Diabetes, 5(2), 128. doi:10.4239/wjd.v5.i2.128

41) João Filipe Raposo (2020). Diabetes: Factos e Números 2016, 2017 e 2018. Revista Portuguesa de Diabetes. 2020; 15 (1): 19-27

42) Direção Geral de Saúde (2011). Diagnóstico e Classificação da Diabetes Mellitus. Norma 002/2011 [Online] Disponível em: http://nocs.pt/wp-content/uploads/2015/11/Diagn%C3%B3stico-eClassifica%C3%A7%C3%A3o-da-Diabetes-Mellitus.pdf [Acedido em 20 de Outubro de 2020]

43) H. Staiger, F. Machicao, A. Fritsche, Häring HU. Pathomechanisms of type 2 diabetes genes. Endocr Rev 2009; 30: 557-585 [PMID: 19749172 DOI: 10.1210/er.2009-0017]

44) Direção Geral de Saúde (2008) Programa Nacional De Prevenção e Controlo da Diabetes. Lisboa. [Online] Disponível em: http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5-wpengine.netdna-ssl.com/files/2015/08/Programa-Nacional-de-Preven%C3%A7%C3%A3o-e-Controlo-da-Diabetes.pdf [Acedido em 22 de Outubro de 2020]

45) V. Martins, I. Paiva, C. Maia, M. Carvalheiro (2009) Rastreio de Diabetes Mellitus Tipo 2. Revista Portuguesa de Diabetes. 2009; 4 (4): 156-162

46) National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases (NIDDK). Diabetes Risk Test. [Online] Disponível em: https://www.niddk.nih.gov/health-information/diabetes/overview/risk-factors-type-2-diabetes/diabetes-risk-test [Acedido a 23 de Outubro de 2020]

47) Finnish Diabetes Association. Finnish Type 2 Diabetes Risk Assessement Form. [Online] Disponível em: https://www.diabetes.fi/files/502/eRiskitestilomake.pdf [Acedido em 23 de Outubro de 2020]

48) Diabetes Res Clin Pract (2011) Report of a World Health Organization consultation. Use of glycated haemoglobin (HbA1c) in the diagnosis of diabetes mellitus; 93: 299–309.

49) Diabetes Care (2011). Standards of Medical Care in Diabetes; 34, S11-S61.
50) R. Duarte, M. Melo, J. Silva Nunes, P.C. Melo, J. F. Raposo, D. Carvalho (2018) Recomendações Nacionais da SPD para o Tratamento da Hiperglicemia na Diabetes Tipo 2 – Atualização 2018/19 com Base na Posição Conjunta ADA/EASD. Revista Portuguesa de Diabetes; 13 (4): 154-180
51) Direção Geral de Saúde (2011). Abordagem Terapêutica Farmacológica na Diabetes Mellitus Tipo 2 no Adulto. Norma 052/2011 [Online] Disponível em: https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0522011-de-27122011-atualizada-a-30072013-jpg.aspx [Acedido em 23 de Outubro]
52) Direção Geral de Saúde (2019). Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo [Online] Disponível em: https://www.dgs.pt/portal-da-estatistica-da-saude/diretorio-de-informacao/diretorio-de-informacao/por-serie-1133746-pdf.aspx?v=%3D%3DDwAAAB%2BLCAAAAAAABAArySzItzVUy81MsTU1MDAFAHzFEfkPAAAA [Acedido em 18 de Dezembro de 2020]
53) World Health Organization (2020) Tobacco: key facts [Online] Disponível em: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tobacco [Acedido em 18 de Dezembro de 2020[
54) World Health Organization (2019). European Tobacco Use: Trends Report 2019. Disponível em: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/402777/Tobacco-Trends-Report-ENG-WEB.pdf [Acedido em 18 de Dezembro de 2020]
55) Instituto Nacional de estatística (INE) (2020) Inquérito Nacional de Saúde: Há menos fumadores, mas aumentou o consumo arriscado de bebidas alcoólicas: 2019 Disponível em: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=414434213&DESTAQUEStema=55538&DESTAQUESmodo=2 [Acedido em 22 de Dezembro de 2020)
56) National Center for Biotechnology Information. PubChem Compound Summary for CID 89594, Nicotine [Online] Disponível em: https://pubchem.ncbi.nlm.nih.gov/compound/Nicotine [Acedido em 17 de Janeiro de 2021]
57) Musk, A. W., & de Klerk, N. H. (2003). History of tobacco and health. Respirology, 8(3), 286–290. doi:10.1046/j.1440-1843.2003.00483.x
58) Benowitz, N.L. (2010). Nicotine Addiction. New England Journal of Medicine, 362(24), 2295–2303. doi:10.1056/nejmra0809890
59) R. West. (2017). Tobacco smoking: Health impact, prevalence, correlates and interventions. Psychology & Health, 32(8), 1018–1036. doi:10.1080/08870446.2017.1325890
60) R. J. DiFranza. (2015). A 2015 Update on The Natural History and Diagnosis of Nicotine Addiction. Current Pediatric Reviews, 11(1), 4355. doi:10.2174/1573396311666150501002703

61) Talhout, R., Schulz, T., Florek, E., van Benthem, J., Wester, P., & Opperhuizen, A. (2011). Hazardous compounds in tobacco smoke. International journal of environmental research and public health, 8(2), 613–628. https://doi.org/10.3390/ijerph8020613

62) Leone, A., Landini, L., & Leone, A. (2010). What is Tobacco Smoke? Sociocultural Dimensions of the Association with Cardiovascular Risk. Current Pharmaceutical Design, 16(23), 2510–2517. doi:10.2174/138161210792062948

63) Nunes, E. (2006) «Consumo de tabaco. Efeitos na Saúde», Revista Portuguesa de Clínica Geral; 22:225-244.

64) NIQUITIN® (2021) Guia de Aconselhamento Cessação Tabágica

65) DiClemente, C. C., Prochaska, J. O., Fairhurst, S. K., Velicer, W. F., Velasquez, M. M., & Rossi, J. S. (1991). The process of smoking cessation: An analysis of precontemplation, contemplation, and preparation stages of change. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59(2), 295–304. doi: 10.1037/0022-006X.59.2.295

66) Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., Velicer, W. F., Ginpil, S., & Norcross, J. C. (1985). Predicting change in smoking status for self-changers. Addictive Behaviors, 10(4), 395–406. doi:10.1016/0306-4603(85)90036-x

67) Prochaska, J. O., & Velicer, W. F. (1997). The Transtheoretical Model of Health Behavior Change. American Journal of Health Promotion, 12(1), 38–48. doi:10.4278/0890-1171-12.1.38

68) Ordem dos Farmacêuticos (OF) (2019) "Cessação Tabágica I- Terapêutica farmacológica" Disponível em: https://www.ordemfarmaceuticos.pt/pt/publicacoes/e-publicacoes/cessacao-tabagica-i-terapeutica-farmacologica/ [Acedido a 20 de Janeiro de 2021]

69) DGS, Algoritmo do Tratamento Farmacológico do Tabagismo. https://www.dgs.pt/programa-nacional-para-a-prevencao-e-controlo-do-tabagismo/relatorios-e-publicacoes/algoritmo-do-tratamento-farmacologico-do-tabagismo-pdf.aspx [Acedido em 25 de Janeiro de 2021]

70) Jiloha, R. (2014). Pharmacotherapy of smoking cessation. Indian Journal of Psychiatry, 56(1), 87. doi:10.4103/0019-5545.124726

71) Haighton, C. A., Newbury-Birch, D., & Kaner, E. F. S. (2013). Screening and Interventions in Medical Settings Including Brief Feedback-Focused Interventions. In Interventions For Addiction (pp. 287-298). Elsevier. https://doi.org/10.1016/B978-0-12-398338-1.00030-0

72) Richmond, R. L., Kehoe, L. A., & Webster, I. W. (1993). Multivariate models for predicting abstention following intervention to stop smoking by general practitioners. Addiction, 88(8), 1127–1135. doi:10.1111/j.1360-0443.1993.tb02132.x

73) Rebelo, Luis (2004) Consulta de Cessação Tabágica- Uma proposta para a medicina Geral e Familiar, [S.I.], v.20, n.1,p.87-89

74) Cahill, K., Stevens, S., Perera, R., & Lancaster, T. (2013). Pharmacological interventions for smoking cessation: an overview and network meta-analysis. Cochrane Database of Systematic Reviews. doi:10.1002/14651858.cd009329.pub2

75) Aubin, H. J., Luquiens, A., & Berlin, I. (2014). Pharmacotherapy for smoking cessation: pharmacological principles and clinical practice. British journal of clinical pharmacology, 77(2), 324–336. https://doi.org/10.1111/bcp.12116
76) Bial, Resumo das Características do Medicamento: Elontril [Online] https://www.bial.com/media/2757/elontril.pdf [Acedido em 27 de Janeiro de 2021]
77) EMA, Resumo das Características do Medicamento: Vareniclina [Online] https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/champix-epar-product-information_pt.pdf [Acedido em 27 de Janeiro de 2021]
78) Direção Geral de Saúde (2007) Cessação Tabágica: Programa-tipo de atuação.

ANEXOS

Anexo 1: Atividades realizadas ao longo dos 6 meses de estágio

Atividades	***Setembro***	***Outubro***	***Novembro***	***Dezembro***	***Janeiro***	***Fevereiro***	***Março e Abril***
Armazenamento e receção de encomendas							
Verificação de Prazos de Validade							
Atendimento ao Balcão		Com supervisão	Com supervisão	Autónomo	Autónomo	Autónomo	Autónomo
Faturação e Fecho do mês							
Gestão de Devoluções							
Determinação de Parâmetros Fisiológicos e Bioquímicos							
Projeto I							
Projeto II							

Anexo 2: Formações realizadas ao longo do Estágio Curricular

Tema	***Entidade Responsável***	***Local***	***Data***	***Duração***	***Certificado***
Tertúlias SIM	Escola de Pós-Graduação em Saúde e Gestão ANF	Zoom	2020/10/14	2h	Anexo 3
Introdução ao Espaço Animal	Globalvet	Zoom	2020/10/13	2h	
A tosse	Phytoderm	Zoom	2020/10/20	20 min	Anexo 3
Patologia da Cavidade Oral	Escola de Pós-Graduação em Saúde e Gestão ANF	Zoom	2020/10/21	1,5h	----------
Estudo CEFAR: Estudo sobre a frequência da asma difícil de tratar	Escola de Pós-Graduação em Saúde e Gestão ANF	FF	2021/01/01 – 2021/10/23	----------	----------
Da Higiene à Saúde Oral na Farmácia: Um Caminho, Uma Oportunidade	Escola de Pós-Graduação em Saúde e Gestão ANF em parceria com a PeG	Zoom	2020/11/19	1h	Anexo 3
Formação de Produtos da marca Martiderm®	Formadora Martiderm®	FF	2020/12/03	2h	----------
Vacinas contra a COVID-19. O futuro é já amanhã!	Escola de Pós-Graduação em Saúde e Gestão ANF	Zoom	2020/12/16	1,5h	Anexo 3
Formação Nacional Perrigo: Niquitin	Perrigo	Zoom	2021/01/26	2h	----------
Nutrição clínica: um aliado no tratamento oncológico	Escola de Pós-Graduação em Saúde e Gestão ANF	Zoom	2021/02/03	1,5h	Anexo 3
Formação produtos Apoteca Natura®	Formador Apoteca Natura®	FF	2021/02/18	2,5h	----------
Campanha de Sensibilização do Cancro do Colorretal	Go Far	Zoom	2021/03/05	1,5h	----------
Formação produtos Apoteca Natura®	Plataforma Online *Apoteca Natura®*	Vídeocursos	2021/03/08-2021/03/22	----------	----------

Anexo 3: Certificados de Formações Realizadas



Certifica-se que

Alice Santos

participou no webinar Tosse'20 online, com duração de **20 minutos**, com o tema:

"A Tosse"

phytoderm.15 Phytoderm, 20 de outubro de 2020 Aboca

ESCOLA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E GESTÃO

CERTIFICADO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL

Certifica-se que **Alice Isabel Santos**, natural de **Santo Tirso**, nascida a **13-01-1997**, de nacionalidade **Portuguesa**, portadora do **Documento de Identificação** n.º **15358964-7-ZY0**, válido até **28-12-2021** , frequentou a acção de formação **Tertúlias SIM**, que decorreu em **Webinar,** realizado a **14 de outubro de 2020**.

Conteúdo Programático

Perguntas, reflexões e respostas acerca de:

– Adaptação do Espaço do espaço físico da Farmácia no período de Inverno
– Importância do Espaço digital nos novos tempos adaptado à realidade das Farmácias: Conceito Phygital
– Equipa como o motor da transformação nos novos tempos

TOTAL 1 HORAS

Direção da EPGSG

ESCOLA DE
PÓS-GRADUAÇÃO
EM SAÚDE E GESTÃO

CERTIFICADO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL

Certifica-se que **Alice Isabel Santos**, natural de **Santo Tirso**, nascida a **13-01-1997**, de nacionalidade **Portuguesa**, portadora do **Documento de Identificação** n.º **15358964-7-ZY0**, válido até **28-12-2021** , frequentou a acção de formação **Da Higiene à Saúde Oral na Farmácia – Um Caminho, Uma Oportunidade**, que decorreu em **Webinar,** realizado a **19 de novembro de 2020**.

Conteúdo Programático

A Saúde Oral dos novos tempos
- Mudanças de comportamento de compra: "Um caminho, uma Oportunidade"
- Novas tendências de consumo da categoria
- Dados globais da Saúde Oral no mercado Nacional
- Perfis de clientes e associação de necessidades

A dinâmica da Categoria no ponto de venda
- Aplicação do conceito: "Da higiene à Saúde Oral"
- Organização da categoria Saúde Oral associado aos Modelos de Farmácia
- Foco no segmento Escovas Elétricas: Dinamização no ponto de venda; Técnicas de aconselhamento; Rentabilidade e Eficácia

Ativação da categoria
- Proximidade digital: ferramentas
- Parte prática: Utilização das escovas elétricas "boas recomendações surgem de bons utilizadores"

ESCOLA DE
PÓS-GRADUAÇÃO
EM SAÚDE E GESTÃO

CERTIFICADO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL

Certifica-se que **Alice Isabel Santos**, natural de **Santo Tirso**, nascida a **13-01-1997**, de nacionalidade **Portuguesa**, portadora do **Documento de Identificação** n.º **15358964-7-ZY0**, válido até **28-12-2021** , frequentou a acção de formação **Webinar - Nutrição clínica: um aliado no tratamento oncológico**, que decorreu em **Webinar,** realizado a **3 de fevereiro de 2021**.

Conteúdo Programático

- Alimentação e Cancro
- A desnutrição em doentes com cancro
- Alimentação em doentes com cancro: nutrição individualizada e prevenção da desnutrição
- Dieta e modulação sintomática: anorexia, xerostomia, disgeusia, náuseas e vómitos, diarreia, obstipação
- Suplementação nutricional em oncologia

TOTAL 1,5 HORAS

ESCOLA DE
PÓS-GRADUAÇÃO
EM SAÚDE E GESTÃO

CERTIFICADO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL

Certifica-se que **Alice Isabel Santos**, natural de **Santo Tirso**, nascida a **13-01-1997**, de nacionalidade **Portuguesa**, portadora do **Documento de Identificação** n.º **15358964-7-ZY0**, válido até **28-12-2021** , frequentou a acção de formação **Webinar - Vacinas contra a COVID-19. O futuro é já amanhã!**, que decorreu em **Webinar,** realizado a **16 de dezembro de 2020**.

Conteúdo Programático

- Tipo de vacinas
- Imunidade
- Segurança
- Efetividade
- Processo de vacinação (armazenamento e condições)

Orador convidado: João Gonçalves – Professor associado da FFUL / Diretor do Instituto de Investigação do Medicamento

Moderadora: Cátia Sousa Marques – Direção da ANF

TOTAL 1,5 HORAS

Anexo 4: Ficha de Avaliação de Risco de Diabetes Tipo 2

U.PORTO FACULDADE DE FARMÁCIA UNIVERSIDADE DO PORTO

FARMÁCIA FARIA

Avaliação do risco de Diabetes Tipo 2

Assinalar com uma cruz a resposta e somar o total de pontos no final.

1) Idade

0 p. Menos de 45 anos

2 p. 45-54 anos

3 p. 55-64 anos

4 p. Mais de 64 anos

2) Índice de Massa Corporal – IMC = peso (Kg) / (altura em cm)2

0 p. Menos de 25 kg/m2

1 p. 25-30 kg/m2

3 p. Mais de 30 kg/m2

3) Medida da cintura (normalmente ao nível do umbigo)





0 p. Menos de 94 cm	0 p. Menos de 80 cm
3 p. 94-102 cm	3 p. 80-88 cm
4 p. Mais de 102 cm	4 p. Mais de 88 cm

4) Pratica, diariamente, atividade física pelo menos durante 30 minutos no trabalho ou durante o tempo livre?

0 p. Sim

2 p. Não

5) Com que regularidade come vegetais e/ou fruta?

0 p. Todos os dias

1 p. Ás vezes

6) Toma regularmente, ou já tomou, alguns medicamentos para a hipertensão arterial?

0 p. Não

2 p. Sim

7) Alguma vez teve açúcar elevado no sangue (por ex. num exame de saúde, durante um período de doença ou durante a gravidez)?

0 p. Não

5 p. Sim

8) Tem algum membro de família próxima ou outros familiares a quem foi diagnosticado diabetes (Tipo 1 ou Tipo 2)?

0 p. Não

3 p. Sim: avós, tias, tios ou primos 1º grau

5 p. Sim: Pais, irmãos, irmãs ou filhos

Risco de vir a ter Diabetes Tipo 2 dentro de 10 anos é: ☐

< 7	Baixo: calcula-se que 1 em 100 desenvolverá a doença
7-11	Sensivelmente elevado: calcula-se que 1 em 25 desenvolverá a doença
12-14	Moderado: calcula-se que 1 em 6 desenvolverá a doença
15-20	Alto: calcula-se que 1 em 3 desenvolverá a doença
> 20	Muito alto: calcula-se que 1 em 2 desenvolverá a doença

Fontes: Direção Geral de Saúde (DGS)

Adaptado por Alice Santos no Âmbito do Estágio Curricular do Mestrado Integrado em Ciência Farmacêuticas - 2020/2021

Anexo 5: Panfleto informativo sobre de Diabetes Mellitus

DIABETES

FARMÁCIA FARIA | U.PORTO FACULDADE DE FARMÁCIA UNIVERSIDADE DO PORTO | dia mundial da diabetes 14 de novembro

PANFLETO REALIZADO POR ALICE SANTOS NO ÂMBITO DO ESTÁGIO CURRICULAR DO MICF DO ANO 2020/2021

O QUE É?

A diabetes é uma doença crónica que se carateriza pelos **níveis de açúcar (glicose) excecionalmente elevados no sangue** (hiperglicemia) devido à deficiente produção de insulina ou devido à baixa eficácia da insulina em retirar a glicose da corrente sanguínea para as células.

TIPOS DE DIABETES

Existem essencialmente 3 tipos de Diabetes:

TIPO 1

O sistema imunológico ataca as células do pâncreas que produzem insulina, causando a sua destruição:

O organismo produz pouca ou nenhuma insulina

Manifesta-se maioritariamente antes dos 30 anos de idade.

Estudos defendem que este tipo de diabetes pode ser despoletado por uma infeção viral, um fator nutricional na infância ou na adolescência, ou predisposição genética.

Tratamento: Insulina.

TIPO 2

O pâncreas continua a produzir insulina, mas o organismo cria resistência aos efeitos da insulina:

Insulina existente não é suficiente para atender às necessidades do organismo

(Diminuição da capacidade de produção de insulina pelo pâncreas)

Forma mais comum da diabetes e muito relacionada com **estilos de vida.**

Manifesta-se depois dos 30 anos e torna-se mais comum com o aumento da idade.

Tratamento: Antidiabéticos orais (**ADO**)

Insulina

Hormona **produzida pelo pâncreas** controla a quantidade de glicose no sangue e faz o transporte de açúcar, produzindo energia

Sangue → Células

5% das grávidas apresenta diabetes gestacional.

Surge no decurso da gravidez, pois a placenta produz uma hormona que faz com que o corpo se torne resistente à insulina.

Mais comum em mulheres obesas e com antecedentes de diabetes.

Tratamento: Essencialmente cuidado com a alimentação e exercício físico. Caso seja insuficiente, usar **ADO** ou Insulina.

FATORES DE RISCO

- Obesidade
- Hipertensão Arterial
- Colesterol elevado
- Estilo de vida sedentário
- Alimentação rica em açúcar

DIAGNÓSTICO

Grávidas

- Glicemia em jejum: ≥ 92 mg/dl e < 126 mg/dl
- Se glicemia em jejum < 92 mg/dl, realiza-se PTGO (Prova de Tolerância à Glicose Oral) com 75 g de glicose, às 24-28 semanas de gestação.
  - i. às 0 horas, glicemia ≥ 92 mg/dl
  - ii. à 1 hora, glicemia ≥ 180 mg/dl
  - iii. às 2 horas, glicemia ≥ 153 mg/dl

Pessoas em geral

- Glicemia em jejum ≥ 126 mg/dl
- Sintomas clássicos + glicemia ocasional ≥ 200 mg/dl
- Glicemia ≥ 200 mg/dl às 2 horas PTGO
- Hemoglobina glicada A1c (HbA1c) ≥ 6,5%.

SINTOMAS

Semelhantes para todos os tipos

- SEDE E FOME FREQUENTE
- URINAR FREQUENTEMENTE
- PERDA DE PESO REPENTINA
- CANSAÇO
- VISÃO TURVA
- SONOLÊNCIA

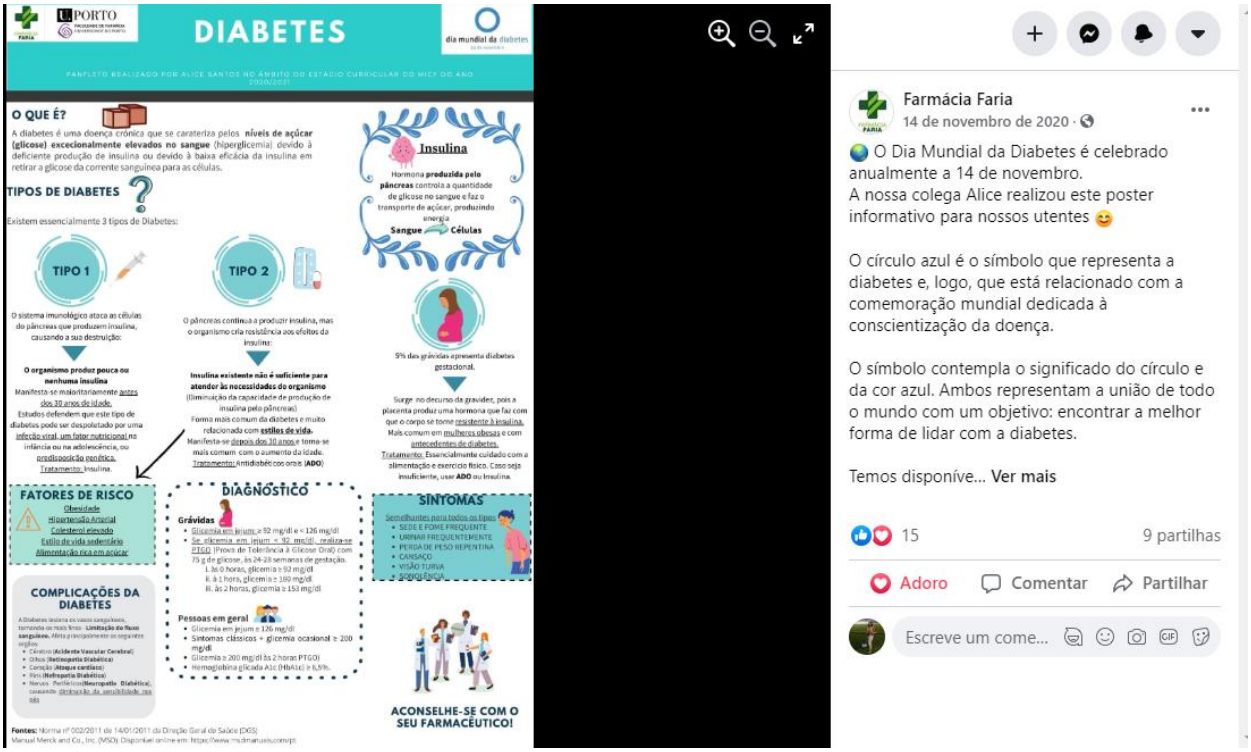
COMPLICAÇÕES DA DIABETES

A Diabetes lesiona os vasos sanguíneos, tornando-os mais finos - **Limitação do fluxo sanguíneo.** Afeta principalmente os seguintes orgãos:

- Cérebro (**Acidente Vascular Cerebral**)
- Olhos (**Retinopatia Diabética**)
- Coração (**Ataque cardíaco**)
- Rins (**Nefropatia Diabética**)
- Nervos Periféricos(**Neuropatia Diabética**), causando diminuição da sensibilidade nos pés

ACONSELHE-SE COM O SEU FARMACÊUTICO!

Anexo 6: Publicação do Panfleto informativo sobre de Diabetes Mellitus no *Facebook*® da FF



Anexo 7: Teste de Fagerstrom (Adaptado)

FARMÁCIA FARIA

Teste de Fagerström

Quanto tempo depois de acordar fuma o seu primeiro cigarro?	Nos primeiros 5 minutos	3
	Após 6-30 minutos	2
	Após 31-60 minutos	1
	Após 60 minutos	0

É difícil para si não fumar em áreas onde é proibido fumar (cinemas, viagens de avião, etc)	Sim	1
	Não	0

Qual o cigarro que teria mais dificuldade em abandonar?	O primeiro da manhã	1
	Outro	0

Quantos cigarros fuma habitualmente por dia?	≤10	0
	11-20	1
	21-30	2
	>31	3

Fuma mais frequentemente nas primeiras horas após acordar do que durante o resto do dia?	Sim	1
	Não	0

Fuma, mesmo quando está doente e acamado?	Sim	1
	Não	0

O seu nível de dependência pode ser classificado em:

1-4 Baixa; ☐

5-7 Moderada; ☐

8-10 Elevada ☐

Anexo 8: Teste de Richmond (Adaptado)

FARMÁCIA FARIA

Teste de Richmond

1. Gostava de deixar de fumar se fosse um processo fácil?

Sim ☐ 1

Não ☐ 0

2. Classifique o seu interesse em deixar de fumar:

Não tenho interesse ☐ 0

Pouco ☐ 1

Algum ☐ 2

Muito ☐ 3

3. Vai tentar deixar de fumar nas duas próximas semanas?

Com certeza que não ☐ 0

Talvez não ☐ 1

Talvez sim ☐ 2

Com certeza que sim ☐ 3

4. Qual a possibilidade se se tornar um ex-fumador nos próximos 6 meses?

Com certeza que não ☐ 0

Talvez não ☐ 1

Talvez sim ☐ 2

Com certeza que sim ☐ 3

O seu nível de motivação pode ser classificado em:

1-4 Baixa; ☐

5-7 Moderada; ☐

8-10 Elevada ☐

Anexo 9: Lista de Marcações para Consulta de Cessação Tabágica

FARMÁCIA FARIA

Lista de Marcação de Consultas de Cessação Tabágica

Nome	Contacto	Data de primeira consulta	Observações

Anexo 10: Ficha Clínica usada na consulta de Cessação Tabágica

FARMÁCIA FARIA

Ficha Clínica

Nome:_____

_____

Data de Nascimento: ___/___/____

Contactos:_____

Fases do Tratamento	Sistema Transdérmico	Formato Oral	Pressão Arterial	Peso/IMC
Fase 1 Data de Inicio: ___/___/___				
Fase 2 Data de Inicio: ___/___/___				
Fase 3 Data de Inicio: ___/___/___				

Dia de contactar utente (Dia D): ___/___/___ Agendamento de Novas Consultas:

Data	Hora	Observações

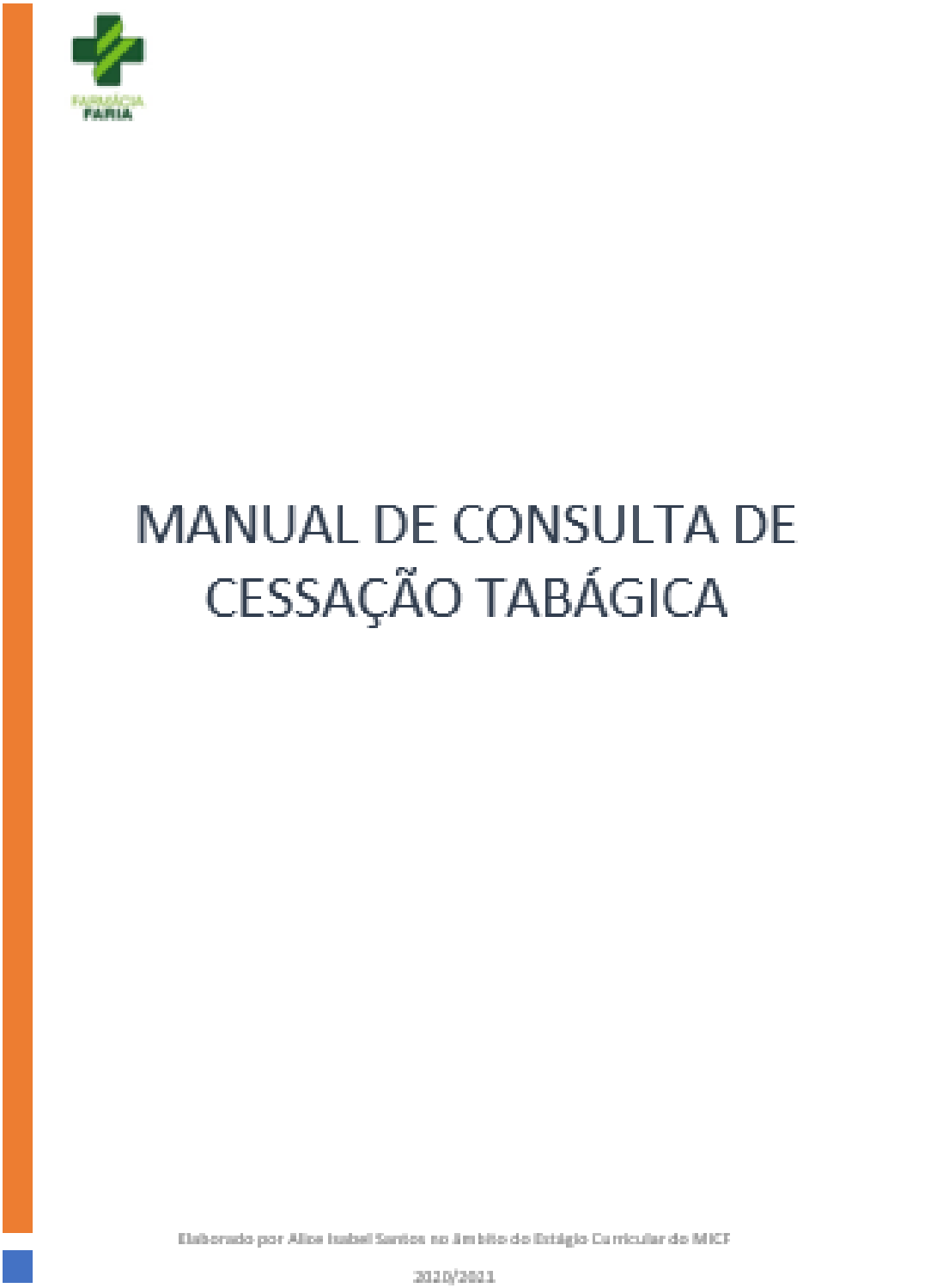
Notas: _____

_____

_____

Data:___/___/____ Operador:

Anexo 11: "Manual de Consulta de Cessação Tabágica"



Índice

A Consulta de Cessação Tabágica 1
Objetivo 1
Abordagem 1
A primeira consulta 1
No dia D 1
As consultas seguintes 1
Recaída 1
Tabela resumo das consultas a realizar 1
Teste de Fagerström 1
Teste de Richmond 1
Ficha Clínica 1
Lista de Marcação de Consultas de Cessação Tabágica 1
Procedimento de Intervenção na realização da Consulta de Cessação Tabágica 1
Referências 1
Anexos 1

A Consulta de Cessação Tabágica

Objetivo

O que se pretende é a inscrição de fumadores em fase de preparação, isto é, suficientemente motivados para deixarem de fumar num período de 1 mês. Nesta fase, espera-se que o fumador responda sem indecisão que quer deixar de fumar.

Assim, nestes utentes, o objetivo do aconselhamento é rever as tentativas anteriores, caso existam, auxiliar a identificar as razões que o levam a fumar, bem como os benefícios de parar de fumar, identificando o que melhor funcionou e as barreiras encontradas.

Como farmacêuticos, devemos felicitá-los pela decisão tomada, fornecer toda a informação e material de apoio, assim como estabelecer o Dia D, dia de cessação tabágica.

Abordagem

Abordar ativamente ou identificar sempre que possível fumadores. Fazer questões como "Já fumou? Fuma? Já pensou nos benefícios que o abandono do tabaco lhe traria? Se fuma, quantos cigarros fuma por dia?"

Encaminhar para consulta de cessação tabágica, caso o utente se mostre recetivo e interessado.

A primeira consulta

Após inscrição para consulta de cessação tabágica, realizar no momento se possível ou agendar uma data com o utente.

Nesta consulta:

- Devem ser recolhidos os dados presentes na "Ficha Clínica", como o nome, sexo, idade, peso, altura, IMC, pressão arterial.
- Avaliação da história tabágica (número de cigarros/dia), grau de dependência física de nicotina (Teste de Fagerstrom) e grau de motivação (Teste de Richmond).
- Avaliação de fatores de risco, patologia prévia ou terapêutica farmacológica.

Os utentes fumadores com:

-Cardiopatia isquémica com menos de 8 semanas de evolução;

-Arritmias cardíacas ou hipertensão arterial não controladas;

-Patologias crónicas (nefropatia, hepatopatia, cardiopatia, etc) não controladas;
-Necessidades especiais de abordagem – doentes com outros comportamentos aditivos (álcool, drogas ilícitas, cafeísmo, benzodiazepinas, jogo, internet, etc);

-Doença psiquiátrica sob medicação crónica;

-Grávidas.

Devem ser reencaminhados para uma consulta médica.

2

- Discussão e avaliação dos resultados dos inquéritos de dependência, motivação e com base nestes resultados estabelecer um plano terapêutico de acordo com as necessidades e preferências do utente. Recorrer ao Manual de Cessação Tabágica da Niquitin®
- Incentivar ao exercício físico e terapêutica de Substituição de Nicotina.
- Dependendo do utente, este pode decidir deixar de fumar de forma imediata ou não. No caso da decisão de ir reduzindo o número de cigarros antes de estabelecer um dia de cessação definitiva, é importante realizar pelo menos duas consultas antes do estabelecimento do dia D. Para isso, recomenda-se desafiar o utente a estabelecer objetivos para apresentar numa consulta seguinte:
    1. Diminuir o número de cigarros fumados por dia até à próxima consulta
    2. Atrasar o primeiro cigarro do dia, os minutos que for possível.
    3. Escrever o "diário do fumador" num dia típico da semana, quantificando o número de cigarros fumados e caraterizando cada um deles.
    4. "Limpar" a casa, o carro, o emprego e os locais onde passa a maior parte do dia de todos os artefactos associados ao hábito tabágico.
    5. Rever o plano alimentar. Pretende-se uma alimentação saudável, diversificada, com a ingestão forçada de líquidos, frutas, vegetais e cereais.
    6. Rever o plano de atividade física, adaptado a cada utente. Aconselhar meia hora diária.
    7. Estabelecer o dia D se os objetivos foram cumpridos e se o utente se sentir preparado.

- No caso de o utente querer deixar imediatamente de fumar nas próximas semanas, marcar o dia D.
- Entrega de folhetos informativos ao utente, esclarecimento de dúvidas presencialmente ou via telefone/internet.
- Marcação de uma nova Consulta de seguimento sempre que possível, pois recomenda-se uma média de 3 a 6 consultas anuais para um maior sucesso de terapêutica.

No dia D

No dia D, que deve acontecer dentro de poucos dias após a consulta, contactar o utente via telefónica e felicitá-lo pela atitude tomada. Relembrar os benefícios de deixar de fumar e esclarecer dúvidas que possam existir e motivá-lo.

As consultas seguintes

- Avaliar o cumprimento do que utente se propôs a cumprir.
- Detetar e ajudar a corrigir o eventual aumento ponderal, ansiedade e síndrome de privação após cessação tabágica. Aqui podemos recomendar um medicamento não sujeito a receita médica de controlo de ansiedade e distúrbios do sono.
- Ajuste ou alteração de terapêutica de substituição de nicotina.
- Avaliação de possíveis efeitos adversos.
- Reavaliação dos dados da primeira consulta, como o peso, IMC e pressão arterial.

3

Recaída

Numa primeira fase de cessação tabágica promove-se a mudança de atitude e motivação, recorrendo também a uma ajuda personalizada de Terapêutica de Substituição de Nicotina.

Contudo, é necessário alertar o utente que as recaídas são um aspeto normal do processo e que a maioria das pessoas precisa de várias tentativas antes de obter o sucesso definitivo.

As principais razões apontadas pelos fumadores para a recaída são a falta de apoio para a cessação, sintomas de abstinência acentuados, aumento de peso e falta de motivação.

Algumas estratégias podem ser úteis na prevenção de recaídas:

- Identificar e aprender a evitar situações que aumentem o desejo de fumar;
- Reduzir comportamentos habitualmente associados ao tabaco;
- Evitar estar na proximidade de pessoas a fumar;
- Adotar um estilo de vida saudável.

Quando as pessoas sofrem uma recaída, é normal que regresse a um estádio em que, durante algum tempo, não quer mudar, voltando, no entanto, a colocar essa hipótese mais tarde.

Nesta fase, é essencial, como farmacêuticos, reforçar a motivação segundo a metodologia dos "5 Rs" e auxiliar no novo processo de cessação tabágica.

Tabela resumo das consultas a realizar

Antes do dia D 1 a 2 consultas	"Fase de luto" 1 a 2 consultas de 8 a 30 dias depois de deixar de fumar	"Fase de normalização" 1 a 2 consultas de 2 a 3 meses depois de deixar de fumar	Fase de acompanhamento do ex-fumador 6 a 12 meses depois de deixar de fumar
• Preenchimento da ficha clínica com avaliação das características do fumador; • Estabelecer objetivos de mudança comportamental; • Marcar uma nova consulta antes do Dia D para os utentes qu querem fazer uma redução dos cigarros fumados antes de estabelecer o dia D. • Marcar Dia D e dispensar TSN.	• Preenchimento da ficha clínica; • Avaliar se os objetivos foram cumpridos; • Avaliar efeitos secundários e rever terapêutica, se necessário; • Valorizar todo o esforço, reforçar motivação.	• Preenchimento da ficha clínica; • Prevenir recaídas; •Reforçar vantagens de deixar de fumar •Suspensão da terapêutica, se possível; • Felicitar o utente.	• Prevenir recaídas, presencialmente ou via contacto telefónico; • Reforço positivo da atitude tomada; • No caso de haver recaídas, motivar a deixar de fumar e repetir todo o processo.

Procedimento de Intervenção na realização da Consulta de Cessação Tabágica

1. Pedido de Terapêutica de Substituição de Nicotina pelo Utente ou abordar ativamente utentes em que haja conhecimento de serem fumadores.
2. Agendar consulta e/ou realizar no momento, se possível.
3. Encaminhar o Utente para o GAP 1.
4. Identificar o Utente (preencher dados na Ficha Clínica) e disponibilizar informações sobre os benefícios de deixar de fumar, bem como os malefícios do tabagismo, e entrega de **Panfleto "Deixar de Fumar".**
5. Abordar o Utente de acordo com a mnemónica dos 5 A's, aplicar o Teste de Fagerström e de Richmond, e com base nesses resultados, escolher a melhor terapêutica de acordo com as preferências do mesmo (Consultar "Guia de Aconselhamento de Cessação Tabágica" da Niquitin®).
6. Marcar nova consulta se o utente prefere reduzir o número de cigarros fumados antes de estabelecer um dia D.
7. Marcar o dia em que o utente deixa de fumar (Dia D) e contactar o utente no Dia D, felicitando-o e motivando-o pela atitude tomada.
8. Acompanhar o utente periodicamente através de uma nova consulta, para avaliar o utente (Consultar "Manual de Consulta de Cessação Tabágica"), bem como detetar eventuais dificuldades de motivação ou recaída.
9. Se o utente não quiser marcar uma nova consulta, efetuar um contacto telefónico periódico.
10. Em visitas à farmácia, questionar o Utente sobre todo o processo de Cessação Tabágica, nomeadamente se está a conseguir ter sucesso ou dificuldades que possa sentir (Colocar lembrete na Ficha de Utente).

Procedimento realizado por: Alice Santos

Referências

DGS, Cessação Tabágica: Programa-tipo de atuação (2007). Disponível em: http://nocs.pt/wp-content/uploads/2016/04/livro-dgs-cessao-tabgica.pdf

DGS, Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo (2019). Disponivel em: https://www.dgs.pt/portal-da-estatistica-da-saude/diretorio-de-informacao/diretorio-de-informacao/por-serie-1133746-pdf.aspx?v=%3D%3DDwAAAB%2BLCAAAAAAABAArySzItzVUy81MsTU1MDAFAHzFEfkPAAAA

HAIGHTON, C. A., Newbury-Birch, D., & Kaner, E. F. S. (2013). Screening and Interventions in Medical Settings Including Brief Feedback-Focused Interventions. In Interventions For Addiction (pp. 287-298). Elsevier. https://doi.org/10.1016/B978-0-12-398338-1.00030-0

RICHMOND, R. L., KEHOE, L. A., & WEBSTER, I. W. (1993). Multivariate models for predicting abstention following intervention to stop smoking by general practitioners. Addiction, 88(8), 1127–1135. doi:10.1111/j.1360-0443.1993.tb02132.x

"Algoritmo do Tratamento Farmacológico do Tabagismo" DGS. Disponível em: https://www.dgs.pt/programa-nacional-para-a-prevencao-e-controlo-do-tabagismo/relatorios-e-publicacoes/algoritmo-do-tratamento-farmacologico-do-tabagismo-pdf.aspx

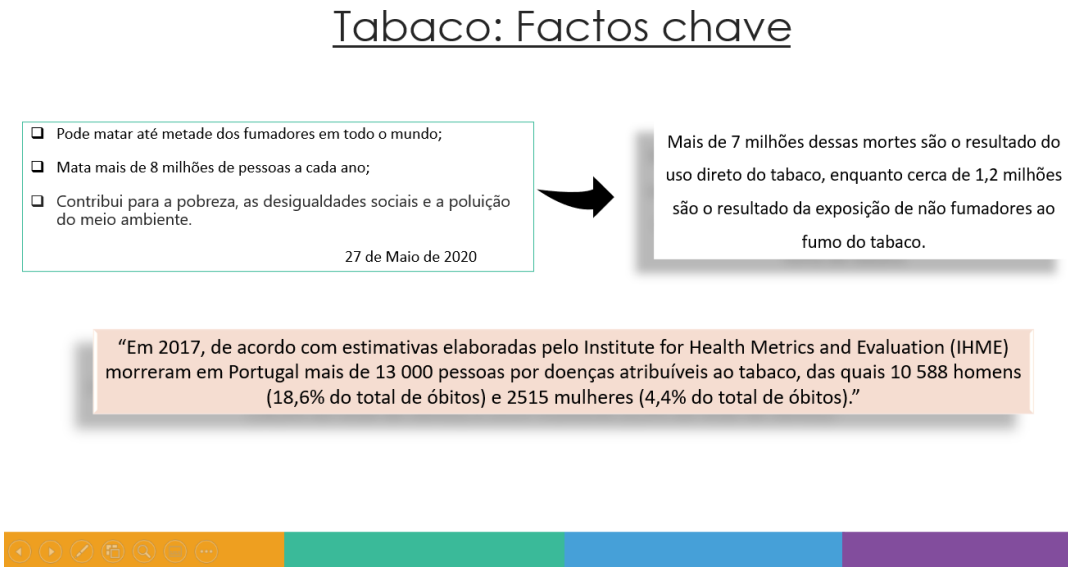
REBELO, Luis, Consulta de Cessação Tabágica- Uma proposta para a medicina Geral e Familiar, [S.l.], v.20, n.1,p.87-89, jan 2004. Disponível em:

https://www.rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/100012/9750.

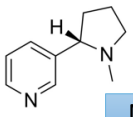
NIQUITIN®, Guia de Aconselhamento Cessação Tabágica (2021)

Anexo 12: Apresentação realizada aos colaboradores da FF



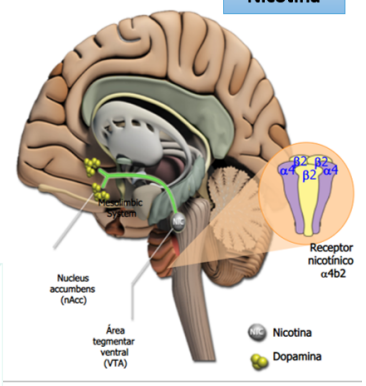


Tabaco: Causa da dependência



Nicotina

- É um alcaloide isolado da planta *Nicotiana tabacum;*
- Atua como um **agonista dos recetores colinérgicos nicotínicos**, situados no mesencéfalo, levando à **produção e libertação de neurotransmissores** como a acetilcolina, beta-endorfina, **dopamina**, norepinefrina, serotonina e ACTH, através de Neurónios Axonais, no **Núcleo Accumbens**.

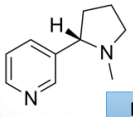


Sensação de **Prazer** e **Recompensa**; Melhoria da Memória e Atenção;

↓

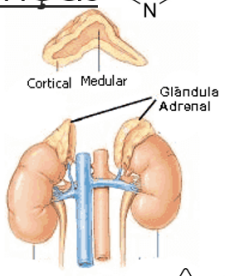
Exposição repetida à mesma quantidade de nicotina leva à redução destes efeitos, o que pode levar ao aumento das doses consumidas: **Adição/Tolerância**

Tabaco: Causa de doenças



Nicotina

- Liga-se aos recetores nicotínicos da acetilcolina nas **Células Cromafins na Medula da Glândula Adrenal** desencadeando a libertação de **Catecolaminas (Adrenalina e Noradrenalina)** na corrente sanguínea.



↑ Frequência e Força de Contração Cardíaca;
↑ Glicogenólise hepática e muscular; → ↑ Açúcar e Ácidos Gordos no sangue → **Diabetes**
Vasoconstrição;
↑ Pressão Arterial;
↑ Frequência Respiratória.

Hipertensão; Acidentes Vasculares; Doenças respiratórias.

Tabaco: Outros Constituintes Tóxicos

Monóxido de carbono

Depois de inalado e absorvido na corrente sanguínea, o monóxido de carbono liga-se à hemoglobina e impede que esta transporte oxigénio suficiente para o resto do corpo, afetando os níveis de energia e danificando os vasos sanguíneos.

→ **Doenças Cardíacas e enfarte**

Alcatrão

É o responsável pelas manchas amarelas dos dedos e dentes dos fumadores; **Carcinogénico**.

Benzeno (um químico utilizado na produção de petróleo; **Carcinogénico**)
Amónio (produtos de limpeza; **Danos respiratórios**)
Acetona (diluentes e removedores de verniz; **Danos Neurológicos**)
Cianeto de hidrogénio (um gás tóxico)
Cádmio (o componente de baterias)
Butano (isqueiros)



Mais de 5000 compostos químicos!

Benefícios associados à Cessação Tabágica

O que acontece se deixar de fumar?

- ✓ **20 minutos** após o último cigarro, o ritmo cardíaco baixa.
- ✓ **12 horas** depois, o nível de monóxido de carbono no sangue regressa aos valores normais.
- ✓ **2 semanas a 3 meses** depois, o risco de ocorrência de enfarte de miocárdio desce e a função pulmonar aumenta.
- ✓ **1 a 9 meses** depois, a ocorrência de tosse e dispneia diminuem.
- ✓ **1 ano** depois, o risco de doença cardíaca coronária é metade do de um fumador.
- ✓ **5 anos** depois, o risco de acidente vascular cerebral iguala o de um não-fumador.
- ✓ **10 anos** depois, o risco de cancro do pulmão é cerca de metade do de um fumador. O risco de cancro da boca, faringe, esófago, bexiga, rim e pâncreas também diminui.
- ✓ **15 anos** depois, o risco de doença cardíaca coronária é igual ao de um não-fumador.



A Consulta de Cessação Tabágica

❑ A **intervenção do farmacêutico** assenta em 5 passos fundamentais, que correspondem à **menemónica dos 5 A`s**:

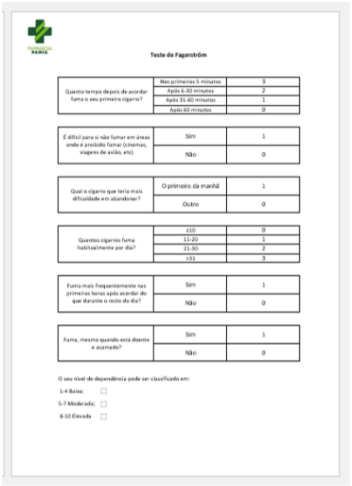
Abordar — Identificar sistematicamente todos os fumadores; Sugerir consulta de Cessação Tabágica; Se sim, registar todos os dados do fumador na **Folha do Utente**.

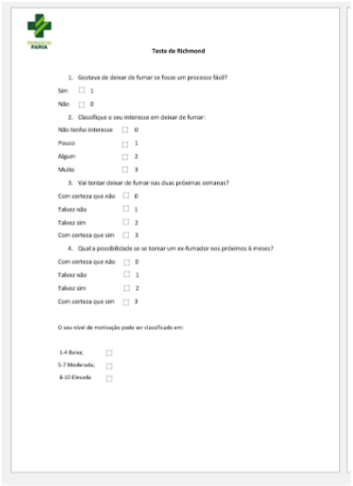
Aconselhar — Informar todos os benefícios de deixar de fumar, e os malefícios associados ao tabagismo; Aconselhar a parar; Entregar **Folheto Informativo.**

Avaliar — Observar se o fumador está **motivado** para **deixar de fumar no mês ou nos seis meses seguintes. Teste de Fagerström e Teste de Richmond**

Ajudar — Escolha do **Dia D (se for um fumador que pretenda deixar de fumar de imediato);** Informar estratégias para **ultrapassar os sintomas de abstinência; Tratamento de substituição de nicotina mais adequado.**

Acompanhar — **Programar o acompanhamento após o Dia de Cessação, por marcação de nova consulta ou por contacto telefónico.**

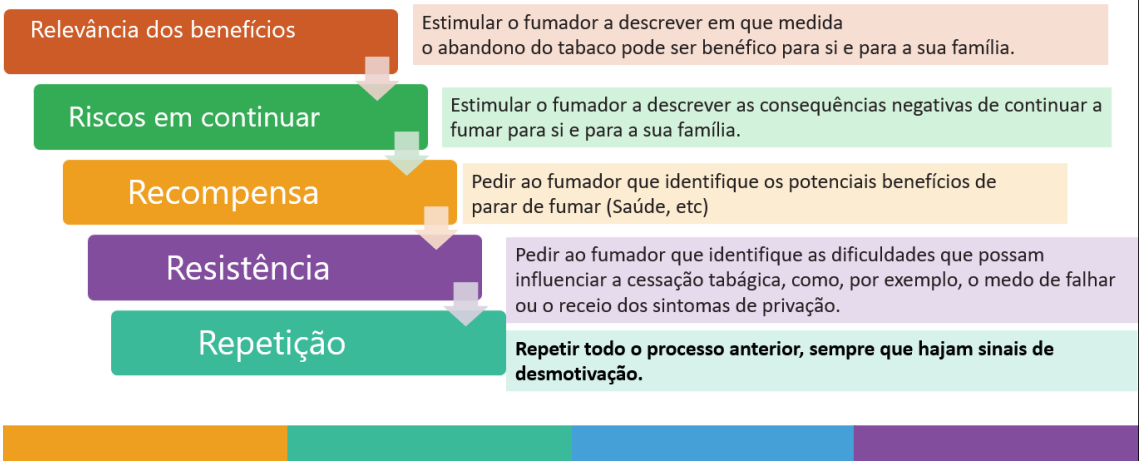




Ver Manual de Consulta de Cessação Tabágica!

A Consulta de Cessação Tabágica

❑ Se o fumador apresentar sinais de **falta de motivação**, devemos reforçar a motivação tendo por base a **menemónica dos 5 R`s**:



Modelo Transteórico de Comportamento

Estadio	Caraterísticas	O que fazer?
Pré- Contemplação	-os indivíduos não estão convencidos que precisam de mudar os seus hábitos. -não estão dispostos a deixar de fumar nos próximos 6 meses. -até podem realizar pequenas alterações no comportamento por pressão dos outros, mas, quando a pressão termina, retornam aos hábitos antigos.	"O fumador pode permanecer vários anos neste estádio." "O aconselhamento intensivo pode contribuir para a progressão para o estádio seguinte."
Contemplação	-os indivíduos reconhecem o problema e consideram a possibilidade de modifica-lo, mas não estão prontos para o fazer no momento. -consideram seriamente mudar o comportamento nos próximos seis meses, mas quando comparam os prós e contras relacionados ao comportamento ainda vêm muitos aspetos negativos e ponderam o esforço, energia e perdas que irão enfrentar neste processo.	"Conversar sobre os benefícios em deixar de fumar e as soluções que o podem ajudar a deixar de fumar."

Modelo Transteórico de Comportamento

Estadio	Caraterísticas	O que fazer?
Preparação	-os indivíduos estabelecem um compromisso, assim como planos para modificar o comportamento no próximo mês. -já tenta deixar de fumar a curto prazo.	"Iniciar o aconselhamento com a árvore de decisão e marcar dia D."
Ação	-o utente finalmente deixou de fumar e manteve-se assim durante 6 meses.	"Avaliar a motivação e elogiar o Sucesso"
Manutenção	-os indivíduos consolidam os ganhos em deixar de fumar, adotando estratégias para evitar uma recaída e um retorno para o hábito tabágico. Esse estadio vai de seis meses a um período indeterminado a partir da ação.	"Avaliar a possibilidade de recaída e elogiar o sucesso alcançado"
Recaída	-cada fumador pode sofrer uma recaída. Quando isto acontece, o fumador pode regressar a qualquer das etapas anteriores.	"Reforçar a motivação segundo a metodologia dos "5 Rs" e auxiliar no novo processo de cessação Tabágica"

Terapêutica de cessação tabágica

Medicamentos de 1ª linha



Prescrição médica obrigatória!

Vareniclina

Elevada afinidade e seletividade aos recetores nicotínicos neuronais α4β2 da acetilcolina. Duplo efeito: antagonista, na presença de nicotina e agonista parcial, na ausência de nicotina.

Vareniclina, nas dosagens de 0,5 mg + 1 mg e de 1 mg.

A terapêutica deve ser iniciada 7 a 14 dias antes do dia estabelecido para a cessação tabágica (Dia D).

A dose deve ser progressiva, para minimizar os possíveis efeitos secundários:

- Do 1º ao 3º dia - 1cp de 0,5 mg, uma vez ao dia;
- Do 4º ao 7º dia - 1 cp de 0,5 mg, duas vezes ao dia;
- A partir do 8º dia - 1 cp de 1 mg, duas vezes ao dia.

As 2 doses devem ser tomadas de manhã e à noite, sensivelmente à mesma hora em cada dia, após as refeições, com um intervalo mínimo de 8 horas.

Duração habitual do tratamento: doze semanas. Pode ser repetido para evitar a recaída.

Prescrição médica obrigatória.

Bupropiom

Inibidor seletivo da recaptação neuronal das catecolaminas (noradrenalina e dopamina).

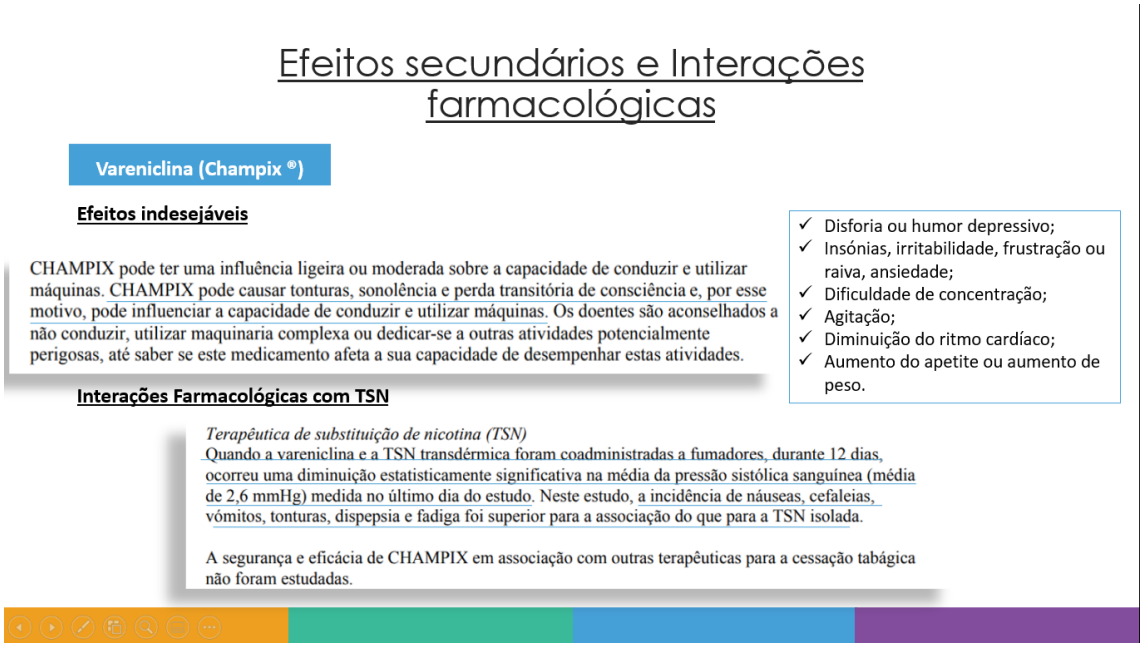
Bupropiom, 150 mg, comprimidos de libertação prolongada.

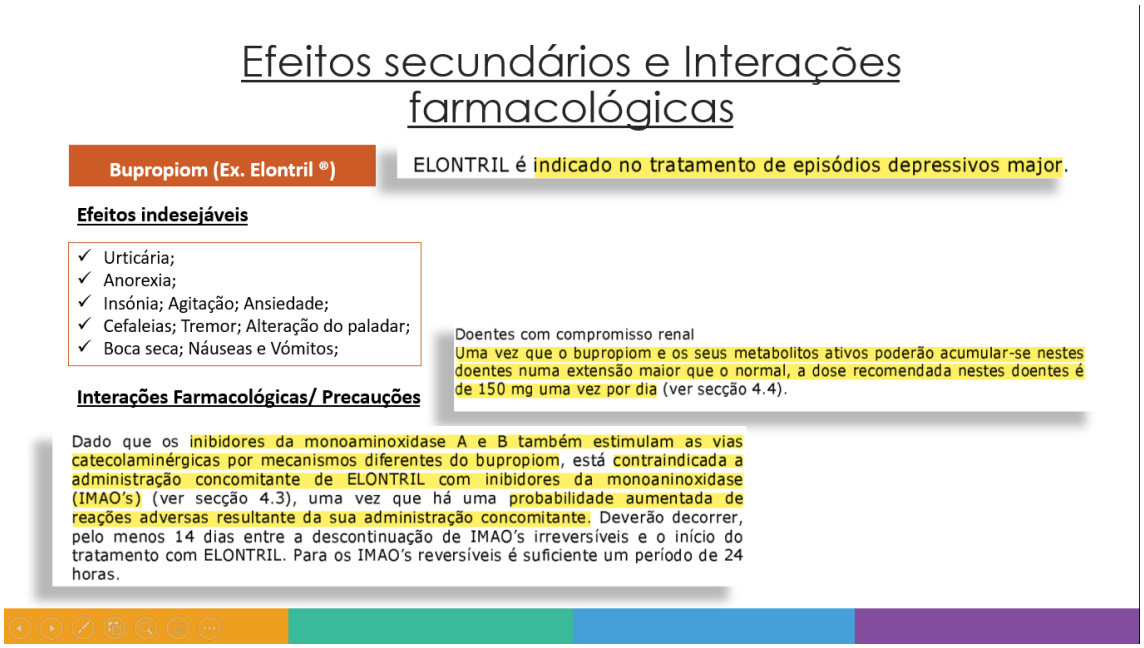
A terapêutica deve ser iniciada com 150 mg por dia, durante 6 dias. Aumentar, no sétimo dia, para 150 mg duas vezes por dia, com um intervalo mínimo de oito horas entre as duas tomas, para reduzir o risco de toxicidade.

Recomenda-se o início do tratamento enquanto a pessoa ainda fuma, devendo ser estabelecida uma data para parar de fumar (Dia D) durante as duas primeiras semanas de tratamento, preferencialmente na segunda semana.

Duração habitual do tratamento: oito a doze semanas.

Prescrição médica obrigatória.


Efeitos secundários e Interações farmacológicas
Vareniclina (Champix ®)
Efeitos indesejáveis
CHAMPIX pode ter uma influência ligeira ou moderada sobre a capacidade de conduzir e utilizar máquinas. CHAMPIX pode causar tonturas, sonolência e perda transitória de consciência e, por esse motivo, pode influenciar a capacidade de conduzir e utilizar máquinas. Os doentes são aconselhados a não conduzir, utilizar maquinaria complexa ou dedicar-se a outras atividades potencialmente perigosas, até saber se este medicamento afeta a sua capacidade de desempenhar estas atividades.
✓ Disforia ou humor depressivo;
✓ Insónias, irritabilidade, frustração ou raiva, ansiedade;
✓ Dificuldade de concentração;
✓ Agitação;
✓ Diminuição do ritmo cardíaco;
✓ Aumento do apetite ou aumento de peso.
Interações Farmacológicas com TSN
Terapêutica de substituição de nicotina (TSN)
Quando a vareniclina e a TSN transdérmica foram coadministradas a fumadores, durante 12 dias, ocorreu uma diminuição estatisticamente significativa na média da pressão sistólica sanguínea (média de 2,6 mmHg) medida no último dia do estudo. Neste estudo, a incidência de náuseas, cefaleias, vómitos, tonturas, dispepsia e fadiga foi superior para a associação do que para a TSN isolada.
A segurança e eficácia de CHAMPIX em associação com outras terapêuticas para a cessação tabágica não foram estudadas.


Efeitos secundários e Interações farmacológicas
Bupropiom (Ex. Elontril ®)
ELONTRIL é indicado no tratamento de episódios depressivos major.
Efeitos indesejáveis
✓ Urticária;
✓ Anorexia;
✓ Insónia; Agitação; Ansiedade;
✓ Cefaleias; Tremor; Alteração do paladar;
✓ Boca seca; Náuseas e Vómitos;
Doentes com compromisso renal
Uma vez que o bupropiom e os seus metabolitos ativos poderão acumular-se nestes doentes numa extensão maior que o normal, a dose recomendada nestes doentes é de 150 mg uma vez por dia (ver secção 4.4).
Interações Farmacológicas/ Precauções
Dado que os inibidores da monoaminoxidase A e B também estimulam as vias catecolaminérgicas por mecanismos diferentes do bupropiom, está contraindicada a administração concomitante de ELONTRIL com inibidores da monoaninoxidase (IMAO's) (ver secção 4.3), uma vez que há uma probabilidade aumentada de reações adversas resultante da sua administração concomitante. Deverão decorrer, pelo menos 14 dias entre a descontinuação de IMAO's irreversíveis e o início do tratamento com ELONTRIL. Para os IMAO's reversíveis é suficiente um período de 24 horas.

Terapêutica de cessação tabágica

Medicamentos de 1ª linha

Substitutos da Nicotina

A terapêutica de substituição da nicotina (TSN) consiste na reposição da dose diária de nicotina habitualmente consumida.

O fumador consome, em média, 1mg a 1,5 mg de nicotina por cigarro.

A posologia e a duração do tratamento com substitutos da nicotina deve ser ajustada a cada pessoa fumadora e ao seu grau de dependência

Existem fórmulas de administração por via oral (pastilhas e comprimidos de chupar, gomas de mascar, películas orodispersíveis), ou por via transdérmica (adesivos), em diferentes dosagens.

É fundamental o ensino da técnica correta de utilização.
O tratamento deve ter início no Dia D.

Duração habitual do tratamento: oito a doze semanas.

Não sujeitos a receita médica.



Onde podemos intervir!

Terapêutica de Substituição de Nicotina

NUMERO DE CIGARROS/DIA	GOMAS	PASTILHAS	S. TRANSDÉRMICOS - 24 HORAS	S. TRANSDÉRMICOS - 16 HORAS	COMPRIMIDOS PARA CHUPAR	SOLUÇÃO PARA PULVERIZAÇÃO BUCAL
10-19	**1ª ETAPA** 2 mg - 8 a 12 (máximo 15) gomas por dia **2ª ETAPA** Redução gradual interrompendo quando atingir 1 a 2 gomas por dia	**1ª ETAPA** 1 ou 1,5 mg - 8 a 12 (máximo 15) pastilhas por dia **2ª ETAPA** Redução gradual interrompendo quando atingir 1 a 2 pastilhas por dia	**1ª ETAPA** 14 mg - 3 a 4 semanas **2ª ETAPA** 7 mg - 3 a 4 semanas (em caso de sintomas de privação, seguir as etapas correspondentes a um consumo superior a 20 cigarros por dia)	**1ª ETAPA** 15 mg - 8 semanas **2ª ETAPA** 10 mg - 4 semanas	**1ª ETAPA** 8 a 12 comprimidos de 1,5 mg (máximo 15) cp/dia - 6 semanas **2ª ETAPA** Redução gradual interrompendo quando atingir 1 a 2 por dia	**1ª ETAPA** 1 a 2 pulv. quando sentir o desejo - 6 semanas **2ª ETAPA** Reduzir o nº de pulverizações até atingir metade das pulv. da 1ª etapa - 2 semanas **3ª ETAPA** Reduzir o nº de pulverizações de forma a que na 12ª semana não excedam mais do que 4 pulv./dia. A partir deste momento, e quando reduzido para 2 a 4 pulv. por dia, o medicamento deve ser descontinuado
20-30	**1ª ETAPA** 4 mg - 8 a 12 (máximo 15) gomas por dia **2ª ETAPA** Redução gradual interrompendo quando atingir 1 a 2 por dia	**1ª ETAPA** 1, 2 ou 2,5 mg - 8 a 12 (máximo 15) gomas por dia **2ª ETAPA** Redução gradual interrompendo quando atingir 1 a 2 por dia	**1ª ETAPA** 21 mg - 6 semanas **2ª ETAPA** 14 mg - 2 semanas **3ª ETAPA** 7 mg - 2 semanas	**1ª ETAPA** 25 mg - 8 semanas **2ª ETAPA** 15 mg - 2 semanas **3ª ETAPA** 10 mg - 2 semanas	**1ª ETAPA** 8 a 12 comprimidos de 4 mg (máximo 15) cp/dia - 6 semanas **2ª ETAPA** 1 a 2 cp/dia comprimidos até parar	
>30	**1ª ETAPA** 4 mg - 8 a 12 (máximo 15) gomas por dia **2ª ETAPA** Redução gradual interrompendo quando atingir 1 a 2 por dia	**1ª ETAPA** 2 ou 2,5 mg - 8 a 12 (máximo 15) gomas por dia **2ª ETAPA** Redução gradual interrompendo quando atingir 1 a 2 por dia	**1ª ETAPA** 21 mg - 6 semanas **2ª ETAPA** 14 mg - 2 semanas **3ª ETAPA** 7 mg - 2 semanas	**1ª ETAPA** 25 mg - 8 semanas **2ª ETAPA** 15 mg - 2 semanas **3ª ETAPA** 10 mg - 2 semanas	**1ª ETAPA** 8 a 12 comprimidos de 4 mg (máximo 15) cp/dia - 6 semanas **2ª ETAPA** 1 a 2 cp/dia comprimidos até parar	

Efeitos secundários

Terapia de Substituição de nicotina

- ✓ Hipersensibilidade cutânea no local de administração (Adesivos Transdérmicos);
- ✓ Insónias;
- ✓ Soluços;
- ✓ Indigestão;
- ✓ Dor da articulação temporomandibular;
- ✓ Aumento dos problemas odontológicos;
- ✓ Sensação de queimadura ou ardor da boca;
- ✓ Dor da orofaringe;
- ✓ Tosse;
- ✓ Lábios secos;
- ✓ Ulcerações da mucosa oral.

Opções de Terapêutica Disponível

Nicorette®: Gomas





Mastigar sempre que sentir vontade de fumar

- ❑ Sabores: Clássico e Menta;
- ❑ Dosagem de **2 mg** (**20 cigarros ou menos**) ou **4 mg** (**20 cigarros ou mais**);
- ❑ Ambos os sabores disponíveis nas seguintes apresentações:
  - 2 mg, 30 gomas
  - 2 mg, 105 gomas
  - 4 mg, 105 gomas)

Máximo 15 gomas por dia!

Modo de Utilização:

1. Mastigar a goma lentamente, até o sabor tornar-se forte.

2. Quando o sabor for forte, deixar a goma repousar entre o maxilar e a bochecha. (**A nicotina é absorvida pela mucosa da boca**.)

3. Quando o sabor for menos intenso, voltar a mastigar a Goma para o sabor se tornar novamente forte e repetir os passos anteriores 2 e 3 durante cerca de 30 minutos.

Nicorette®: Sistemas Transdérmicos



- ❑ Aplicar uma vez por dia.
- ❑ Ajuda a aliviar os sintomas de privação de nicotina durante 16 horas.
- ❑ Disponível em 10 mg, 15 mg, 25 mg.
- ❑ **Modo de Utilização:**

1. Aplicar o adesivo na pele limpa, seca e sem pêlos na coxa, braço, peito ou anca (De preferência de manhã).

2. Desde que não haja irritação local. Pode aplicar no mesmo local todos os dias.

3. Antes de dormir retirar o adesivo e rejeitar.

Nicorette®: Sistemas Transdérmicos



❑ **Modo de Utilização:**

20 Cigarros ou Menos:

Semanas 1 a 8	Utilize o adesivo de 15 mg
Semanas 9 e 12	Utilize o adesivo de 10 mg
Após 12 semanas	Pare de utilizar o adesivo transdérmico

20 Cigarros ou mais:

Semanas 1 a 8	Utilize o adesivo de 25 mg
Semanas 9 e 10	Utilize o adesivo de 15 mg
Semanas 11 e 12	Utilize o adesivo de 10 mg
Após 12 semanas	Pare de utilizar o adesivo transdérmico

Nicorette®: Solução para pulverização bucal



- ❑ Alivia a vontade de fumar em 30 segundos, com 2 pulverizações.
- ❑ Sabor: Fruta menta.

"Advertências e precauções especiais em doentes com problemas cardiovasculares, diabetes mellitus, suscetibilidade para angioedema e urticária, insuficiência renal ou hepática, hipertiroidismo, feocromocitoma, úlceras gastrointestinais e esofagite. Efeitos indesejáveis muito frequentes: cefaleias, soluços, garganta irritada, náusea."

Niquitin®: Comprimidos de chupar



- Alivia a vontade de fumar em 3 min.
- Sabor: menta.
- Dosagem de **1,5 mg (20 cigarros ou menos)** ou **4 mg (20 cigarros ou mais)**;
- **Modo de Utilização:**

-Colocar um comprimido para chupar na boca e movê-lo de um lado para o outro da boca até estar completamente dissolvido (aproximadamente ao fim de 10 minutos).

-Utilizar 8 a 12 comprimidos para chupar por dia.

-Usar durante as primeiras 6 semanas 8 a 12 comprimidos para chupar por dia (Ir reduzindo).

Nicotinell®: Sistemas Transdérmicos



- Aplicar uma vez por dia.
- Ajuda a aliviar os sintomas de privação de nicotina durante 24 horas.
- Disponível em caixas de 21 mg com 28 adesivos
- **Modo de Utilização:** Mesmo modo que os anteriores

Exemplo prático 1

Sr. António
- 50 anos
- Teste de Fagerström e Teste de Richmond: **8**
- Prefere deixar de fumar um cigarro de cada vez;
- Prefere terapia combinada;
- Não tem problemas de saúde diagnosticado;
- Quer deixar de fumar por resolução de ano novo;

6 semanas!

Teste de Fagerström e Teste de Richmond de **8** significa que está muito dependente de nicotina **(fuma >20 cigarros por dia)**, mas ao mesmo tempo está motivado para deixar de fumar. Tendo em conta as preferências do utente e de acordo com o fluxograma uma possível terapêutica será:



Começamos com a dosagem maior, isto é 21 mg/ 24h.



Começamos com a dosagem maior, isto é 4 mg.

Exemplo prático 2

Catarina
- 32 anos
- Prefere deixar de fumar imediatamente
- Não tem problemas de saúde diagnosticado, mas descobriu que está **grávida;**

Médico!

OUTRAS SITUAÇÕES OU PROBLEMAS DE SAÚDE:*
- Angina de peito?
- Arritmias grave?
- Enfarte ou AVC recente?
- Hipertensão não controlada?
- Asma/ DPOC?
- História de doença psiquiátrica (ex.: ansiedade, depressão)?
- Úlcera duodenal ou gástrica?
- Insuficiência renal ou hepática?
- Diabetes *mellitus*?
- Feocromocitoma ou hipertiroidismo não controlado?
- Gravidez ou amamentação?

*Alguns medicamentos podem necessitar de um ajuste de dose pela suspensão do hábito de fumar. Deverá ser verificada a terapêutica do utente e referenciar ao médico se necessário.

Exemplo prático 3

João

- 28 anos
- Teste de Fagerström e Teste de Richmond: **4**
- Prefere deixar de fumar um cigarro de cada vez;
- Prefere terapia combinada;
- Não tem problemas de saúde diagnosticado;
- Gostava de deixar de fumar, mas tem dúvidas da sua capacidade de concretização;

6 semanas!

Teste de Fagerström e Teste de Richmond de **4** significa que está pouco dependente de nicotina **(fuma < 10 cigarros por dia)**, mas ao mesmo tempo está pouco motivado para deixar de fumar. **É necessário reforçar os benefícios de deixar de fumar!**

Tendo em conta as preferências do utente e de acordo com o fluxograma uma possível terapêutica será:



Começamos com a dosagem intermédia (Fase II), isto é 14 mg/ 24h.





Começamos com a dosagem intermédia, isto é 1,5 mg (comprimidos de chupar) ou 2mg (gomas de mascar).

Referências Bibliográficas

Direção Geral de Saúde (2019). Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo [Online] Disponível em: https://www.dgs.pt/portal-da-estatistica-da-saude/diretorio-de-informacao/diretorio-de-informacao/por-serie-1133746-pdf.aspx?v=%3D%3DDwAAAB%2BLCAAAAAAABAArySzItzVUy81MsTU1MDAFAHzFEfkPAAAA (Acedido em 18 de Dezembro de 2020)

World Health Organization (2020) Tobacco: key facts [Online] Disponível em: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tobacco (Acedido em 18 de Dezembro de 2020)

World Health Organization (2019). European Tobacco Use: Trends Report 2019. Disponível em: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/402777/Tobacco-Trends-Report-ENG-WEB.pdf (Acedido em 18 de Dezembro de 2020)

Instituto Nacional de estatística (INE) (2020) Inquérito Nacional de Saúde: Há menos fumadores, mas aumentou o consumo arriscado de bebidas alcoólicas: 2019 Disponível em: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=414434213&DESTAQUEStema=55538&DESTAQUESmodo=2 [Acedido em 22 de Dezembro de 2020)

National Center for Biotechnology Information. PubChem Compound Summary for CID 89594, Nicotine [Online] Disponível em: https://pubchem.ncbi.nlm.nih.gov/compound/Nicotine [Acedido em 17 de Janeiro]

MUSK, A. W., & DE KLERK, N. H. (2003). History of tobacco and health. Respirology, 8(3), 286–290. doi:10.1046/j.1440-1843.2003.00483.x

Benowitz, N. L. (2010). Nicotine Addiction. New England Journal of Medicine, 362(24), 2295–2303. doi:10.1056/nejmra0809890

Referências Bibliográficas

West, R. (2017). Tobacco smoking: Health impact, prevalence, correlates and interventions. Psychology & Health, 32(8), 1018–1036. doi:10.1080/08870446.2017.1325890

R. DiFranza, J. (2015). A 2015 Update on The Natural History and Diagnosis of Nicotine Addiction. Current Pediatric Reviews, 11(1), 4355. doi:10.2174/1573396311666150501002703

Talhout, R., Schulz, T., Florek, E., van Benthem, J., Wester, P., & Opperhuizen, A. (2011). Hazardous compounds in tobacco smoke. International journal of environmental research and public health, 8(2), 613–628. https://doi.org/10.3390/ijerph8020613

Leone, A., Landini, L., & Leone, A. (2010). What is Tobacco Smoke? Sociocultural Dimensions of the Association with Cardiovascular Risk. Current Pharmaceutical Design, 16(23), 2510–2517. doi:10.2174/138161210792062948

Nunes, E. (2006) «Consumo de tabaco. Efeitos na Saúde», Revista Portuguesa de Clínica Geral; 22:225-244.

NIQUITIN® (2021) Guia de Aconselhamento Cessação Tabágica

DiClemente, C. C., Prochaska, J. O., Fairhurst, S. K., Velicer, W. F., Velasquez, M. M., & Rossi, J. S. (1991). The process of smoking cessation: An analysis of precontemplation, contemplation, and preparation stages of change. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59(2), 295–304. doi: 10.1037/0022-006X.59.2.295

Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., Velicer, W. F., Ginpil, S., & Norcross, J. C. (1985). Predicting change in smoking status for self-changers. Addictive Behaviors, 10(4), 395–406. doi:10.1016/0306-4603(85)90036-x

Referências Bibliográficas

Prochaska, J. O., & Velicer, W. F. (1997). The Transtheoretical Model of Health Behavior Change. American Journal of Health Promotion, 12(1), 38–48. doi:10.4278/0890-1171-12.1.38

Ordem dos Farmacêuticos (OF) (2019) "Cessação Tabágica I- Terapêutica farmacológica" Disponível em: https://www.ordemfarmaceuticos.pt/pt/publicacoes/e-publicacoes/cessacao-tabagica-i-terapeutica-farmacologica/ [Acedido a 20 de Janeiro de 2021]

DGS, Algoritmo do Tratamento Farmacológico do Tabagismo. https://www.dgs.pt/programa-nacional-para-a-prevencao-e-controlo-do-tabagismo/relatorios-e-publicacoes/algoritmo-do-tratamento-farmacologico-do-tabagismo-pdf.aspx [Acedido em 25 de Janeiro de 2021]

Jiloha, R. (2014). Pharmacotherapy of smoking cessation. Indian Journal of Psychiatry, 56(1), 87. doi:10.4103/0019-5545.124726

Haighton, C. A., Newbury-Birch, D., & Kaner, E. F. S. (2013). Screening and Interventions in Medical Settings Including Brief Feedback-Focused Interventions. In *Interventions For Addiction* (pp. 287-298). Elsevier. https://doi.org/10.1016/B978-0-12-398338-1.00030-0

RICHMOND, R. L., KEHOE, L. A., & WEBSTER, I. W. (1993). *Multivariate models for predicting abstention following intervention to stop smoking by general practitioners. Addiction, 88(8), 1127–1135.* doi:10.1111/j.1360-0443.1993.tb02132.x

REBELO, Luis (2004) Consulta de Cessação Tabágica- Uma proposta para a medicina Geral e Familiar, [S.l.], v.20, n.1,p.87-89

Referências Bibliográficas

Cahill, K., Stevens, S., Perera, R., & Lancaster, T. (2013). *Pharmacological interventions for smoking cessation: an overview and network meta-analysis. Cochrane Database of Systematic Reviews.* doi:10.1002/14651858.cd009329.pub2

Aubin, H. J., Luquiens, A., & Berlin, I. (2014). Pharmacotherapy for smoking cessation: pharmacological principles and clinical practice. *British journal of clinical pharmacology*, *77*(2), 324–336. https://doi.org/10.1111/bcp.12116

Bial, Resumo das Características do Medicamento: Elontril [Online]
https://www.bial.com/media/2757/elontril.pdf [Acedido em 27 de Janeiro de 2021]

EMA, Resumo das Características do Medicamento: Vareniclina [Online]
https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/champix-epar-product-information_pt.pdf [Acedido em 27 de Janeiro de 2021]

Direção Geral de Saúde (2007) Cessação Tabágica: Programa-tipo de atuação.

U.PORTO
FACULDADE DE FARMÁCIA
UNIVERSIDADE DO PORTO

FARMÁCIA
FARIA



Obrigada pela vossa atenção!

Projeto realizado por Alice Isabel Santos no âmbito de Estágio Curricular do MICF
2020/2021

Anexo 13: Panfleto informativo sobre os benefícios da Cessação Tabágica (formato digital)

FARMÁCIA FARIA

U.PORTO FACULDADE DE FARMÁCIA UNIVERSIDADE DO PORTO

DEIXAR DE FUMAR

PORQUE DEVE DEIXAR DE FUMAR?

Para além da Nicotina, causadora da dependência, o cigarro contém substâncias tóxicas, incluindo substâncias carcingénicas . Assim, fumar está associado a:

- *Diminuição da imunidade, aumentando o risco de infeções respiratórias;*
- *Diminuição da fertilidade;*
- *Lesão no desenvolvimento fetal, aumento o risco de complicações perinatais em fumadoras grávidas;*
- *Envelhecimento prematuro;*
- *Irritação ocular e das vias respiratórias;*
- *Aumento do risco de cancro o pulmão e doenças cardiovasculares.*

O fumo do tabaco afeta quase todos os órgãos do corpo, com consequências sérias para quem fuma e para fumadores passivos!

QUAIS OS PRINCIPAIS CONSTITUINTES DO CIGARRO?

O cigarro contém mais de 5000 compostos químicos! Entre os quais se destacam:

- *Monóxido de Carbono: Depois de inalado e absorvido no sangue, liga-se à hemoglobina e impede que esta transporte oxigénio suficiente para o resto do corpo, afetando os níveis de energia e danificando os vasos sanguíneos.*
- *Alcatrão: Causa as manchas amarelas nos dedos e dentes;* ***Carcinogénico.***
- *Benzeno: Químico usado na produção de petróleo;* ***Carcinogénico.***
- *Amónia: Existe nos produtos de limpeza;* ***Lesões respiratórias.***
- *Acetona: Presente nos diluentes e removedor de verniz;* ***Danos neurológicos.***
- *Cádmio: Componente de baterias.*
- *Butano: Componente de isqueiros.*

QUER DEIXAR DE FUMAR?

Temos o serviço de ***Consulta de Cessação Tabágica****, onde pode obter toda a ajuda, motivação e acompanhamento que necessita.*
Fale connosco e comece uma nova etapa livre do tabaco.



ACONSELHE-SE COM O SEU FARMACÊUTICO!

BENEFÍCIOS DA CESSAÇÃO TABÁGICA

20 minutos *após o último cigarro, o ritmo cardíaco baixa.*

12 horas depois*, o nível de monóxido de carbono no sangue regressa aos valores normais.*

2 semanas a 3 meses depois*, o risco de ocorrência de enfarte de miocárdio desce e a função pulmonar aumenta.*

1 a 9 meses depois*, a ocorrência de tosse e dispneia diminuem.*

1 ano depois*, o risco de doença cardíaca coronária é metade do de um fumador.*

5 anos depois*, o risco de acidente vascular cerebral iguala o de um não-fumador.*

10 anos depois*, o risco de cancro do pulmão é cerca de metade do de um fumador. O risco de cancro da boca, faringe, esófago, bexiga, rim e pâncreas também diminui.*

15 anos depois*, o risco de doença cardíaca coronária é igual ao de um não-fumador.*



PANFLETO REALIZADO POR ALICE SANTOS NO ÂMBITO DO ESTÁGIO CURRICULAR DO MICF DO ANO 2020/2021

Anexo 13: Panfleto informativo sobre os benefícios da Cessação Tabágica (formato em papel)





2020 - 2021

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

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