

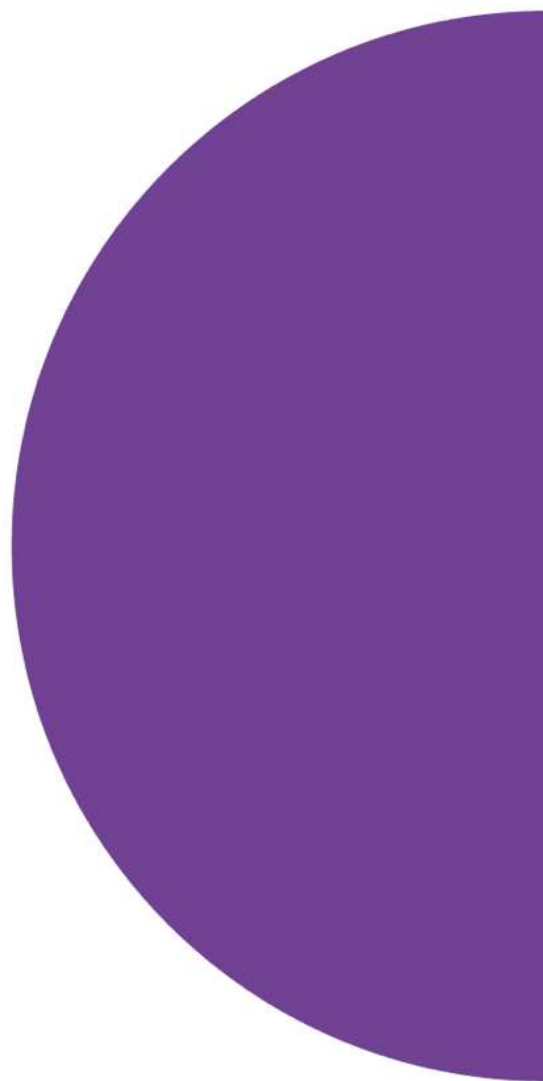
RELATÓRIO DE ESTÁGIO

REALIZADO NO ÂMBITO DO MESTRADO INTEGRADO
EM CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS

Mariana Machado Araújo

M

2023-2024



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

Relatório de Estágio Curricular

Mariana Machado Araújo

Unidade Local de Saúde do Médio Ave
março e abril de 2024

Farmácia Vital
janeiro, fevereiro, maio-julho e setembro de 2024

Relatório apresentado para a obtenção do grau de Mestre em
Ciências Farmacêuticas

Orientadora: Professora Doutora Lúcia Saraiva

Monitora Farmácia Hospitalar: Dra. Ivone Vilaça

Monitora Farmácia Comunitária: Dra. Sandra Silva

Outubro de 2024

Declaração de Integridade

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

Faculdade de Farmácia da Universidade do Porto, 27 de outubro de 2024

Mariana Machado Araújo

Resumo

O Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas da FFUP termina com a realização de um estágio curricular de 6 meses. O presente relatório é uma exposição detalhada das diferentes componentes, atividades e temas desenvolvidos no decorrer do mesmo.

O estágio em farmácia hospitalar foi realizado nos Serviços Farmacêuticos da Unidade Local de Saúde do Médio Ave e teve a duração de 2 meses. Neste âmbito, escolhi relatar 3 atividades com as quais contactei de forma bastante próxima e pelas quais nutri particular interesse: utilização do abemaciclib em combinação com terapêutica endócrina para o tratamento adjuvante de doentes adultos com cancro da mama precoce com HR+, HER2-, gânglios positivos e com elevado risco de recorrência; preferência da via subcutânea na administração de ceftriaxona na gestão dos sintomas em contexto paliativo; e compreensão do funcionamento de uma Unidade Local de Saúde para uma gestão integrada da Saúde.

O estágio em farmácia comunitária, decorrido nos restantes 4 meses na Farmácia Vital, permitiu-me explorar o maior plano de ação do farmacêutico na promoção da saúde global. A escolha das atividades e dos temas neste âmbito foi feita em concordância com a equipa farmacêutica e teve como objetivo aprimorar conhecimentos da equipa e servir os utentes da farmácia em questões de maior procura.

As atividades passaram pela realização de um rastreio de risco cardiovascular; pela medição da pressão arterial em ambulatório (MAPA) de 48 horas e a sua análise com o intuito de responder às necessidades terapêuticas de um doente, sob orientação médica; e, ainda, enquadramento sobre o processo associado ao concurso público para abertura de um posto farmacêutico.

No que respeita aos temas, procurei explorar a importância da caracterização de situações clínicas ligeiras em contexto de farmácia comunitária e fiz um estudo sobre a gestão e o atendimento de ostomias em farmácia comunitária que ficou sintetizado num póster, de forma a auxiliar o atendimento personalizado e informado por parte da equipa da Farmácia Vital.

A profissão farmacêutica assume uma presença constante e de extrema relevância na sociedade, sobretudo pela amplitude de competências que abrange. Neste sentido, escolhi fazer estágio nas duas áreas possíveis, de forma a reunir experiência em diferentes valências do setor. O presente relatório espelha, precisamente, todo o conhecimento adquirido que complementa a experiência académica e que, certamente, contribuirá para o meu desempenho enquanto profissional de saúde.

Agradecimentos

A conclusão do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas representa a realização de uma etapa importante na minha vida, marcada por desafios, novas aprendizagens e muitas conquistas. Esta jornada não teria sido possível sem o apoio, a orientação e o incentivo de muitas pessoas, a quem gostaria de expressar a minha sincera gratidão.

Em primeiro lugar, agradeço à Faculdade de Farmácia e aos seus professores, cujo empenho e dedicação contribuíram de forma decisiva para a minha formação, tanto académica como pessoal.

À minha orientadora de estágio, Professora Doutora Lúcia Saraiva, agradeço o acompanhamento próximo, a partilha de conhecimentos e a disponibilidade assídua durante todo o processo.

Durante o estágio, o papel dos monitores e da equipa farmacêutica revela-se fundamental para o desenvolvimento das competências e da confiança do estagiário. A experiência prática, vivenciada diariamente, é marcada pela orientação constante dos monitores, que asseguram um ambiente de aprendizagem, proporcionando ao estagiário as ferramentas necessárias à prática farmacêutica. A equipa da farmácia desempenha um papel igualmente relevante, sendo o reflexo da colaboração entre todos os elementos envolvidos no funcionamento do estabelecimento.

Neste sentido, e estando ciente de que em ambos os estágios me foi proporcionada uma experiência enriquecedora, cabe-me agradecer à minha monitora de estágio em farmácia hospitalar, Dra. Ivone Vilaça, e a toda a equipa que a acompanha. A todas agradeço o apoio, a confiança e a transmissão de conhecimento que tanto me incentivaram a viajar pelo mundo da farmácia hospitalar.

Devo, também, um notável agradecimento à equipa da Farmácia Vital, à Dra. Rosário, à Dra. Benedita, ao Dr. Pedro, à Dra. Adriana, à Dra. Inês e, em particular e de forma muito especial, à Dra. Sandra, que me acolheu de braços abertos e que tornou a minha caminhada enriquecedora, contribuindo tanto para o meu crescimento profissional como pessoal. Agradeço pela partilha de valiosas experiências e por me fazerem sentir parte da equipa.

Aos meus amigos, que sempre estiveram ao meu lado, nos bons e maus momentos, o meu sincero agradecimento. A vossa companhia tornou esta caminhada mais leve.

Por fim, mas nunca menos importante, um agradecimento profundo à minha família, pela confiança contínua e inabalável, pelo incentivo e apoio constantes.

A todos,

O meu mais profundo obrigada.

Índice geral

Declaração de Integridade	iii
Resumo	iv
Agradecimentos	v
Índice geral	vi
Índice de figuras	ix
Índice de tabelas	ix
Lista de abreviaturas, siglas e acrónimos	x
Parte 1. Atividades desenvolvidas no âmbito do estágio curricular	1
1.A. Farmácia Hospitalar	1
1.A.1. Contextualização do estágio curricular	1
1.A.2. Cronograma e sua explicação	2
1.A.3. Exemplo de atividades desenvolvidas	4
Atividade 1: abemaciclib: tratamento adjuvante de cancro da mama precoce	4
1. Contextualização	4
2. Desenvolvimento	4
3. Conclusão	5
Atividade 2: ceftriaxona: a via subcutânea na gestão dos sintomas em contexto paliativo...	6
1. Contextualização	6
2. Desenvolvimento	6
3. Conclusão	7
Atividade 3: Unidade Local de Saúde: gestão integrada da Saúde	7
1. Contextualização	7
2. Desenvolvimento	8
3. Conclusão	9
1.B. Farmácia Comunitária	9
1.B.1. Contextualização do estágio curricular	9
1.B.2. Cronograma e sua explicação	10
1.B.3. Exemplo de atividades desenvolvidas	13
Atividade 1: rastreio de risco cardiovascular	13
1. Contextualização	13
2. Desenvolvimento	13
3. Conclusão	14
Atividade 2: medição ambulatoria da pressão arterial (MAPA) de 48 horas	15
1. Contextualização	15



2. Desenvolvimento	15
3. Conclusão	16
Atividade 3: concurso público para posto farmacêutico	17
1. Contextualização	17
2. Desenvolvimento	18
3. Conclusão	19
Parte 2. Temas de desenvolvimento	19
TEMA 1: gestão e atendimento de ostomias em farmácia comunitária	19
1. Enquadramento do tema em farmácia comunitária	19
2. A ostomia e o doente ostomizado	20
2.1. O panorama em Portugal	20
2.2. Etiologia	20
2.3. Enquadramento regulamentar	21
2.4. Conceitos gerais	21
3. Tipos de ostomias de eliminação	21
3.1. Ileostomia	21
3.2. Colostomia	23
3.3. Urostomia	24
4. Dispositivos médicos e acessórios de ostomia	26
4.1. Sistemas de ostomia	26
4.1.1. Sacos ou bolsas de ostomia	27
4.1.2. Placas de ostomia ou barreiras protetoras	27
4.2. Acessórios de ostomia	28
5. Cuidados de higiene	29
6. A importância da dieta no ostomizado	29
7. Os medicamentos e o doente ostomizado	30
7.1. Medicamentos que podem alterar a cor da urina e das fezes	31
8. Enquadramento prático	31
9. Conclusão e perspetivas futuras	31
TEMA 2: situações clínicas ligeiras: intervenção farmacêutica	32
1. O farmacêutico na Sociedade	32
1.1. Evolução do papel do farmacêutico comunitário	32
1.2. Impacto do farmacêutico comunitário na população	33
1.3. Contributos do farmacêutico comunitário para o sistema de saúde	33
2. Situações clínicas ligeiras em farmácia comunitária	34



2.1. Intervenção farmacêutica	34
2.1.1. Aconselhamento farmacológico	35
2.1.2. Aconselhamento não farmacológico	35
2.2. Tipos de situações clínicas ligeiras	35
2.3. Possíveis interações com medicação crónica	37
3. Perspetivas futuras	38
4. Considerações finais	38
Conclusão global	39
Bibliografia	40
Anexos	48
Anexo I – póster alusivo aos inibidores das ciclinas no contexto de carcinoma da mama ...	48
Anexo II – ficha de preparação de colutório para mucosites	49
Anexo III – ficha de preparação de uma suspensão oral de fosfato de oseltamivir 15 mg/mL	51
Anexo IV – ficha de preparação de solução aquosa de salicilato de sódio a 2%	53
Anexo V – ficha de preparação de álcool 50º	55
Anexo VI – cracterístics da utente sujeita à MAPA de 48 horas	57
Anexo VII – resultados do teste de tolerância hiper/hipobárica	58
Anexo VIII – probabilidade de ocorrência de um evento cardiovascular (%).....	59
Anexo IX – variação temporal da PAS, PAD, FC e PP da utente em estudo	60
Anexo X – póster sobre ostomias de eliminação em contexto de farmácia comunitária	61
Anexo XI - dados do rastreio cardiovascular	62

Índice de Figuras

Figura 1. Mecanismo de regulação da progressão do ciclo celular	5
Figura 2. Representação ilustrativa de uma ileostomia	23
Figura 3. Ilustração de uma colostomia ascendente, transversa e descendente, respetivamente.....	23
Figura 4. Representação ilustrativa de uma colostomia sigmóidea	24
Figura 5. Ilustração de um conducto ileal e de uma ureterostomia, respetivamente.....	25
Figura 6. Sistemas de ostomia de uma peça (à esquerda) e de duas peças (à direita).....	26
Figura 7. Saco de ostomia transparente (à esquerda) e opaco (à direita)	27
Figura 8. Sacos coletores fechados e abertos	27
Figura 9. Placa de ostomia plana (à esquerda) e convexa (à direita)	28

Índice de Tabelas

Tabela 1. Cronograma das atividades realizadas em estágio nos serviços farmacêuticos da ULSMAve	2
Tabela 2. Cronograma das atividades realizadas ao longo do estágio na Farmácia Vital	10
Tabela 3. Resumo das características de cada ostomia	25

Lista de abreviaturas, siglas e acrónimos

ULS – unidade local de saúde

ULSMave – unidade local de saúde do Médio Ave

HR - recetor hormonal

HER2 - recetor do fator de crescimento epidémico humano tipo 2

MAPA – medição ambulatoria da pressão arterial

ACES – agrupamento de centros de saúde

TSDT – técnicos superiores de diagnóstico e terapêutica

AO – assistentes operacionais

DIDDU – distribuição individual diária em dose unitária

CFT – comissão de farmácia e terapêutica

GCL-PPCIRA – grupo de coordenação local do programa de prevenção e controlo de infeção e resistência aos antimicrobianos

PRM – problema relacionado com o medicamento

IPO – instituto português de oncologia

INFARMED – instituto nacional da farmácia e do medicamento

LHRH – hormona de libertação da hormona luteinizante

RCM – resumo das características do medicamento

CDK – cinases dependentes de ciclina

pRb – proteína do etinoblastoma

OMS – organização mundial da saúde

SC – Subcutânea

IV – Intravenosa

IM – Intramuscular

g – grama

mL – mililitro

cm – centímetro

INE – instituto nacional de estatística

MSRM – medicamentos sujeitos a receita médica

MNSRM – medicamentos não sujeitos a receita médica

MNSRM-EF – medicamentos não sujeitos a receita médica de dispensa exclusiva em farmácia

DCV – doença cardiovascular

PAS – pressão arterial sistólica

PAD – pressão arterial diastólica

IMC – índice de massa corporal

AVC – acidente vascular cerebral
PA – pressão arterial
CV – cardiovascular
mmHg – milímetros de mercúrio
FC – frequência cardíaca
OF – ordem dos farmacêuticos
PAF-C – polipose adenomatosa familiar do cólon
AINE – anti-inflamatório não esteróide
ITU – infeção do trato urinário
TNT – tecido não tecido

Parte 1. Atividades desenvolvidas no âmbito do estágio curricular

1.A. Farmácia Hospitalar

1.A.1. Contextualização do estágio curricular

O estágio curricular realizado no âmbito da farmácia hospitalar decorreu de 4 de março a 30 de abril de 2024. Durante o referido período tive a oportunidade de acompanhar o trabalho executado pela equipa dos serviços farmacêuticos da ULSMAve. A ULSMAve, que assim passou a ser designada a partir do dia 1 de janeiro de 2024, é uma Unidade Local de Saúde, de gestão centralizada, que integra duas unidades hospitalares (Hospital São João de Deus, em Vila Nova de Famalicão e Hospital Conde de São Bento, em Santo Tirso) e os ACES dos concelhos de Vila Nova de Famalicão, Santo Tirso e Trofa (41 unidades funcionais), abrangendo cerca de 2400 habitantes. Os serviços farmacêuticos situam-se no piso zero das duas unidades hospitalares acima destacadas. Embora a sede da ULS se encontre na Unidade de Santo Tirso, a Unidade de Famalicão comporta um maior número de serviços, sendo nesta unidade onde grande parte dos casos de urgência e consultas de especialidade são realizados. Os serviços cirúrgicos de ambulatório estão alocados apenas à Unidade de Santo Tirso.

A equipa dos serviços farmacêuticos é constituída por sete farmacêuticas hospitalares, sete TSDT, cinco AO e uma técnica administrativa, sendo a direção dos mesmos assegurada pela farmacêutica hospitalar, Dra. Aida Batista e a orientação do meu estágio pela farmacêutica Dra. Ivone Vilaça.

De entre a referida equipa, em regime de rotatividade, são alocados à Unidade de Santo Tirso uma farmacêutica, um TSDT e dois AO. Nos serviços farmacêuticos de ambas as unidades hospitalares, destacam-se uma zona para dispensa de ambulatório, um armazém geral de grandes volumes, uma zona de distribuição clássica, uma área de DDDU, uma sala de preparação de medicamentos manipulados não estéreis e onde se efetua, também, a receção e verificação de citotóxicos e uma outra sala de reembalagem e rotulagem.

O meu estágio foi comportado entre as 9 e as 15 horas de segunda a sexta-feira, durante o qual tive a possibilidade de experienciar cada uma das atividades dos serviços farmacêuticos, cujo propósito se prende com a prestação de cuidados de saúde, assegurando a terapêutica aos doentes com a devida qualidade, eficácia e segurança dos medicamentos e produtos de saúde, de forma integrada e cooperante com os demais serviços que integram a ULSMAve.

Na ULSMAve, o farmacêutico hospitalar está, ainda, envolvido em comissões hospitalares, como é o caso da CFT, a qual integra quatro farmacêuticos, o GCL-PPCIRA, com um farmacêutico e a Comissão de Ética, também, com um farmacêutico na equipa.

1.A.2. Cronograma e sua explicação

Na **Tabela 1** encontram-se enumeradas as tarefas efetuadas durante o meu período de estágio em farmácia hospitalar na ULSMAve, seguida de uma breve descrição das mesmas.

Tabela 1. Cronograma das atividades realizadas em estágio nos serviços farmacêuticos da ULSMAve

Atividade	Semana							
	1	2	3	4	5	6	7	8
Validação de prescrições/intervenções								
Distribuição Individual Diária em Dose Unitária (DIDDU)								
Farmácia de Ambulatório								
Receção e verificação de citotóxicos								
Preparação de psicotrópicos de hemoderivados								
Preparação de manipulados								
Preparação de injeções intravítreas								
Revisões de stock e controlo de prazos de validade								
Seleção, aquisição e armazenamento de produtos farmacêuticos								
Descomissionamento								
Elaboração das atividades do relatório								
Atividade 1								
Atividade 2								
Atividade 3								

A primeira semana de estágio foi dedicada à ambientalização com as várias secções dos serviços farmacêuticos, em particular, e dos restantes serviços da ULSMAve, assim como ao contacto com a equipa e com o *modus operandi* da mesma, com o intuito de perceber as dinâmicas de funcionamento e a intercolaboração dos diferentes grupos profissionais. Essa mesma semana foi, também, dedicada a uma visita às instalações das unidades hospitalares cujos serviços tinham colaboração direta com os serviços farmacêuticos. Importa referir que a segunda semana de estágio foi voltada para a Unidade de Santo Tirso.

Durante todo o período de estágio, tive a oportunidade de perceber o processo de validação de uma prescrição médica e, consequentemente, a preparação e DIDDU. Este processo vai sendo feito continuamente ao longo do dia, de forma a garantir que qualquer alteração é atualizada o mais rapidamente possível. Em determinados casos, o farmacêutico sente necessidade de recorrer ao contacto com o médico prescritor para discussão do caso e, se necessário, correção

da prescrição inicial (no caso de uso *off-label* de determinados medicamentos, por exemplo). A intervenção farmacêutica é, na maioria das vezes, feita com recurso ao registo informático, através do qual é disponibilizada uma mensagem ao médico que indicará para a necessidade de ajuste de um determinado ponto na prescrição (PRM).

O Hospital de Dia de Oncologia está integrado em ambas as unidades hospitalares. Contudo, uma vez que nenhuma destas dispõe de câmaras de fluxo laminar, necessárias à manipulação de citotóxicos, foi estabelecido um protocolo com o IPO que permite a receção nos serviços farmacêuticos da ULSMAve de citotóxicos manipulados no IPO que serão, posteriormente, validados e administrados nos serviços da ULSMAve. Existe, ainda, em ambos os hospitais, a Unidade de Farmácia de Ambulatório que é responsável por garantir a gestão e dispensa de medicamentos para doentes não hospitalizados, segundo a Portaria n.º 15 195-D/2015, de 30 de junho ou sob autorização do Conselho de Administração da ULSMAve.

A validação e preparação de psicotrópicos e hemoderivados é feita segundo a legislação em vigor, Decreto Regulamentar nº 61/94, de 12 de outubro e Despacho Conjunto nº 1051/2000, de 14 de setembro, respetivamente. Estes fármacos apresentam um circuito próprio de dispensa, de modo a assegurar o controlo e a rastreabilidade dos mesmos. No caso de haver a prescrição de um fármaco de uma destas classes num momento em que os serviços se encontram encerrados, o mesmo é retirado do stock do serviço e é preenchido um protocolo de requisição. Estas requisições são, posteriormente, enviadas para os serviços farmacêuticos que serão responsáveis pela reposição nos stocks. As prescrições são, de igual forma, validadas e a medicação é debitada no processo do doente, de forma a garantir o registo da mesma.

Muitas vezes, os medicamentos/formas farmacêuticas disponíveis não são capazes de dar resposta aos requisitos de certos doentes, havendo necessidade de recorrer à manipulação de medicamentos. Nos **Anexos II-V** encontram-se alguns desses exemplos.

Na Unidade de Santo Tirso, onde são realizadas cirurgias de ambulatório, experienciei o processo de preparação de injeções intravítreas para certas condições oculares, que envolve a receção das prescrições, a avaliação e a verificação das ampolas necessárias ao número de doentes em questão e a rotulagem e o registo dos medicamentos de acordo com o verificado.

Nas últimas semanas de estágio, observei os processos de descomissionamento e armazenamento de medicamentos e produtos farmacêuticos. Os processos de seleção, aquisição, armazenamento e receção/verificação envolvem a seleção cuidadosa dos produtos a serem adquiridos, a aquisição dos mesmos de fornecedores e a verificação e armazenamento adequado, de forma a garantir a qualidade, segurança, integridade e rastreabilidade dos medicamentos e produtos farmacêuticos. É responsabilidade do farmacêutico detetar discrepâncias, duplicações e omissões na medicação ¹.

1.A.3. Exemplos de atividades desenvolvidas

Atividade 1: abemaciclib: tratamento adjuvante de cancro da mama

Contextualização

A 13 de março de 2024, foi emitido pelo INFARMED o relatório público de avaliação do medicamento Verzenios (abemaciclib) no que concerne à sua utilização, em combinação com terapêutica endócrina, para o tratamento adjuvante de doentes adultos com cancro da mama precoce com recetor hormonal (HR)-positivo, recetor do fator de crescimento epidérmico humano tipo 2 (HER2)-negativo, com gânglios positivos e com elevado risco de recorrência. Em mulheres pré- ou peri-menopáusicas, a terapêutica endócrina com um inibidor da aromatase deve ser combinada com um agonista da hormona de libertação da hormona luteinizante (LHRH).

A publicação do referido relatório coincidiu com o ingresso nos serviços farmacêuticos da ULSMAve de um pedido de autorização de utilização de abemaciclib no contexto acima descrito ⁵.

Desenvolvimento

Com vista a emitir um parecer para este pedido, procedeu-se, de forma complementar à análise do relatório de avaliação emitido pelo INFARMED ⁷, a uma pesquisa bibliográfica que contemplava, também, a análise do RCM do medicamento em questão ⁶ e do estudo que serviu de apoio ao relatório de avaliação (monarchE - I3Y-MC-JPCF) ^{2,3}.

Após ter feito uma pesquisa individual, acompanhei o trabalho desenvolvido pela CFT que efetuou o estudo detalhado da situação clínica da doente em questão e que recolheu informação quanto à formulação proposta, com o intuito de avaliar a pertinência da terapêutica solicitada. Trata-se de uma doente com HER2-, HR+, metastização axilar extensa e elevado risco de recidiva. Propôs-se a utilização de abemaciclib 150 mg duas vezes por dia, de forma contínua e durante 2 anos, associada à terapêutica hormonal com exemestano+análogo LHRH ^{2,4}.

Considere-se que o abemaciclib é um inibidor altamente seletivo das CDK 4 e 6 e que o complexo D-CDK 4/6 regula a progressão do ciclo celular através da fosforilação da pRb. Feito o estudo comparativo dos inibidores as ciclinas, percebeu-se que, *in vitro*, o ribociclib reduzia a fosforilação da pRb, levando à paragem na fase G1 do ciclo celular e à redução da proliferação celular nas linhas celulares de cancro da mama. Em modelos pré-clínicos, a exposição contínua ao abemaciclib resultou numa inibição sustentada do ciclo celular.

Assim, o abemaciclib é, atualmente, o único inibidor de CDK4 e CDK6 aprovado para o tratamento adjuvante de doentes com elevado risco de recidiva de cancro da mama, com HR+ e HER2-, tendo esta aprovação sido sustentada pelos dados do estudo de fase III monarchE que randomizou 5.637 doentes para hormonoterapia padrão ou associada a abemaciclib durante 2 anos no tratamento adjuvante do cancro da mama com HR+ e HER2- de risco alto, após tratamento

cirúrgico e/ou quimioterapia (neo ou adjuvante). Foram considerados tumores de alto risco de recidiva aqueles com 4 ou mais gânglios linfáticos metastizados, independente de outras características histo-patológicas, e aqueles com 1 a 3 gânglios linfáticos metastizados apresentando um tamanho superior ou igual a 5 cm ou grau histológico 3 ou Ki-67 $\geq 20\%$ ^{2,3,5-7}.

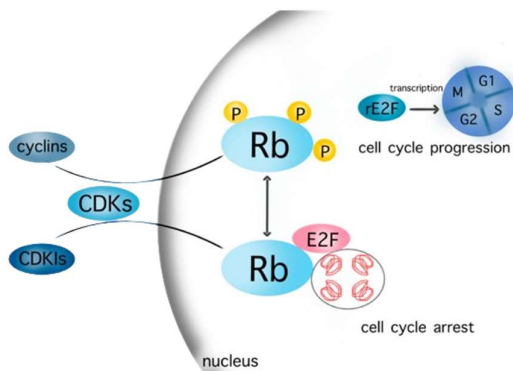


Figura 1. Mecanismo de regulação da progressão do ciclo celular

A figura descreve a associação das ciclinas às respectivas cinases para formação de um complexo ativo que, por sua vez, promove a fosforilação da proteína Rb, promovendo a transcrição de genes que serão importantes na fase de síntese (S) para produzir nucleótidos e enzimas necessárias à replicação do material genético.³

Conclusão

O recurso ao tratamento adjuvante visa procurar a redução do risco de recorrência da doença após tratamento cirúrgico. Desta forma, a decisão de avançar com a terapêutica adjuvante vai depender da determinação do risco de recorrência e dos potenciais riscos e benefícios do tratamento e a escolha do fármaco depende do estado hormonal do doente – pré ou pós-menopausa. Considerando os resultados do estudo acima mencionado, podemos concluir que o abemaciclib se trata, efetivamente, de uma opção terapêutica com resultados clinicamente significativos e que integra as normas de orientação clínica do cancro da mama. Neste sentido, foi elaborado um póster (**Anexo I**) relativo aos diferentes inibidores das ciclinas que mostra a maior efetividade do abemaciclib no contexto em causa, em detrimento dos restantes inibidores ^{7,8}.

A dose recomendada de abemaciclib, segundo o RCM, é de 150 mg, duas vezes por dia, quando utilizada em combinação com a terapêutica endócrina e este deve ser tomado de forma contínua durante 2 anos ou até nova recorrência da doença ou toxicidade inaceitável ^{6,7}.

Concluiu-se, portanto, que existe sugestão de benefício adicional de abemaciclib com terapêutica hormonal como tratamento adjuvante em relação a terapêutica hormonal adjuvante isoladamente e os resultados do estudo de avaliação económica permitiram, também, corroborar a admissão da utilização de abemaciclib em contexto hospitalar, considerando as características do medicamento e da doença em questão ³.

Atividade 2: ceftriaxona: a via subcutânea na gestão dos sintomas em contexto paliativo

Contextualização

O serviço de cuidados paliativos assume um papel essencial no apoio e na garantia da qualidade de vida de um doente em fase terminal, procurando aliviar sintomas, oferecer suporte emocional e proporcionar conforto físico e psicológico, tanto para o doente como para a família que o acompanha ¹⁰. Preservar a dignidade da pessoa no fim de vida implica que se assegure uma boa gestão de sintomas, evitando crises que possam pôr em causa a qualidade de vida do doente. Aliado ao envelhecimento geral da população acrescenta-se o inevitável aumento do número de diagnósticos de doenças crónicas e, daqui se deduz, desde logo, a mais-valia que os cuidados paliativos podem assumir no acompanhamento e cuidado às pessoas idosas, em especial na fase final da vida.

A OMS salienta que a população envelhecida enfrenta desafios desnecessários devido à falta de uma avaliação generalizada, de tratamentos adequados às múltiplas necessidades e à escassez de acesso aos cuidados paliativos. Por conseguinte, é crucial reconsiderar a dependência exclusiva de modelos biomédicos e adotar abordagens de cuidados centradas nas necessidades do doente e dos seus familiares, visando a promoção do conforto. É importante ressaltar que uma gestão inadequada dos sintomas, quando encarada apenas como uma doença isolada, intensifica o sofrimento e, consequentemente, afeta negativamente a qualidade de vida ^{10,12}.

Desenvolvimento

Num cenário em que a administração oral de medicamentos não é viável, é dada preferência à via subcutânea (SC). Esta última é privilegiada em detrimento, por exemplo, da via intravenosa (IV) ou intramuscular (IM) por ser menos invasiva e dolorosa para o doente. A via SC não é exclusiva para doentes em fase terminal. Esta deve ser considerada nas situações em cuja administração oral possa estar comprometida por qualquer motivo (incapacidade, náuseas, vômitos, disfagia ou má absorção por determinada condição) ¹².

Neste sentido, acompanhei um estudo feito pela equipa farmacêutica de forma complementar ao conhecimento já adquirido na área que veio a confirmar as vantagens do uso da via SC em contexto paliativo e, em particular, da administração de ceftriaxona.

A atividade em questão prende-se com o facto de ter sido solicitada uma intervenção farmacêutica, no sentido de perceber a pertinência e possibilidade de implementar a administração SC de ceftriaxona a um doente em contexto paliativo com acesso venoso dificultado.

Concluiu-se que é recomendada a reconstituição de 1g de ceftriaxona em 10 mL de água, com posterior diluição em soro fisiológico 0,9% 100 mL. O antibiótico deve ser infundido em 40 minutos, numa dose de 1g de 12 em 12 horas ^{9,11,12}.

As informações recolhidas foram transmitidas ao médico responsável pela prescrição.

Conclusão

A atividade em questão revela uma integração efetiva do conhecimento farmacêutico na prática clínica, com base nas necessidades específicas dos doentes. A implementação da administração SC de ceftriaxona representa uma alternativa segura e menos invasiva, contribuindo para uma melhoria na qualidade de vida e conforto do doente ¹². Acresce-me, ainda, dizer que nestes caso é imprescindível ter em consideração uma abordagem individual e personalizada do doente e da sua condição clínica, tendo em conta aquelas que são as suas preferências e a disponibilidade de recursos. É, também, essencial avaliar a eficácia e segurança das práticas a implementar, papel este que pode contar com a intervenção do farmacêutico ¹¹.

Atividade 3: Unidade Local de Saúde: uma gestão integrada da Saúde

Contextualização

As Unidades Locais de Saúde (ULS) representam uma mudança significativa no modelo e organização da prestação de serviços de saúde em Portugal, introduzindo um modelo de gestão integrada que visa a otimização dos cuidados prestados à população. Ao congregar num único organismo tanto os hospitais como os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), as ULS conseguem proporcionar uma resposta coordenada e contínua aos utentes, o que é particularmente importante em cenários em que a continuidade dos cuidados e a proximidade entre serviços são cruciais para o sucesso dos tratamentos ^{13,14}.

A implementação das ULS não apenas altera a forma como os cuidados são oferecidos, mas é, também, capaz de promover uma melhor gestão dos recursos disponíveis, o que pode passar pela racionalização do uso de medicamentos, de equipamentos e de recursos humanos. A fusão das estruturas de saúde numa única entidade organizacional facilita, também, a partilha de informação clínica e a coordenação e cooperação dos profissionais de saúde, minimizando redundâncias e promovendo uma abordagem holística da saúde do doente ^{14,15}.

A transição do Centro Hospitalar do Médio Ave para Unidade Local de Saúde do Médio Ave, a 1 de janeiro de 2024, reflete, precisamente, essa mudança na organização dos cuidados de saúde, com o intuito de assegurar uma gestão centralizada e mais eficiente dos recursos e serviços nos concelhos de Santo Tirso, Trofa e Vila Nova de Famalicão. A criação de uma estrutura única possibilita uma melhor comunicação interinstitucional, encurtando o tempo de resposta às

necessidades dos doentes e facilitando o acompanhamento de doenças crónicas e condições que requerem acompanhamento frequente.

Desenvolvimento

No contexto da gestão integrada das ULS, a intervenção farmacêutica assume um papel essencial. A atividade de preparação e distribuição de medicamentos realizada durante o estágio exemplifica a importância da logística farmacêutica na eficiência da cadeia de abastecimento dentro desta estrutura. No entanto, essa função vai além da simples entrega de medicamentos e produtos médicos.

Uma das atividades com as quais me fui deparando, semanalmente, ao longo do meu estágio assentou sobre a preparação de determinados medicamentos, produtos farmacêuticos e dispositivos médicos com o intuito de serem enviados para os vários ACES dos três concelhos já enumerados. A requisição dos produtos era feita individualmente por parte de cada Centro de Saúde, por e-mail, e de forma semanal. A farmacêutica responsável por cada ACES estava incumbida de reunir os produtos solicitados que seriam, num dia da semana pré-definido, levantados por um serviço de transporte ao encargo dos ACES.

Nesta atividade, é essencial considerar-se o papel do farmacêutico nos processos de seleção, aquisição e armazenamento de medicamentos e produtos farmacêuticos ¹⁴, o que assegura que os medicamentos estejam disponíveis de forma contínua, otimizando o processo logístico e garantindo que não há ruturas de stock que possam comprometer a qualidade dos cuidados prestados. Além disso, este profissional atua, também, na gestão de recursos, avaliando as necessidades de cada Centro de Saúde e coordenando a sua resposta de forma eficiente, evitando o desperdício e promovendo a utilização racional dos medicamentos.

Adicionalmente, o farmacêutico tem um papel importante no controlo de qualidade dos produtos, assegurando que os medicamentos distribuídos cumprem com as normas de segurança e eficácia. Isso envolve a verificação das condições de armazenamento e transporte, garantindo que os produtos farmacêuticos mantêm a sua integridade e não sofrem degradações que possam comprometer a sua eficácia terapêutica ¹⁵.

Este processo de logística é, muitas vezes, subestimado, mas é vital para a continuidade dos tratamentos, especialmente em situações em que há necessidades urgentes de medicamentos para doenças crónicas ou condições agudas. No caso das ULS, onde há uma maior complexidade organizacional devido à integração de várias instituições, uma logística eficiente torna-se ainda mais crucial para garantir um atendimento fluido e sem interrupções.

A intervenção farmacêutica nas ULS passa, ainda, pela educação e pelo aconselhamento dos profissionais de saúde e dos utentes. Ao fornecer medicamentos e produtos farmacêuticos, o farmacêutico tem, também, a responsabilidade de esclarecer dúvidas, fornecer instruções sobre a

utilização correta dos medicamentos e promover boas práticas de prescrição e administração, o que contribui para a melhoria da adesão ao tratamento e para a minimização de erros terapêuticos.

Conclusão

Esta atividade é demonstrativa do papel do farmacêutico, enquanto agente otimizador da gestão integrada de uma ULS. Ao garantir o fornecimento adequado e eficiente do medicamento e de outros produtos farmacêuticos, evitando duplicações, reduzindo o desperdício e promovendo o uso racional dos mesmos, contribui para uma melhor gestão dos recursos disponíveis e atua como agente promotor da saúde pública. O farmacêutico entra aqui, também, com a possibilidade de facultar um atendimento personalizado acerca dos produtos fornecidos, respondendo a dúvidas e preocupações sobre os mesmos e auxiliando na gestão de determinadas condições.

1.B. Farmácia Comunitária

1.B.1. Contextualização do estágio curricular

O estágio curricular em farmácia comunitária decorreu na Farmácia Vital, em Vila do Conde, nos meses de janeiro, fevereiro, maio, junho, julho e setembro de 2024. Fundada em 1935, pela primeira geração de farmacêuticos das três existentes na família, a Farmácia Vital localiza-se no número 100 da rua 25 de Abril, em Vila do Conde, junto ao mercado municipal. A Farmácia Vital funciona de segunda a sábado, das 9 às 20 horas, com exceção das sextas-feiras cujo horário de abertura é antecipado para as 8h30 e, aos domingos, funciona das 9 às 13 horas, estando enquadrada nos serviços permanentes da região.

De acordo com o Instituto Nacional de Estatística (INE) ²³, nos últimos censos de Portugal, realizados em 2021, a freguesia de Vila do Conde integrava 29 328 habitantes. Destes, verificou-se uma relação de aproximadamente mais 1,5 idosos por cada jovem, tendo o índice de envelhecimento aumentado. Daqui, deduz-se a necessidade de garantir um cuidado especial à população por parte da equipa da farmácia, o que pode representar um desafio para os profissionais de saúde. No processo de atendimento, é perceptível que a faixa etária prevalente é, efetivamente, a população mais idosa.

A Farmácia Vital é uma instalação de dois pisos, projetada para otimizar o atendimento e a acessibilidade. A área principal de atendimento integra quatro balcões operados pelos seis farmacêuticos que constituem a equipa. Além disso, a farmácia integra uma outra zona de exposição, onde está disposta uma variedade de produtos, como cosméticos, suplementos, dietéticos e produtos veterinários, todos devidamente sinalizados.

A farmácia conta, ainda, com uma área de *BackOffice*, onde existe um posto de trabalho informatizado para a receção e gestão de encomendas e de tarefas administrativas. Há, também,

uma sala para a preparação de manipulados e um espaço para atendimento personalizado aos utentes.

A direção técnica é assegurada pela Dra. Maria do Rosário Laranjeira que, juntamente com a irmã, Dra. Maria Benedita Laranjeira, asseguram a gestão da Farmácia Vital. A monitorização do meu estágio foi da responsabilidade da Dra. Sandra Silva.

A farmácia oferece uma ampla gama de serviços para atender às necessidades de saúde da comunidade, incluindo a dispensa de medicamentos, o aconselhamento farmacêutico, a administração de injetáveis, a medição de parâmetros bioquímicos, o controlo da pressão arterial e serviços de nutrição.

1.B.2. Cronograma e sua explicação

Na **Tabela 2** encontram-se enumeradas as tarefas efetuadas durante o meu período de estágio em farmácia comunitária na Farmácia Vital, seguida de uma breve descrição das mesmas.

Tabela 2. Cronograma das atividades realizadas ao longo do estágio na Farmácia Vital

Atividades	Mês					
	janeiro	fevereiro	maio	junho	julho	setembro
Gestão, receção e armazenamento de encomendas						
Gestão e reposição de stocks						
Controlo de prazos de validade						
Realização e regularização de devoluções						
Participação em ações de formação						
Dispensa de MSRM/MNSRM						
Aconselhamento farmacêutico						
Conferencia do receituário e processo de faturação mensal						
Dispensa de medicação hospitalar						
Realização de outros serviços de saúde disponíveis na farmácia						
Atividade 1						
Atividade 2						
Atividade 3						
Desenvolvimento dos temas						

Durante o meu estágio, em conformidade com as Boas Práticas de Farmácia Comunitária ²⁴ e respeitando o código de ética e deontologia, tive a oportunidade de participar ativamente em todas as etapas do circuito do medicamento na Farmácia Vital. Este envolvimento compreendeu todos os processos desde a encomenda até a dispensa e aconselhamento final dos medicamentos, sendo estas parte de um circuito integrado e interdependente, cuja compreensão assume um papel de extrema importância para a dinâmica diária da farmácia.

Os processos de gestão, receção e armazenamento (first in, first out) de encomendas são um ponto fundamental das operações diárias da farmácia e garantem a disponibilidade, conformidade e qualidade dos medicamentos ²⁷. As encomendas da farmácia podem ser diárias, instantâneas, manuais e diretas. O principal fornecedor da Farmácia Vital é a OCP Portugal. O processo de receção de encomendas passa pela conferência de todos os produtos presentes na fatura, com particular atenção para quantidades, preços de venda, prazos de validade e integridade das embalagens rececionadas. Os medicamentos/produtos com exigências de temperatura controlada são armazenado no frigorífico a uma temperatura controlada de 2°C a 8°C ³¹. Os restantes produtos/medicamentos são armazenados em gavetas na região interior da farmácia ou, alguns deles, são expostos em prateleiras ou lineares na área principal.

A manutenção de stocks de forma racional envolve uma monitorização contínua e objetiva dos produtos/medicamentos, de forma a evitar quer a escassez quer o acumulação dos mesmos. Os máximos e mínimos de stocks são definidos consoante as necessidades dos utentes ou com as projeções de venda habituais da farmácia, sendo que esta definição permite orientar o farmacêutico responsável por esta tarefa para o momento adequado de execução de novas encomendas, garantindo eficiência na gestão dos produtos/medicamentos.

O controlo dos prazos de validade deve ser tido em conta como um fator essencial na segurança dos medicamentos e produtos farmacêuticos, tratando-se de um processo que requer uma monitorização constante. A integridade dos prazos é, normalmente, controlada através da emissão mensal de uma lista de todos os produtos farmacêuticos cuja validade expira no mesmo mês.

Quando existe a necessidade de proceder a uma devolução aos fornecedores, quer por validade expirada quer por uma outra razão, a farmácia deve garantir que são seguidos os procedimentos estabelecidos pelo fornecedor, com a emissão de uma nota de devolução, onde consta o motivo da devolução e o número da fatura original que deverá acompanhar a mesma aquando do envio pela transportadora. Na maioria dos casos, os motivos apresentados para a devolução aos fornecedores/armazenistas passam por: “Embalagem danificada”, “Produto não encomendado” ou “Produto pedido por engano”. Em qualquer uma destas situações, é importante

verificar se o pedido de devolução foi aceite pelo fornecedor e solicitar a forma de regularização do mesmo: através de uma nota de crédito ou pela troca de produto ²⁸.

Durante atividade farmacêutica de dispensa de MSRM, podemos deparar-nos com diferentes tipos de receitas: eletrónicas ou manuais. No caso de estarmos perante uma receita manual, no processo do atendimento, é essencial verificar: a correta identificação do utente; a identificação, vinheta e assinatura do prescritor; o regime de comparticipação; o local de prescrição; a data de validade da receita e o motivo pelo qual foi prescrita e forma manual. Após verificação destes fatores, passamos para a interpretação propriamente dita da receita, nomeadamente: nome comercial ou princípio ativo dos medicamentos, dosagem e número de embalagens prescritas por cada receita manual.

A dispensa de psicotrópicos ou estupefacientes está abrangida por normas distintas dos demais medicamentos. Para a dispensa deste tipo de medicamentos é exigido ao utente ou ao seu representante o cartão de identificação para registo no sistema. Após a dispensa, é emitido um documento que deverá ficar em arquivo da farmácia durante 3 anos e a farmácia deve enviar ao INFARMED, até ao oitavo dia do mês seguinte à dispensa o registo de todas as saídas destes medicamentos. No caso de estarmos perante uma receita eletrónica, os dados mencionados no cenário das receitas manuais aparecem automaticamente inseridos no sistema ²⁹. Deve ser emitido, também, anualmente, o mapa do balanço de entradas e saídas desta classe de medicamentos.

A conferência das receitas manuais dispensadas na farmácia exige uma atenção particular, sendo necessário garantir que todos os detalhes e as obrigações legais são cumpridos. Desta forma, mensalmente, no processo de faturação realizado no Sifarma, são emitidas faturas às diversas entidades integrantes nas receitas manuais que, juntamente com os verbetes e as relações de lotes das referidas receitas que serão enviados às entidades competentes.

Na Farmácia Vital, tive, ainda, oportunidade de frequentar pequenas ações de formação promovidas por delegados comerciais de diferentes marcas e laboratórios, com o intuito de introduzir novos medicamentos/produtos. Estas ações são, efetivamente, importantes para a melhoria continua da qualidade do atendimento e orientação dos utentes.

A Farmácia Vital dispõe, ainda, de uma série de serviços de saúde que compreende a medição de diversos parâmetros bioquímicos como glicemia, perfil lipídico, hemoglobina glicada, medição da pressão arterial e MAPA de 48 horas. Os referidos serviços estão disponíveis para os utentes da farmácia e assumem-se como uma mais-valia na monitorização da saúde da população e permitem, de forma mais sustentada, categorizar o farmacêutico como um agente ativo e importante na sociedade.

1.B.3. Exemplos de atividades desenvolvidas

Atividade 1: rastreio risco cardiovascular

Contextualização

O rastreio cardiovascular é uma medida preventiva fundamental para identificar precocemente fatores de risco que predisõem para doenças cardiovasculares (DCV) ³². As DCV continuam a ser a principal causa de morte em todo o mundo e o rastreio de fatores de risco pode ajudar a reduzir a incidência e a gravidade destas doenças ³³.

A pressão arterial elevada é um dos principais indicadores de hipertensão, condição que, se não controlada, pode levar a complicações como enfarte agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral (AVC) e insuficiência cardíaca ^{35,36}. O IMC é um indicador da obesidade, que, juntamente com a hipertensão, constitui uma combinação desejável para o desenvolvimento de DCV. Rastreios como este são importantes não apenas para identificar indivíduos em risco, mas também para orientar intervenções preventivas ³⁷.

Desenvolvimento

O rastreio realizado no âmbito do meu estágio na Farmácia Vital reúne um conjunto de dados sobre fatores amplamente associados ao risco cardiovascular ³⁴. Este rastreio incidiu, também, na análise e na associação preditiva destes fatores com hábitos de vida que pudessem relacionar-se com as condições acima descritas, podendo estes ser fatores modificáveis ou não modificáveis. Os resultados encontram-se expostos no **Anexo XI**.

Através do rastreio cardiovascular realizado, percebi que a intervenção farmacêutica em seio de farmácia comunitária desempenha um papel crucial na promoção da saúde pública. Com base nos dados analisados, percebi que o farmacêutico comunitário pode atuar sob diferentes níveis ³⁹⁻⁴².

- **Educação e aconselhamento sobre estilo de vida:** para os grupos com IMC elevado (sobretudo o grupo de 61-79 anos com IMC médio de 27), o farmacêutico pode orientar os utentes sobre mudanças na dieta e na atividade física, fomentando práticas para controlo do peso, que se dita um fator de risco modificável importante;
- **Monitorização da pressão arterial:** grupos com PAD elevada, como o de 18-30 anos, podem beneficiar de uma monitorização regular da pressão arterial na farmácia. Essa prática permite que o farmacêutico acompanhe a evolução da pressão e identifique a necessidade de encaminhamento médico, se necessário;
- **Colaboração interprofissional:** no caso de deteção de hipertensão, o farmacêutico pode encaminhar os utentes para uma avaliação médica mais detalhada, se houver necessidade de acordo com os resultados. O rastreio pode ser a primeira oportunidade de o utente ser

diagnosticado com hipertensão ou pré-hipertensão, permitindo que as intervenções médicas aconteçam antes do desenvolvimento de complicações graves;

- **Promoção da adesão à terapêutica:** caso seja identificado um utente já em tratamento para hipertensão ou para outra condição relacionada, o farmacêutico pode verificar a adesão à medicação e intervir para melhorar a eficácia do tratamento, caso necessário;
- **Triagem de fatores de risco:** o farmacêutico está apto a identificar fatores de risco cardiovascular (diabetes, dislipidemias, obesidade, doenças respiratórias) e a alertar os doentes para a necessidade de cuidados acrescidos. Nestes casos em particular, é importante estabelecer um plano de seguimento que permita a monitorização da saúde do doente de forma regular e, se necessário, encaminhamento médico para ajuste da terapêutica.
- **Avaliação de interações medicamentosas:** o farmacêutico deve estar alerta para possíveis interações medicamentosas passíveis de afetar a saúde cardiovascular dos utentes.

A farmácia comunitária, sendo um ponto de acesso fácil para a população, oferece uma excelente oportunidade para implementar estratégias de prevenção secundária e acompanhamento próximo dos utentes com fatores de risco cardiovascular ⁴³.

Conclusão

O rastreio cardiovascular analisado evidenciou variações importantes entre os diferentes grupos etários, com destaque para a elevação da pressão arterial sistólica e diastólica nos grupos mais jovens (PAD 81 no grupo de 18-30 anos) e o aumento do IMC nas faixas etárias mais avançadas (IMC médio de 27 no grupo de 61-79 anos).

A combinação do rastreio, da educação em saúde e da monitorização contínua permite não apenas deteção precoce de condições cardiovasculares, como também empodera os utentes a adotarem estilos de vida mais saudáveis. O acompanhamento regular e o encaminhamento adequado para cuidados médicos adicionais fortalecem a rede de apoio ao doente.

A intervenção farmacêutica neste contexto pode, então, ser determinante para a prevenção de eventos cardiovasculares. Ao atuar na prevenção primária e secundária, o farmacêutico contribui diretamente para a redução da carga das DCV na sociedade, promovendo melhorias na qualidade de vida dos utentes.

Este rastreio destaca a necessidade de implementação de medidas contínuas de monitorização e intervenção, sobretudo nos grupos em que o risco cardiovascular se mostra mais elevado. A farmácia comunitária tem um papel vital, sendo um local de fácil acesso para avaliações periódicas e acompanhamento contínuo de parâmetros cardiovasculares, ajudando assim a prevenir e a controlar doenças que impactam significativamente a saúde pública.

Atividade 2: medição ambulatória da pressão arterial (MAPA) de 48 horas

Contextualização

A medição ambulatória da pressão arterial (MAPA) de 48 horas é uma técnica de medição da pressão arterial (PA) realizada durante dois dias consecutivos que utiliza um *software* avançado. Trata-se de uma ferramenta fundamental na avaliação contínua da pressão arterial, permitindo uma visão mais abrangente e precisa das variações da pressão ao longo do dia e da noite ^{16,21}.

Desenvolvimento

Inicialmente, a doente em estudo recorreu, por orientação médica, à Farmácia Vital com o intuito de solicitar a realização de uma MAPA de 48h, em consequência de uma série de eventos não descritos que levaram à necessidade de verificação das condições de PA que, potencialmente, pudessem justificar as condições de saúde.

Neste sentido, a abordagem do farmacêutico responsável iniciou-se com a explicação do procedimento em questão, tendo este informado a utente sobre o propósito da técnica de medição a realizar, o seu interesse diferenciado e o modo de utilização do aparelho necessário à medição ²¹.

Os resultados foram encaminhados para uma equipa médica que emitiu um relatório com um parecer acerca dos mesmos e considerano as características da utente (**Anexo VI**).

Para a elevação do risco CV contribui, não só a elevação da PAS média durante o sono, mas também a atenuação da descida da PAS média do sono, mesmo em indivíduos normotensos, o que reforça a necessidade de recorrer à MAPA para a correta valorização do risco CV na população adulta em geral. Em consequência de todos estes resultados, o diagnóstico de hipertensão verdadeira faz-se nos homens se a PAS média durante o sono for ≥ 120 mmHg ou se houver um perfil *non-dipper* ou *riser* (queda relativa da PAS média durante o sono $<10\%$). Em mulheres, o diagnóstico estabelece-se se a PAS média durante o sono for ≥ 110 mmHg ou se houver um perfil *non-dipper* ou *riser*. Em indivíduos diabéticos, com doença renal crónica ou acidente cardiovascular major prévio, os limiares de diagnóstico são mais baixos, caso se verifique uma PAS média do sono ≥ 105 mmHg ^{20,44,46}.

No **Anexo VII**, vemos destacada uma área colorida a verde que representa a carga tensional sistólica que se encontra acima do limite superior de tolerância (PA em excesso), nos períodos de vigília (PAS média de 136.1 mmHg) e de sono (PAS média de 124.9 mmHg) e, de forma anormalmente elevada a pressão de pulso, também durante os períodos de vigília e de sono.

O relatório da MAPA de 48h inclui, também, uma probabilidade estimada da utente vir a sofrer um evento cardiovascular fatal ou não fatal, nos próximos 5 ou 10 anos. O **Anexo VIII** ilustra o caso da utente com um risco de 10.31% a 5 anos (P5).

Em indivíduos de maior idade, como é o caso do exemplo em estudo, em que o risco é muito influenciado pela idade, é conveniente informar a utente apenas sobre o seu risco a 5 anos (P5), uma vez que o risco a 10 anos (P10) quase duplicará.

Conclusão

Este exame tem demonstrado ser de maior interesse relativamente à medição isolada no consultório, uma vez que permite detetar condições como a hipertensão mascarada ou o efeito da "bata branca" ⁴⁵. A MAPA de 48 horas tem, também, vantagens sobre a MAPA de 24 horas, uma vez que esta última demonstra ter baixa reprodutibilidade e menor precisão do risco cardiovascular ^{17,19}.

Em contexto de farmácia comunitária, o acompanhamento deste exame contribui para uma maior adesão ao tratamento e para um melhor controlo da hipertensão. A análise dos dados da MAPA auxilia, também, o encaminhamento adequado para o médico, com o intuito de solicitar ajustes terapêuticos necessários, além de fomentar uma abordagem mais individualizada e preventiva do doente ^{16,22}.

Este tipo de monitorização é relevante não apenas para a saúde da pessoa, mas também para a redução dos custos com complicações futuras, como doenças cardiovasculares, acidente vascular cerebral (AVC) e insuficiência renal, que podem ser evitadas com o recurso a um controlo mais rigoroso da pressão arterial ⁴⁷⁻⁴⁹.

Após o envio da MAPA em estudo para a equipa médica responsável pela análise da mesma, foi-nos enviado um relatório clínico que resultou da interpretação dos dados obtidos. Desta análise, lavraram-se as considerações descritas no **Anexo VIII**.

Posteriormente, a equipa farmacêutica analisou os resultados, demonstrando particular atenção para as oscilações verificadas nos gráficos do **Anexo IX**, que se mostravam díspares e frequentes ao longo do dia para os valores de PA e FC. Perante isto, considerou-se que poderíamos presenciar cenários de hipotensão nos momentos em que se verificasse concomitantemente a ação do anti-hipertensor e um cenário de queda da PA.

Assim, após a referida intervenção farmacêutica e feita uma nova análise conjunta, personalizada e mais específica dos dados em estudo pela equipa médica, foram adicionados comentários ao relatório médico que denotavam o seguinte ⁵⁰:

- O aumento da variabilidade da PA verificado no período de vigília pode ser parcialmente explicado pela alteração da sensibilidade dos baroreceptores carotídeos. O baroreceptor funciona como um amortecedor da PA, prevenindo grandes elevações ou quedas da PA. Quando a PA se eleva, o processamento da informação colhida por estes baroreceptores de pressão faz aumentar o tónus



parassimpático (diminuição da FC) e diminuir o tônus simpático (através da vasodilatação). A diminuição da FC associada à vasodilatação contraria a elevação da PA. Se, pelo contrário, a PA cair, os baroreceptores detetam a queda da PA e, como mecanismo de compensação, inibem o parassimpático (aumentando a FC) e ativam o simpático (vasoconstrição e aumento da PA).

- Esta doente apresenta uma grande variabilidade da PAS em vigília, o que é compatível com alterações ao nível da sensibilidade do seio carotídeo e, consequentemente, do barorreflexo.
- Neste caso em particular, verifica-se, efetivamente, uma diminuição da sensibilidade do seio carotídeo, uma vez que há baixa variabilidade da FC. Além disso, o envelhecimento também se associa à diminuição da função barorreflexa.
- Esta informação acrescida recomenda prudência no tratamento da hipertensão, sugerindo-se a administração preferencial de um anti-hipertensor com uma semi-vida terapêutica intermédia, em dose baixa, antes do deitar, de forma a baixar a PA durante o sono sem modificar significativamente a PA em vigília e prevenir episódios de hipotensão iatrogénica.

Daqui, denotamos a importância de uma avaliação integrada e personalizada de cada caso, salvaguardando a utilidade da intervenção farmacêutica para um diagnóstico preciso e, consequentemente, para a sugestão de uma série de recomendações concordantes com esse mesmo diagnóstico^{30, 51, 52}.

Atividade 3: concurso público para posto farmacêutico

Contextualização

O concurso público para a abertura de um posto farmacêutico, em Portugal, é um procedimento regulado pelo INFARMED, com o objetivo de melhorar o acesso aos serviços farmacêuticos em zonas carenciadas ou com baixa cobertura. O posto farmacêutico é uma extensão de uma farmácia existente, projetado para atender comunidades rurais ou distantes de centros urbanos^{54,55}.

De acordo com o Decreto-Lei n.º 307/2007 e a legislação subsequente, os postos farmacêuticos estão sujeitos a critérios rigorosos de localização, infraestrutura e supervisão pela farmácia à qual estão associados²⁷. O processo de candidatura e de concessão é conduzido através de um concurso público, ao qual diversas farmácias podem concorrer para a implementação do posto em áreas previamente definidas pelo INFARMED.

A farmácia vencedora do concurso adquire a licença para instalar e operar o posto, promovendo um serviço essencial à comunidade local, sobretudo, em áreas geograficamente

isoladas, onde a oferta de medicamentos e o aconselhamento farmacêutico se mostram insuficientes. Estes postos desempenham um papel crucial na aproximação da população a cuidados de saúde primários, com foco na dispensa de medicamentos e no acompanhamento terapêutico.

Desenvolvimento

Após a abertura de um concurso público pelo INFARMED, o farmacêutico responsável submeteu uma candidatura que incluía a documentação regulatória associada à farmácia já existente e procedeu ao pagamento de uma taxa de candidatura.

- **Aprovação e notificação:** após a atribuição da licença pelo INFARMED, a farmácia recebe uma notificação formal confirmando o direito de estabelecer o posto farmacêutico;
- **Preparação da infraestrutura:** a farmácia deve garantir que o posto seja instalado conforme as exigências regulatórias, nomeadamente:
 - Assegurar que o espaço físico cumpre os requisitos legais de segurança e acessibilidade;
 - Providenciar um espaço adequado para o armazenamento de medicamentos;
 - Garantir que o posto está equipado com todo o material necessário para o atendimento ao público;
 - Garantir um distanciamento mínimo de dois quilómetros de outros postos de saúde, incluindo farmácias e postos farmacêuticos.
- **Submissão de documentação final:** a farmácia deve submeter os documentos de conformidade exigidos, incluindo: certidão do município para certificar o cumprimento das distâncias exigidas; plantas do espaço com áreas das zonas e memória descritiva; certificado de registo criminal do farmacêutico responsável pelo posto, assim como cartão de registo na OF, cartão de cidadão, declaração de aceitação do cargo de farmacêutico responsável e declaração de incompatibilidades com outras funções profissionais. É, ainda, necessária a submissão de um requerimento a comunicar o horário de funcionamento do posto farmacêutico móvel. Esta etapa tem associado mais um custo que deverá ser saldado para que a documentação seja avaliada e, subsequentemente, validada;
- **Inspecção pelo INFARMED:** antes da abertura, o posto farmacêutico deve ser inspecionado pelas autoridades de saúde competentes, de forma a garantir que as normas de segurança, higiene e acessibilidade estão a ser cumpridas;

- **Abertura ao público:** após a inspeção e aprovação final pelo INFARMED, o posto farmacêutico pode ser inaugurado e começar a operar. A farmácia tem à sua responsabilidade supervisionar a operação do posto.

Conclusão

O processo de abertura de postos farmacêuticos através de concursos públicos apresenta várias vantagens, sobretudo no que diz respeito à descentralização dos serviços de saúde. Ao permitir que farmácias estabelecidas em centros urbanos expandam os seus serviços para áreas menos favorecidas, o sistema contribui, significativamente, para a melhoria do acesso à saúde em todo o país ⁵³.

Contudo, é importante destacar alguns desafios no processo. Embora a identificação da necessidade de um posto seja feita pelo INFARMED, o cumprimento dos requisitos legais e operacionais pode ser complexo para as farmácias vencedoras. O processo de adaptação da infraestrutura, as garantias da conformidade para com as normas e a supervisão contínua do posto envolvem um custo acrescido e pode ser uma carga significativa para as farmácias de menor dimensão. Além disso, a gestão eficiente dos postos, especialmente em áreas com menor densidade populacional, exige uma abordagem cuidadosa para garantir que o serviço seja sustentável a longo prazo.

Um outro ponto de análise crítica reside na manutenção da qualidade do atendimento. Embora o posto farmacêutico opere sob a supervisão de uma farmácia, é essencial que os padrões de qualidade não se percam no processo de descentralização. A presença de um farmacêutico qualificado e o cumprimento dos horários de funcionamento são cruciais para que o serviço seja eficaz e útil para a comunidade.

O modelo de concurso público do INFARMED é uma abordagem sólida, capaz de assegurar que as áreas mais remotas tenham acesso a medicamentos e cuidados farmacêuticos, mas é crucial estarmos cientes de que a simplificação dos processos administrativos e o suporte às farmácias que assumem estas responsabilidades podem ser fatores chave para garantir a continuidade e a eficiência deste modelo.

Parte 2. Temas de desenvolvimento

Tema 1 – Gestão e atendimento de ostomias em farmácia comunitária

1. Enquadramento do tema em farmácia comunitária

O farmacêutico comunitário depara-se com uma série de desafios na abordagem dos utentes, sendo da sua responsabilidade oferecer uma orientação adequada sempre que os mesmos necessitem de assistência. No decorrer do meu estágio, percebi que, em seio de farmácia

comunitária, contactamos com doentes ostomizadas que procuram nesta um meio para aquisição de dispositivos e acessórios de ostomia, bem como para se instruírem face à sua condição de saúde.

A desmistificação e a crescente procura na área levou-me a concluir que existe uma grande importância associada à necessidade do farmacêutico ter pleno conhecimento sobre o referido tema. Neste sentido, escolhi abordar este tópico com a finalidade de ampliar os conhecimentos teóricos e práticos da equipa farmacêutica sobre as ostomias, garantindo, assim, um aconselhamento mais eficaz aos doentes ostomizados, possibilitando a promoção de uma melhoria significativa na qualidade de vida dos mesmos.

Importa referir que, em farmácia comunitária, o contacto com o referido tema se prende, sobretudo ou mesmo de forma restrita, com as ostomias de eliminação, pelo que a abordagem da temática se irá focar nas mesmas.

2. A ostomia e o doente ostomizado

2.1. O panorama em Portugal

Estima-se a existência de aproximadamente 22.000 pessoas com ostomias em Portugal (ostomias de eliminação intestinal, de eliminação urinária, de alimentação e respiratórias), sendo que destas, aproximadamente 90% têm uma ostomia de eliminação (urostomia, colostomia ou ileostomia). Destes 90%, grande parte são homens (61,6%) e apresentam uma idade média de 69,3 anos. Verificou-se, ainda, que 3 em cada 4 pessoas vivem com uma ostomia definitiva e a ostomia de eliminação mais comum é a colostomia (56%). A causa mais comum associada a uma ostomia prende-se com problemas oncológicos, seguindo-se da doença inflamatória intestinal ⁶¹.

2.2. Etiologia

Uma ostomia consiste na criação cirúrgica de uma abertura ou passagem artificial entre um órgão interno e a superfície da parede abdominal ou de uma outra, com o propósito de eliminar efluentes para um saco coletor. Esta nova abertura externa é denominada de estoma/ostoma e, geralmente, apresenta uma coloração entre o rosa escuro e o vermelho, com uma aparência húmida. Inicialmente, o estoma tende a ser maior, mas reduz consideravelmente de tamanho entre as 6 e as 8 semanas após a cirurgia ^{57,58}.

Este tipo de condição exige uma atenção redobrada por parte dos doentes, sobretudo em situações em que se verifica uma interrupção na saída de conteúdo pelo estoma, para casos em que esta abertura apresenta uma coloração mais avermelhada do que o normal e, também, em circunstâncias em que os efluentes são projetados anormalmente para o exterior. Todos estes sinais podem ser indicativos de possíveis complicações e recomenda-se, de imediato, a consulta médica, de forma a solucionar qualquer comprometimento da saúde do utente ⁶⁰.

A necessidade de recorrer a este tipo de intervenção cirúrgica pode dever-se uma série de motivações que são da responsabilidade do médico que acompanha o caso clínico e que fará uma avaliação completa e detalhada das circunstâncias que, em último recurso, culminam na indicação cirúrgica para ostomia de eliminação. As causas mais comuns estão associadas, geralmente, a ^{57, 61}:

- Cancro do reto e do cólon;
- Colite ulcerosa;
- Doença de Crohn;
- Doença diverticular;
- Carcinoma da bexiga;
- Cancro do ânus;
- Polipose adenomatosa familiar do cólon (PAF-C);
- Incontinência;
- Traumatismos e perfurações.

2.3. Enquadramento regulamentar

Em Portugal, a regulamentação dos cuidados e dispositivos médicos de ostomia é estabelecida por várias normas, destacando-se a Portaria n.º 92-F/2017 que introduziu importantes avanços na cobertura e na acessibilidade destes dispositivos. Esta legislação visa garantir que as pessoas ostomizadas tenham acesso adequado a dispositivos médicos indispensáveis à manutenção da qualidade de vida ⁶².

De acordo com a referida portaria, os dispositivos de ostomia, que incluem sacos coletores (abertos ou fechados), placas protetoras e outros acessórios, são, integralmente, financiados pelo Estado, podendo ser adquiridos em seio de farmácia comunitária com cobertura total. Isto representa uma melhoria significativa na acessibilidade dos dispositivos, promovendo uma maior equidade no acesso a cuidados essenciais para pessoas ostomizadas.

A regulamentação estabelece critérios para a prescrição dos dispositivos, sendo obrigatória a avaliação de um médico especialista e a colaboração de enfermeiros com formação específica em estomaterapia. O número de dispositivos a ser dispensado é definido com base nas necessidades individuais do utente, levando em consideração o tipo de ostomia e as condições clínicas associadas⁶³.

O Despacho nº 2019/2017, de 9 de março é, também, relevante no contexto da regulamentação dos cuidados e dispositivos para ostomias em Portugal. Este despacho estabelece diretrizes específicas para a gestão dos dispositivos de ostomia e outros materiais médicos, promovendo a uniformização e a qualidade do atendimento para os doentes ostomizados, uma vez que define as condições e os critérios para a prescrição, fornecimento e cobertura dos dispositivos

de ostomia, assegurando que estes produtos são apropriados e eficazes para o tratamento e para o bem-estar dos doentes ⁶³.

Além disso, a regulamentação incentiva a formação e o acompanhamento contínuo dos profissionais de saúde envolvidos no tratamento dos ostomizados, assegurando que os doentes recebem a orientação adequada para a manutenção da ostomia e para a prevenção de possíveis complicações.

2.4. Conceitos gerais

As ostomias podem ser permanentes ou temporárias e esta categorização depende da causa que levou à abertura cirúrgica. Uma ostomia temporária está, frequentemente, associada a complicações abdominais ou a situações em que se prevê a necessidade de desviar efluentes, de forma a permitir uma recuperação gradual. As ostomias temporárias podem ser revertidas assim que o doente se encontrar clinicamente estável ⁵⁷⁻⁶¹.

Já as ostomias permanentes destinam-se à evacuação de efluentes de forma definitiva. O recurso a este tipo de ostomia verifica-se em cenários em que há comprometimento do normal funcionamento do intestino e se torna inviável permitir a eliminação dos efluentes de forma natural (o ânus e os músculos responsáveis pela eliminação são removidos ou perdem a sua função natural)⁵⁷.

3. Tipos de ostomias de eliminação

3.1. Ileostomia

A ileostomia consiste numa derivação intestinal, temporária ou permanente, efetuada ao nível do intestino delgado (íleo – parte final do intestino delgado). Este tipo de intervenção cirúrgica exige cuidados específicos, de forma a garantir a manutenção de um estoma saudável e cómodo ao quotidiano do doente ostomizado. A ileostomia é realizada, na maioria dos casos, como recurso para o tratamento de doenças inflamatórias intestinais ou em resposta a doenças oncológicas às quais se associa a necessidade de remoção do cólon. Neste tipo de ostomia, o estoma localiza-se, geralmente, do lado direito do abdómen ^{67,68}.

A ileostomia visa permitir a eliminação de fezes que não atingiram o cólon e, consequentemente, não foram sujeitas à ação deste, pelo que a sua consistência será líquida ou semi-líquida. Os efluentes eliminados possuem um caráter ácido e um elevado conteúdo enzimático, característico do ambiente no intestino delgado por ser um órgão onde são absorvidos os nutrientes provenientes dos alimentos (vitaminas, minerais, proteínas, hidratos de carbono, gorduras).

Desta forma, considerando as circunstâncias em questão, deve garantir-se a monitorização do equilíbrio eletrolítico do doente ileostomizado. É crucial assegurar a ingestão de grandes

quantidades de água e a higienização da pele periestomal, pelo caráter altamente irritante das fezes eliminadas. Torna-se imprescindível a adoção de cuidados de rotina por parte destes doentes (69).

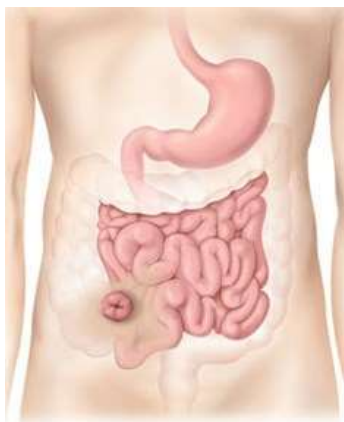


Figura 2. Representação ilustrativa de uma ileostomia ⁶⁸

3.2. Colostomia

A colostomia é uma derivação intestinal, efetuada ao nível do intestino grosso (parte do cólon ou reto) que permite a exteriorização do mesmo pela parede abdominal, possibilitando a formação de um novo trajeto e de uma abertura para a saída das fezes sólidas ou semissólidas. Este tipo de ostomia é definido pela porção do cólon que é removida e, consequentemente, pela sua localização, e pode ser classificada como colostomia ascendente, transversa e descendente ^{70,71}.

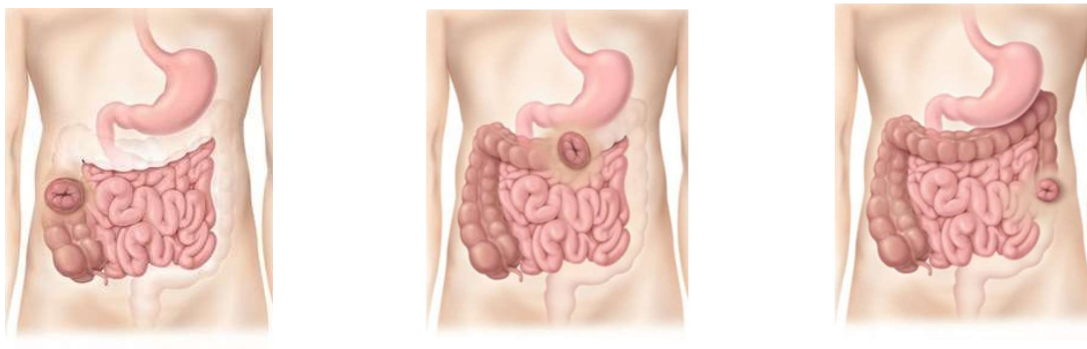


Figura 3. Ilustração de uma colostomia ascendente, transversa e descendente, respetivamente ⁷⁰

A principal função do cólon passa pela absorção de água e pelo transporte das fezes, permitindo o armazenamento destas até à sua eliminação. Esta região do intestino encerra em si duas funções: o peristaltismo, responsável pela quebra e mistura do conteúdo alimentar, facilitando a absorção de água, o que resulta na formação das fezes; e o reflexo de massa que impulsiona as fezes para a porção subsequente do cólon e, eventualmente, para o reto. Como a absorção de nutrientes ocorre ao nível do intestino delgado, a colostomia não interfere no aproveitamento nutricional dos alimentos pelo corpo. As mudanças estão relacionadas com o

armazenamento das fezes e com a absorção de água, o que varia consoante o tipo de colostomia e o tempo de permanência das fezes no cólon ⁷⁰.

Nestas circunstâncias, a localização do estoma vai depender da porção do intestino afetada ou da melhor localização no abdómen, no caso do objetivo passar por desviar as fezes de uma lesão na região perianal.

Nas colostomias ascendente (secção vertical, à direita do abdómen) e transversa (secção horizontal a meio do abdómen), localizadas nas partes iniciais do intestino grosso, o cólon não tem uma ação expressiva sobre as fezes e estas permanecem com uma consistência líquida ou semilíquida e possuem um alto teor enzimático. Assim, doentes com este tipo de colostomia devem ter cuidados adicionais com a pele ao redor do estoma, de forma a evitar irritações causadas pelo contacto com as fezes e prevenir fugas, tal como acontece no caso das ileostomias ^{70,71}.

Já na colostomia descendente (tipo mais comum de colostomia; secção vertical, à esquerda do abdómen), as fezes tendem a ser sólidas ou semissólidas, formadas em grande parte no cólon e sem enzimas ativas. Alguns doentes com este tipo de colostomia podem simular uma evacuação natural, utilizando estímulos ou métodos como a irrigação, uma vez que a evacuação pode ocorrer sob intervalos regulares e previsíveis.

Existe, ainda, de forma mais particular, a colostomia sigmoidea, em que a parte inferior do intestino grosso é exteriorizada, à esquerda, ligeiramente antes do reto. Nesta situação, as fezes formadas não se caracterizam por ser irritantes quando em contacto com a pele ⁷⁰.



Figura 4. Representação ilustrativa de uma colostomia sigmoidea ⁷⁰

3.3. Urostomia

A urostomia consiste na criação cirúrgica de uma abertura artificial dos canais urinários através da parede abdominal, permitindo a eliminação constante da urina por gotejamento. Nestas circunstâncias, existe a necessidade do uso de um dispositivo coletor com uma válvula antirrefluxo e uma torneira de drenagem, de forma a permitir o seu esvaziamento ao longo do dia. Esta

intervenção pode dever-se ao comprometimento da bexiga por patologias ou malformações e pode ser realizada por duas formas distintas: com recurso a um conduto ileal ou por meio de uma ureterostomia ⁷².

O conduto ileal, tipo mais comum de urostomia, serve, geralmente, como recurso a cenários de doença ou lesão e, nestas circunstâncias é removida uma secção do intestino delgado (íleo) e uma das extremidades é fechada. Essa região é conectada aos ureteres, permitindo que a urina seja expelida através de um estoma criado na parede abdominal. Na ureterostomia, um ou ambos os ureteres são exteriorizados diretamente pela parede abdominal, formando um estoma, geralmente de caráter temporário.

A intervenção cirúrgica associada a uma urostomia é, frequentemente, associada a casos em que a bexiga necessita de ser removida (problemas oncológicos ou malformações que afetam as funções da bexiga e da uretra) ou a situações de disfunção da bexiga devido a danos nos nervos (esclerose múltipla, paralisia cerebral e lesões medulares) ⁷³.

Nesse tipo de ostomia, é fundamental redobrar a atenção no que concerne ao cuidado da pele, em consequência da natureza ácida da urina, sendo crucial a prevenção e o controlo de fugas, de forma a evitar complicações ⁷².

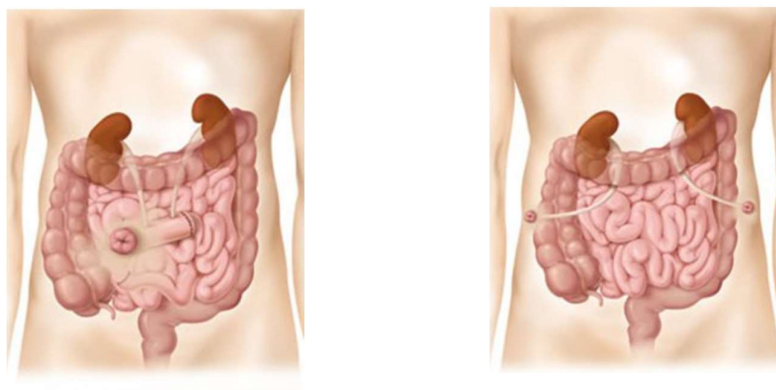


Figura 5. Ilustração de um conducto ileal e de uma ureterostomia, respetivamente ⁷²

A **Tabela 3** sintetiza as principais características das ostomias acima especificadas ^{68,70,72}.

Tabela 3. Resumo das características de cada ostomia.

Tipo de ostomia	Ileostomia	Colostomia	Urostomia
Abertura	Intestino delgado (íleo)	Intestino grosso (cólon)	Aparelho Urinário (ureteres)
Finalidade	Eliminação de fezes de consistência mais líquida	Eliminação e fezes de consistência mais sólida	Eliminação de urina

Dispositivo médico base	Saco aberto e drenável	Saco fechado (fezes sólidas); saco aberto (fezes mais líquidas)	Saco aberto e drenável
-------------------------	------------------------	---	------------------------

4. Dispositivos médicos e acessórios de ostomia

Atualmente, as pessoas ostomizadas têm acesso a uma ampla gama de dispositivos e acessórios médicos, projetados com o intuito de melhorar significativamente a sua qualidade de vida e permitir a manutenção da prática das atividades diárias, sem restrições ⁷⁵.

É essencial que o farmacêutico comunitário esteja bem informado sobre estes mesmos produtos, de forma a assegurar uma orientação adequada e eficaz dos utentes que procuram ajuda na farmácia comunitária.

4.1. Sistemas de ostomia

Existem dois tipos principais de sistemas de ostomia disponíveis para doentes ostomizados: sistemas de uma peça e sistemas de duas peças ⁷⁴. Embora ambos possam ser utilizados consoante a preferência do doente, existem determinadas condições clínicas que podem indicar a escolha de um sistema em detrimento do outro.

O sistema de uma peça integra uma placa protetora e um saco coletor num único dispositivo. O saco deve ser esvaziado ou trocado sempre que necessário e, no caso de estarmos perante a utilização de sacos abertos, recomenda-se que a sua substituição seja feita a cada 24 horas ⁷⁵.

Por outro lado, no sistema de duas peças há a separação da placa protetora do saco, permitindo que a placa permaneça aderida ao abdómen por um período mais longo. Este cenário reduz a potencial agressão deste tipo de equipamentos à pele, uma vez que não é necessário descolar a placa a cada troca do saco, como ocorre no sistema de uma peça única.

O sistema de duas peças com encaixe adesivo combina as vantagens do sistema de duas peças com a praticidade do sistema de uma peça, proporcionando maior flexibilidade e conforto para o doente ⁷⁴.



Figura 6. Sistemas de ostomia de uma peça (à esquerda) e de duas peças (à direita) ⁷⁷

4.1.1. Sacos ou bolsas de ostomia

Os sacos de ostomia desempenham a função essencial de recolher o efluente de forma segura e devem ser projetados com o propósito de serem fáceis de aplicar e de remover.

Os sacos podem ser transparentes ou opacos. Os sacos transparentes são, amplamente, utilizados em ambiente hospitalar, no período pós-operatório, por permitem aos profissionais de saúde a monitorização da evolução do estoma e do processo de cicatrização^{75, 77}.



Figura 7. Saco de ostomia transparente (à esquerda) e opaco (à direita)⁷⁷

Quanto à funcionalidade, os sacos podem ser classificados em fechados ou abertos, dependendo do tipo de ostomia. Para pessoas com colostomia, cujas fezes apresentam uma consistência mais sólida são, normalmente, utilizados sacos fechados. Em casos de ileostomia e urostomia, em que o efluente é mais líquido, recomenda-se o uso de sacos abertos e drenáveis, que permitem ao doente esvaziar o conteúdo com facilidade, sempre que necessário⁷⁷.



Figura 8. Sacos coletores fechados e abertos⁷⁷

4.1.2. Placas de ostomia ou barreiras protetoras

A placa de ostomia desempenha um papel crucial na proteção da pele em torno do estoma do contacto direto com os efluentes e são feitas de material hidrocolóide, derivado de plantas, não irritante para a pele.

Existem dois tipos de placas de ostomia: placas planas ou placas convexas. A escolha do modelos depende do tipo de abdómen do utente. Para abdómenes com rugas, pregas ou estomas retraídos, a placa convexa proporciona um maior conforto. Já a placa plana é mais adequada para abdómenes lisos e uniformes ⁷⁵.



Figura 9. Placa de ostomia plana (à esquerda) e convexa (à direita) ⁷⁷

4.2. Acessórios de ostomia

Há uma ampla variedade de acessórios disponíveis para atender aos desafios enfrentados pelos doentes ostomizados que são capazes de garantir um cuidado adequado do estoma. Para isso, é fundamental que o farmacêutico comunitário tenha conhecimento sobre estes acessórios, de forma a conseguir orientar corretamente o doente ostomizado. De entre os principais acessórios, destacam-se ^{75, 78, 80}:

- **Anel:** moldável e capaz de se adaptar à forma do estoma, prevenindo a fuga de efluentes. Protege a pele da maceração, é de fácil remoção e não deixa resíduos;
- **Tira de fixação:** é elástica e, como tal, adapta-se aos movimentos do corpo, o que confere uma segurança adicional, mantendo a placa protetora firmemente no lugar, aumentando a liberdade de movimento e o tempo de utilização;
- **Protetor cutâneo:** forma uma película protetora de silicone que seca rapidamente, criando uma "segunda pele", evitando a maceração da pele periestomal e acelerando a sua regeneração;
- **Spray removedor de adesivo:** à base de silicone, dissolve resíduos de adesivo e facilita a remoção do saco de forma indolor, sem causar irritação ou comprometimento da adesão do dispositivo seguinte;
- **Gelificante:** composto por carvão ativado e um polímero super-absorvente que gelifica as fezes líquidas no interior do saco, ajudando a controlar o volume e, consequentemente, prevenindo possíveis fugas e reduzindo o " efeito balão" causada pelos gases;
- **Desodorizante:** reduz odores desagradáveis provenientes do saco, aumentando o conforto do ostomizado;
- **Cinto ajustável:** proporciona segurança extra, garantindo que a placa adesiva permanece na posição correta.

5. Cuidados de higiene

O doente ostomizado deve manter uma rotina específica de higiene tanto do estoma quanto da pele periestomal. A observação cuidadosa destas regiões é fundamental para prevenir possíveis complicações. É recomendada a troca do saco de ostomia quando este estiver quase meio cheio ou, imediatamente, se houver sinais de fuga ou sensação de ardor. De forma a facilitar o processo de troca, é importante que todo o material necessário esteja previamente reunido: soro fisiológico ou sabão neutro, compressas TNT ou esponja suave, tesoura de pontas arredondadas, sistema de ostomia previamente recortado, toalha macia e outros acessórios ^{79, 81}.

Durante a troca do sistema, o estoma e a pele periestomal devem ser lavados com soro ou sabão neutro, utilizando compressas adequadas.

É importante que o utente evite o uso de cremes gordurosos na pele periestomal, uma vez que isso pode comprometer a aderência do dispositivo seguinte. O conhecimento sobre os acessórios de ostomia e o seu uso adequado é essencial para o sucesso do tratamento. Além disso, é sempre recomendável que o ostomizado tenha consigo um kit de emergência contendo uma placa, um saco previamente recortado, compressas TNT e soro fisiológico, para casos urgentes de necessidade de troca do sistema ^{81, 82}.

6. A importância da dieta no ostomizado

O doente ostomizado tem, geralmente, uma vida dentro do normal, mas deve prestar especial atenção à alimentação, mantendo uma dieta equilibrada e adaptada às suas necessidades. A hidratação é essencial, especialmente em casos de ileostomia, uma vez que estes doentes estão mais propensos à desidratação e a desequilíbrios eletrolíticos, em consequência de uma maior perda de líquidos e sais minerais.

O farmacêutico comunitário desempenha um papel importante, sobretudo, no que respeita à capacidade de orientar a pessoa ostomizada sobre a alimentação que esta deverá adotar, uma vez que certos alimentos podem impactar diretamente o funcionamento do estoma, exigindo uma abordagem personalizada. Neste sentido, existem alguns aspetos para os quais podemos chamar a atenção do doente ^{83, 84}:

- **Produção de gases:** alimentos como feijão, brócolos, repolho, cebola e bebidas gaseificadas podem aumentar a produção de gases, causando desconforto ao ostomizado. O farmacêutico deve recomendar o consumo moderado destes alimentos;
- **Odor:** certos alimentos, como ovos, alho, peixes e espargos, podem intensificar o odor do efluente, o que pode causar desconfortos. No entanto, alimentos como iogurte natural, salsa e sumo de arando podem ajudar a neutralizar odores;

- **Bloqueio do estoma:** alimentos fibrosos ou de difícil digestão, como nozes, milho, sementes e frutas com casca, podem obstruir o estoma. O doente ostomizado deve ser orientado para a necessidade de mastigar bem os alimentos e, quando necessário, evitá-los para prevenir bloqueios;
- **Alterações de coloração:** alguns alimentos podem alterar a cor do efluente, como a beterraba (pode tingir as fezes de vermelho), mas essas mudanças são, geralmente, inofensivas. É importante, no entanto, que o paciente seja informado para não confundir essas alterações com possíveis complicações de saúde.

7. Os medicamentos e o doente ostomizado

As pessoas com ostomia apresentam diferentes sensibilidades para os medicamentos, uma vez que apresentam alterações na sua capacidade de absorção. Isto verifica-se, especialmente, em casos de ileostomia, uma vez que parte significativa do intestino delgado e do cólon podem estar comprometidos ⁶⁹. O intestino delgado é o principal local de absorção de muitos fármacos e a remoção de partes deste órgão pode reduzir, significativamente, a eficácia dos medicamentos de libertação prolongada. A absorção incompleta pode causar oscilações nos níveis do fármaco, resultando em perdas de eficácia após a administração inicial, o que representa um risco potencial, especialmente em pacientes com condições crónicas. Nestes casos, as formulações líquidas ou intravenosas podem surgir como alternativas viáveis, com a desvantagem de que, em algumas preparações, o sabor pode ser desagradável ^{85, 86}.

Doentes com colostomia podem apresentar um perfil de absorção semelhante ao de indivíduos saudáveis, uma vez que a função do cólon não é tão determinante na absorção de fármacos ⁸⁷. No entanto, o uso de medicamentos de libertação prolongada deve ser cauteloso para todos os ostomizados, tendo especial atenção aos ileostomizados ⁸⁸.

- **Laxantes:** em casos de obstipação, o uso de probióticos e certas alterações na dieta são preferíveis ao uso de laxantes, uma vez que estes aumentam o risco de desidratação e desequilíbrio eletrolítico;
- **Contracetivos orais:** é importante lembrar que pacientes ostomizados do sexo feminino em idade fértil devem ser aconselhados sobre o uso de contracetivos orais, uma vez que a absorção desses medicamentos pode ser comprometida, sugerindo-se o uso de métodos de barreira ou de outras opções hormonais com melhor absorção;
- **Medicamentos ou produtos que contenham magnésio ou alumínio:** podem causar episódios de diarreia ou obstipação, devido a um aumento da retenção ou maior perda de fluídos, respetivamente;

- **Antiácidos:** podem causar complicações como formação de cristais urinários em pacientes com urostomia, devido à alcalinização da urina;
- **Diuréticos:** provocam aumento do volume da urina, com potencial risco de desequilíbrio eletrolítico;
- **AINEs:** podem causar irritação gástrica e hemorragia.

7.1. Medicamentos que podem alterar a cor da urina e das fezes

Alguns medicamentos podem alterar a cor da urina e das fezes, sendo essa mudança, geralmente, inofensiva, mas pode gerar preocupações nos doentes ostomizados. Abaixo apresentam-se alguns medicamentos ou produtos que, habitualmente, causam essas alterações ⁸⁸:

- **Vitaminas:** urina amarela escura, coloração das fezes e mau odor;
- **Suplementos de ferro:** fezes esverdeadas e muito escuras;
- **Carvão ativado:** fezes pretas;
- **Nitrofurantoína:** urina castanha;
- **Anticoagulantes:** rosa/vermelho a negro nas fezes;
- **Salicilatos:** rosa/vermelho a negro nas fezes.

8. Enquadramento prático

Após averiguar, junto da equipa farmacêutica, possíveis temas a explorar e usar como mote para uma formação interna, concluí que o tópico das ostomias de eliminação em seio de farmácia comunitária poderia ser pertinente. Esta escolha resultou do interesse manifestado pela equipa em aprofundar o assunto e do facto de, enquanto futura farmacêutica, também eu achar altamente necessário estarmos alerta para a oferta que existe sobre o tópico em estudo, com o intuito de sabermos instruir os doentes, permitindo que estes usufruam do máximo conforto perante tal condição de saúde.

Assim, desenvolvi o presente tema de forma consideravelmente aprofundada, e elaborei um póster (**Anexo X**), afixado no backoffice da farmácia, que resume informações teóricas e práticas sobre as ostomias de eliminação, visando auxiliar o aconselhamento farmacêutico dos utentes ostomizados que frequentam a farmácia.

9. Conclusão e perspetivas futuras

A gestão e o atendimento de ostomias em farmácia comunitária representam um desafio significativo, mas também uma oportunidade valiosa para os farmacêuticos no suporte a utentes que necessitam de cuidados especiais. A formação contínua da equipa e a disponibilização de recursos adequados, como o póster desenvolvido, são fundamentais para garantir que o aconselhamento prestado seja não apenas informado, mas também empático e adaptado às necessidades individuais dos doentes ⁸⁹.

A implementação de práticas de atendimento centradas no utente, aliadas ao acesso a informações atualizadas sobre produtos e cuidados com ostomias, pode melhorar significativamente a qualidade de vida das pessoas ostomizadas. Além disso, a colaboração com profissionais de saúde especialistas em estomaterapia é crucial para a formação de uma rede de suporte robusta que beneficie estes utentes.

É desejável que as farmácias comunitárias continuem a desenvolver iniciativas de formação e atualização sobre ostomias, promovendo a partilha de conhecimento entre os profissionais. Além disso, é importante que se promova uma maior sensibilização da sociedade sobre a realidade das pessoas ostomizadas, quebrando estigmas e promovendo a aceitação e a compreensão. O papel do farmacêutico comunitário pode ser essencial não apenas na entrega de produtos, mas também na promoção da saúde e bem-estar geral dos utentes.

Tema 2 – Situações clínicas ligeiras: intervenção farmacêutica

1. O farmacêutico na Sociedade

1.1. Evolução do papel do farmacêutico comunitário

O papel do farmacêutico comunitário tem sofrido uma transformação significativa ao longo do tempo. Inicialmente, a profissão farmacêutica era centrada na preparação manual de medicamentos, com o farmacêutico a atuar unicamente como intermediário entre o médico e o utente na produção de fármacos.

No entanto, com o avanço da ciência, houve um deslocamento do papel do farmacêutico comunitário de forma acentuada para a vertente de dispensador e conselheiro terapêutico.

Recentemente, o foco deste passou a incluir o cuidado centrado no doente. Com o conceito de "farmácia clínica", o farmacêutico comunitário não se limitava apenas à simples dispensa de medicamentos, passando a assumir, também, um papel ativo na gestão terapêutica do medicamento, trabalhando em colaboração com médicos e outros profissionais de saúde, monitorizando a adesão à terapêutica, prevenindo potenciais interações medicamentosas e otimizando as terapias.

Atualmente, o farmacêutico é uma figura essencial na atenção primária à saúde, sobretudo em seio de farmácia comunitária, onde se tornou um ponto de contacto acessível e confiável para os utentes, ajudando na autogestão de doenças crónicas, oferecendo aconselhamento em situações clínicas ligeiras e desempenhando um papel importante na educação para a saúde pública^{92, 94}.

Em certos países, como a França, o Canadá, a Nova Zelândia, a Austrália e o Reino Unido, a integração das farmácias na prestação de cuidados estruturados à população é já evidente e tem

apresentado resultados positivos ⁹⁶. Nestes países, o papel do farmacêutico comunitário é crucial na gestão e racionalização da procura pelos cuidados de saúde primários, o que contribui para demonstrar um respeito pelo melhor interesse do cidadão, pela sua comodidade, autonomia e liberdade de escolha.

1.2. Impacto do farmacêutico comunitário na população

O farmacêutico desempenha um papel central na sociedade, sendo um dos profissionais de saúde mais acessíveis à população. A sua presença nas farmácias comunitárias faz dele uma fonte confiável de aconselhamento, particularmente, em situações clínicas ligeiras. Além de possibilitar o fornecimento de medicamentos, o farmacêutico comunitário atua como um promotor da literacia em saúde, potenciando o uso racional do medicamento e prevenindo a automedicação inadequada. Este papel é, particularmente, relevante em populações envelhecidas ou polimedicadas, sobre as quais a sua atuação pode prevenir possíveis PRM's.

Num contexto em que os sistemas de saúde enfrentam desafios como o aumento da procura e a constatação de recursos limitados, o farmacêutico comunitário assume uma função crucial no alívio da pressão sobre outros serviços, como hospitais e centros de saúde. A sua capacidade de gerir condições de saúde de baixa gravidade e de garantir a continuidade de cuidados contribui para uma sociedade mais saudável e informada, promovendo o bem-estar e a segurança dos utentes ^{90, 91}.

1.3. Contributos do farmacêutico comunitário para o sistema de saúde

Os contributos do farmacêutico comunitário para o sistema de saúde em Portugal pode concretizar-se de várias formas, desempenhando este um papel essencial na promoção da saúde e no funcionamento eficaz dos serviços de saúde. Numa primeira instância, a intervenção precoce do farmacêutico em situações clínicas ligeiras pode evitar a sua evolução para complicações mais graves e, consequentemente, reduzir a pressão sobre os serviços de urgência hospitalar. Ao oferecerem aconselhamento imediato e preciso, os farmacêuticos comunitários auxiliam na resolução de problemas de saúde comuns, sem a necessidade de recorrer a uma consulta médica.

Além disso, o farmacêutico tem um papel central na promoção do uso racional do medicamento, evitando problemas relacionados com o uso inadequado de fármacos, como reações adversas e interações medicamentosas que acarretem a necessidade de intervenção médica.

Os farmacêuticos também desempenham um papel crucial na educação para a saúde, promovendo a adesão à terapêutica e educando os utentes sobre estilos de vida saudáveis. Em campanhas de vacinação e de prevenção de doenças crónicas, como a diabetes e a hipertensão, os farmacêuticos comunitários são, frequentemente, responsáveis pela implementação de programas de saúde pública e pelo acompanhamento dos doentes.

Ao trabalharem em estreita colaboração com outros profissionais de saúde, os farmacêuticos comunitários contribuem, também, para uma abordagem multidisciplinar nos cuidados de saúde, garantindo uma atenção mais completa e personalizada ao utente ^{90, 91, 93}.

2. Situações clínicas ligeiras em farmácia comunitária

Os portugueses são a população europeia que mais frequentemente recorre aos serviços de urgência: “mais de seis em cada dez pessoas, por ano, um valor muito superior à média europeia”. Cerca de 40% destas situações não são, efetivamente, urgentes ⁹¹. A visível sobrecarga das urgências hospitalares, em Portugal, é um problema crescente com consequências evidentes: longos tempos de espera, profissionais de saúde em esforço com comprometimento da capacidade de prestação de cuidados de saúde adequados a quem realmente necessita de assistência urgente. Neste sentido, torna-se crucial apostar numa reformulação dos serviços de saúde em Portugal, redistribuindo as várias situações clínicas pelos diferentes locais de prestação de serviços de saúde, de acordo com as necessidades e níveis de urgência na resposta.

As situações clínicas ligeiras são condições de saúde de baixa gravidade, frequentemente autolimitadas, que podem ser geridas sem necessidade de intervenção médica especializada. Estas situações incluem queixas comuns que, embora não representem risco imediato para a vida do utente, causam desconforto e podem, se não tratadas adequadamente, evoluir para complicações mais graves que exijam intervenção médica ⁹⁰.

2.1. Intervenção farmacêutica

Em contexto de farmácia comunitária, estas situações clínicas ocupam uma posição central, uma vez que a farmácia é o primeiro ponto de contacto com muitos utentes que procuram orientações de saúde de forma rápida e eficaz. A intervenção do farmacêutico comunitário nestes casos é determinante e prende-se com três vertentes principais ^{96,97}:

- **Aconselhamento farmacológico**, com a recomendação de medicamentos de venda livre, adaptados ao quadro clínico do utente (MNSRM e MNRSR-EF);
- **Aconselhamento não farmacológico**, orientando o utente sobre medidas comportamentais e de autocuidado;
- **Encaminhamento para o médico**, quando a situação requer uma avaliação mais aprofundada, prevenindo complicações e evitando a automedicação inadequada.

A correta abordagem destas condições pelo farmacêutico comunitário contribui para a redução da sobrecarga dos serviços de saúde, especialmente nos cuidados de saúde primários, permitindo uma resposta mais célere às necessidades de saúde dos utentes.

O registo contínuo deste tipo de situações enfatiza a importância estratégica da gestão de situações clínicas ligeiras em farmácia comunitária e otimiza o papel preponderante dos MNSRM e

dos MNSRM-EF como um fator de diferenciação das farmácias e de valorização dos farmacêuticos. É, também, de extrema importância a identificação da automedicação como parte integrante do autocuidado e, consequentemente, dos sistemas de saúde, tópico sobre o qual também se debruça o papel da equipa farmacêutica. Para tal, é essencial identificar devidamente as condições para a dispensa destes medicamentos. Isso prende-se com uma correta definição das etapas do modelo de intervenção das farmácias nas situações clínicas ligeiras ⁹⁷.

2.1.1. Aconselhamento farmacológico

Consiste na recomendação de medicamentos de venda livre (MNSRM), de acordo com os sintomas apresentados e considerando as preferências o utente. O farmacêutico é, também, responsável por garantir o uso seguro e eficaz destes medicamentos, ajustando as doses necessárias e prevenindo possíveis interações medicamentosas ⁹⁷.

2.1.2. Aconselhamento não farmacológico

O aconselhamento não farmacológico envolve a promoção de medidas de autocuidado e mudanças no estilo de vida que ajudam a aliviar os sintomas ou prevenir recorrências. Isso inclui, por exemplo, orientações sobre hidratação, alimentação, repouso adequado, higiene do sono e a utilização de produtos naturais ou complementares ⁹⁷.

2.2. Tipos de situações clínicas ligeiras

As situações clínicas leves que, habitualmente, surgem em contexto de farmácia comunitária relacionam-se com uma série de medidas farmacológicas e não farmacológicas que podem ser recomendadas por parte do farmacêutico. Abaixo seguem-se alguns exemplos de situações clínicas ligeiras com as quais me deparei ao longo do estágio curricular em farmácia comunitária:

- **Constipação:** o objetivo do tratamento deste tipo de situações passa por reduzir a duração e a gravidade dos sintomas. Nestas circunstâncias, o farmacêutico pode aconselhar a toma de analgésicos, antipiréticos, descongestionantes, anti-histamínicos, antitússicos e expetorantes, como medidas farmacológicas. As medidas não farmacológicas podem passar por repouso, higienização frequente das mãos e ingestão de bebidas quentes.
- **ITU não complicada:** nestes casos, o mais correto passa por encaminhar o doente para uma consulta médica. Contudo, o farmacêutico pode, de forma complementar, aconselhar ao uso de suplementos à base de arando vermelho ou D-manose, uma vez que estes se mostram capazes de inibir a adesão de bactérias às paredes o trato urinário e, consequentemente, prevenir ITU. Pode, também, recomendar a realização de um teste de Combur (tiras reativas de urina). As medidas não farmacológicas possíveis de serem recomendadas pelo farmacêutico nestas situações podem incluir o aumento da ingestão



de água, a higiene adequada e frequente da região afetada, evitar o uso de roupas apertadas para aliviar desconforto associados à infeção.

- **Dor de cabeça:** o tratamento não farmacológico deste tipo de condição passa por eliminar ou reduzir a intensidade da cefaleia e evitar outros sintomas que daí possam advir. É importante a manutenção de certas rotinas (regularidade nas refeições, exercício e sono), atividades de relaxamento e evitar potenciais fatores desencadeantes. Nestas circunstâncias a intervenção farmacêutica passa pela dispensa de fármacos inespecíficos como analgésicos.
- **Enjoo de movimento:** de um modo geral, o farmacêutico pode atuar de forma construtiva no aconselhamento de uma série de intervenções a adotar num cenário de prevenção da cinetose e estas podem ser divididas em modificações comportamentais, medidas farmacológicas e tratamentos complementares ou alternativos. As medidas não farmacológicas prendem-se, por exemplo, com a escolha de lugares mais estáveis, com menor movimento e orientados no sentido da marcha, evitar olhar para ecrãs ou ler durante o movimento, usar óculos de sol para prevenir o aporte visual, ventilação adequada do espaço e fechar os olhos durante o movimento. Na seleção do tratamento farmacológico é essencial ter em consideração a duração da exposição ao movimento, a tolerância aos efeitos adversos, a idade, as comorbilidades e a medicação concomitante. Os fármacos mais utilizados nestas circunstâncias são os ant-histamínicos, antieméticos e anti-vertiginosos.
- **Azia dispepsia:** o tratamento inclui recomendações para alterações no estilo de vida, medidas dietéticas e terapêutica farmacológica. As recomendações não farmacológicas incluem a cessação tabágica, se for o caso, evitar o consumo de alimentos antes da prática de exercício físico, manter um sono adequado, aguardando um intervalo apropriado entre a última refeição e o deitar (preferencialmente entre duas a três horas), evitar o consumo de alimentos e bebidas que possam promover o refluxo, mastigar bem os alimentos, ingerir quantidades reduzidas de alimentos e realizar um maior número de refeições por dia, de forma a facilitar a digestão e evitar a sensação de inchaço. O tratamento farmacológico passa pela utilização de fármacos que atuam diretamente na neutralização ou redução do ácido gástrico, nos quais se incluem os antiácidos e os inibidores da bomba de protões. A disponibilidade de diferentes MNSRM para o alívio do refluxo torna as farmácias comunitárias pontos de acesso únicos para o aconselhamento e a dispensa destes medicamentos.

2.3. Possíveis interações com medicação crónica

A interação de medicamentos de uso crónico e MNSRM é uma questão central na prática farmacêutica e é, aqui, particularmente importante no que concerne à atuação do farmacêutico em situações clínicas ligeiras. Doentes hipertensos ou diabéticos, condições de grande prevalência na população, são, por exemplo, casos para os quais deverá haver uma atenção especial, dado o uso de medicação crónica que pode interferir com tratamentos comuns para as condições clínicas anteriormente mencionadas ^{96, 97}.

A compreensão dessas interações é crucial para garantir a segurança e eficácia da terapêutica, destacando o papel fundamental do farmacêutico na prevenção de interações medicamentosas indesejadas ⁹⁷.

Vejamos, por exemplo, o caso de estarmos perante uma constipação, podemos considerar a possível dispensa da pseudoefedrina, simpaticomimético habitualmente usado em combinação com analgésicos ou anti-histamínicos para o alívio da congestão nasal. Este fármaco não deve ser utilizado em doentes com hipertensão arterial ou doença renal, uma vez que pode associar-se a um maior risco de eventos CV ^{97,98}.

Perante um cenário de ITU não complicada, o farmacêutico, no momento de aconselhamento, deve sempre perceber se está perante um utente que utilize diuréticos como medicação crónica. Isto é importante, uma vez que os diuréticos promovem um aumento da eliminação de líquidos, podendo interferir com a eficácia dos tratamentos indicados para ITU ^{97,99}.

Numa situação clínica de dores de cabeça, podemos considerar o caso de estarmos perante um doente crónico medicado com antidepressivos. Alguns fármacos desta classe podem atuar como inibidores seletivos da recaptção de serotonina o que, quando combinados com certos analgésicos de venda livre, podem propiciar condições para que ocorra uma síndrome serotoninérgica ¹⁰⁰. Isto torna-se potencialmente provável, sobretudo, se os analgésicos em questão incluírem cafeína ou codeína na sua composição. Ainda neste tópico, podemos, também, estar perante situações em que o tratamento farmacológico recomendado pelo farmacêutico pode agravar condições gástricas do doente ^{96,97}.

Esta problemática é transversal à maioria das situações clínicas com as quais o farmacêutico contacta diariamente no exercício da sua profissão, pelo que este profissional tem o dever acrescido de orientar os doentes de forma personalizada e garantindo que o aconselhamento é o mais correto possível. Para isto, é essencial que o farmacêutico tenha conhecimento das condições de saúde do doente e, consequentemente, da medicação utilizada por este ⁹⁷.

3. Perspetivas futuras

A evolução do papel do farmacêutico na farmácia comunitária deve acompanhar o progresso da telemedicina e das consultas farmacêuticas, potenciando a capacidade de resposta às situações clínicas ligeiras. Além disso, o uso de ferramentas tecnológicas para monitorização e gestão personalizada de terapêuticas pode tornar-se parte integrante da prática farmacêutica. A crescente integração com outros profissionais de saúde poderá, também, contribuir para um sistema de saúde mais coeso e eficiente, capaz de dar resposta a um maior número de ocorrências em tempo útil.

4. Considerações finais

A farmácia comunitária desempenha um papel crucial na gestão de situações clínicas ligeiras, que são já postas em prática de forma intuitiva no quotidiano farmacêutico, proporcionando intervenções acessíveis e eficazes para a população. O farmacêutico comunitário, ao intervir de forma educativa, terapêutica e preventiva, contribui significativamente para a saúde pública, promovendo a utilização responsável de recursos de saúde. O reconhecimento contínuo e o fortalecimento deste papel são fundamentais para enfrentar os desafios futuros do sistema de saúde. A avaliação crítica dos MNSRM é essencial e tem um impacto direto na qualidade de vida dos utentes e no alívio de pressão sobre os cuidados de saúde primários ^{96, 97}.

Conclusão global

A execução do presente relatório de estágio foi desafiante, uma vez que com ela experienciei aquele que deverá ser o impacto do papel do farmacêutico na Sociedade, enquanto profissional de saúde com ação clínica. Ao longo do estágio e de todo o curso que agora termina, ficou evidente a necessidade de atuação do farmacêutico na otimização terapêutica e no acompanhamento personalizado dos utentes.

Ao nível da farmácia hospitalar, com a integração do farmacêutico nas equipas multidisciplinares, prevê-se um destaque e uma voz ativa deste na gestão e revisão da terapêutica, com afetação direta na segurança e eficácia dos tratamentos e uma organização económica mais sustentável e com um menor impacto ambiental.

A necessidade de uma terapêutica individualizada, que tenha em consideração as particularidades de cada doente, realça a importância de uma formação académica sólida e contínua capaz de munir os futuros profissionais com ferramentas úteis para enfrentar os demais desafios.

A farmácia comunitária, talvez por ser a área de maior atuação do farmacêutico e por funcionar como primeira linha no acesso aos cuidados de saúde teve particular impacto durante a minha formação e no decorrer do estágio. É essencial que nós, futuros agentes de saúde, reflitamos sobre o dever do farmacêutico atuar preventivamente perante a doença. A proximidade para com a comunidade permite ao farmacêutico garantir o acompanhamento regular de doentes crónicos e antecipar a identificação de alterações no estado de saúde dos seus utentes, fomentando a continuidade dos cuidados.

As atividades que escolhi aprofundar evidenciam a relevância da interdisciplinaridade nos cuidados de saúde primários, onde o farmacêutico é um elo vital na comunicação e instrução. As perspetivas futuras reforçam a necessidade de expandir o papel do farmacêutico, promovendo uma prática clínica integrada e baseada na evidência.

Resta-me, assim, concluir e faço-o reforçando a visão ampla e consolidada da intervenção farmacêutica que tanto o estágio como o percurso académico me proporcionaram e mantenho a máxima de que “A verdadeira felicidade é impossível sem a verdadeira saúde, e a verdadeira saúde é impossível sem a felicidade”.

Bibliografia

- (1) Helena, M, Brou L; António, J, Feio L; Mesquita, E; Maria, R, Ribeiro, P F; Cecília, M, Brito, M; Cravo, C & Pinheiro, E. Manual da Farmácia Hospitalar. Ministério da Saúde, 2005, p.69. [Online]. Disponível em: <https://www.infarmed.pt/documents/15786/17838/manual.pdf/a8395577-fb6a-4a48-b295-6905ac60ec6c>
- (2) Johnston, S. R. D., Harbeck, N., Hegg, R., Toi, M., Martin, M., Shao, Z. M., Zhang, Q. Y., Martinez Rodriguez, J. L., Campone, M., Hamilton, E., Sohn, J., Guarneri, V., Okada, M., Boyle, F., Neven, P., Cortés, J., Huober, J., Wardley, A., Tolaney, S. M., ... Rastogi, P. (2020). Abemaciclib Combined With Endocrine Therapy for the Adjuvant Treatment of HR+, HER2-, Node-Positive, High-Risk, Early Breast Cancer (monarchE). Journal of Clinical Oncology, 38(34), 3987–3998. <https://doi.org/10.1200/JCO.20.02514>
- (3) NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology – Breast Cancer. National Comprehensive Cancer Network (NCCN), 2023 [Online]. [Guidelines for Patients](#)
- (4) Direção Geral da Saúde. Norma nº 023/2013 de 19/12/2013 – Carcinoma da mama – Tratamento adjuvante [Online]. Disponível em: <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/09/carcinoma-da-mama -tratamento-adjuvante.pdf>
- (5) INFARMED, I.P. Ofício Circular n.º 0040/2024 – Conclusão do pedido de avaliação prévia do medicamento Verzenios (Abemaciclib).
- (6) Resumo das Características do Medicamento (RCM) do Verzenios, Abemaciclib. [Online]. Disponível em: <https://ec.europa.eu/health/documents/community-register.pdf>
- (7) INFARMED, Relatório Público de Avaliação: Verzenios (Abemaciclib), 2024. [Online]. Disponível em: <https://www.infarmed.pt/documents/abemaciclib>
- (8) INFARMED, Relatório Público de Avaliação: Kisqali (Ribociclib), 2020. [Online]. Disponível em: <https://www.infarmed.pt/web/infarmed/ribociclib>
- (9) Resumo das Características do Medicamento (RCM) da Ceftriaxona. [Online]. Disponível em: https://www.infarmed.pt/documents/Ceftriaxona_RCM.doc
- (10) Administração de medicação por via subcutânea em cuidados paliativos. Medicina Paliativa (n.d.). [Online]. Disponível em: <https://medicinapaliativa.pt/itools/upload/document/blog/201025201144.pdf>
- (11) INFARMED, Formulário Hospitalar Nacional de Medicamentos, 9th edition. 2006, p.255 [Online]. Disponível em: <https://www.infarmed.pt/documents/Anexo+formulario>
- (12) Guidelines for the Use of Subcutaneous Medications in Palliative Care. NHS Lanarkshire, published in 2009, reviewed in 2011.
- (13) Serviço Nacional de Saúde, Nova fase da organização do SNS. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/noticias/2024/01/01/arranca-nova-fase-da-organizacao-do-sns/>

- (14) Serviço Nacional de Saúde: Serviços Partilhados do Ministério da Saúde. Nova organização dos cuidados de saúde: conheça a grande reforma do SNS para 2024, 2024. [Online]. Disponível em: <https://www.portugal.gov.pt/pt/gc23/comunicacao/noticia?i=nova-organizacao-dos-cuidados-de-saude-conheca-a-grande-reforma-do-sns-para-2024>
- (15) Lapão, L. V., & Santos, N. de S. (2024). Afinal para que servem as Unidades Locais de Saúde? Longa vida para as ULS? 6 lições para apoiar a nova equipa ministerial da saúde. Jornal Expresso. Disponível em: <https://expresso.pt/opiniao/2024-04-18-afinal-para-que-servem-as-unidades-locais-de-saude--longa-vida-para-as-uls--6-lico-es-para-apoiar-a-nova-equipa-ministerial-da-saude-120444cb>
- (16) UAH - Unidades de Apoio ao Hipertenso. (s.d.). Unidades de Apoio ao Hipertenso. [Online]. Disponível em: <https://www.uah.pt/>
- (17) Hermida, R. C., Ayala, D. E., Fontao, M. J., Mojón, A., & Fernández, J. R. (2013). Ambulatory Blood Pressure Monitoring: Importance of Sampling Rate and Duration—48 Versus 24 Hours—on the Accurate Assessment of Cardiovascular Risk. *Chronobiology International*, 30(1–2), 55–67. <https://doi.org/10.3109/07420528.2012.701457>
- (18) Fernández, J. R., Mojón, A., & Hermida, R. C. (2020). Chronotherapy of hypertension: advantages of 48-h ambulatory blood pressure monitoring assessments in MAPEC and Hygia Chronotherapy Trial. *Chronobiology International*, 37(5), 739–750. <https://doi.org/10.1080/07420528.2020.1771355>
- (19) Rey, R. H., Martin-Baranera, M., Sobrino, J., Gorostidi, M., Vinyoles, E., Sierra, C., Segura, J., Coca, A., & Ruilope, L. M. (2007). Reproducibility of the circadian blood pressure pattern in 24-h versus 48-h recordings: the Spanish Ambulatory Blood Pressure Monitoring Registry. *Journal of Hypertension*, 25(12), 2406–2412. <https://doi.org/10.1097/HJH.0b013e3282effed1>
- (20) Theodorakopoulou, M. P., Karagiannidis, A. G., Alexandrou, M.-E., Polychronidou, G., Karpets, A., Giannakoulas, G., Papagianni, A., & Sarafidis, P. A. (2022). Sex differences in ambulatory blood pressure levels, control and phenotypes of hypertension in hemodialysis patients. *Journal of Hypertension*, 40(9), 1735–1743. <https://doi.org/10.1097/HJH.0000000000003207>
- (21) Moreira, J.I. Exame MAPA. Clínica de Cardiologia, 2021. [Online]. Disponível em: <https://www.saudebemestar.pt/pt/medicina/cardiologia/mapa/>
- (22) INFARMED, Postos farmacêuticos móveis, 2024. [Online]. Disponível em: <https://www.infarmed.pt/web/infarmed/entidades/postos-farmaceuticos-moveis>
- (23) Relatório anual: acesso a cuidados de saúde nos estabelecimentos do SNS e entidades convencionadas. Ministério da Saúde, 2019 [Online]. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2020/09/Relatorio-Anual-Acesso-2019.pdf>

- (24) Instituto Nacional de Estatística. Censos 2021, 2021. [Online]. Disponível em: <https://tabulador.ine.pt/indicador/?id=0011609>
- (25) Santos, H; Cunha, I; Coelho, P; Cruz, P; Botelho, R; Faria, G; Marques, C & Gomes, Adelina. Boas Práticas Farmacêuticas para a Farmácia Comunitária (BPF). 3rd edition, Conselho Nacional da Qualidade da Ordem dos Farmacêuticos, 2009, p.53. [Online]. Disponível em: https://www.ordemfarmaceuticos.pt/boas_praticas_farmaceuticas_farmacia_comunitaria.pdf
- (26) Deliberação n.º 833/2019, Estabelece o regime de concurso e os requisitos de funcionamento dos postos farmacêuticos móveis, Diário da República, II Série, n.º 146, 2019.
- (27) Decreto-Lei n.º 307/2007, de 31 de agosto, alterado pelo Decreto-Lei n.º 75/2016, de 8 de novembro, Estabelece o regime jurídico das farmácias de oficina, Diário da República, 1.ª série — N.º 214, 2016
- (28) INFARMED. Circular Informativa N.º 115/CD/8.1.6. de 09/05/2014 - Devolução de medicamentos. [Online]. Disponível em: <https://www.infarmed.pt/documents/>
- (29) Normas relativas à prescrição de medicamentos e produtos de saúde. INFARMED. [Online]. Disponível em: <https://www.infarmed.pt/documents/15786/17838/Normas> .
- (30) Machado, A. P. CURSO DE HIPERTENSÃO: Acompanhamento de hipertensos nas Farmácias Comunitárias, 2024.
- (31) Conservação dos medicamentos em caso de onda de calor. INFARMED. [Online]. Disponível em: https://www.infarmed.pt/web/infarmed/medicamentos_e_calor/conservacao
- (32) A importância dos rastreios. Federação Portuguesa de Cardiologia. [Online]. Disponível em: <https://www.fpcardiologia.pt/category/artigos/>
- (33) Cardiovascular diseases: statistics. Pan-American Health Organization (PAHO). [Online]. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/doencas-cardiovasculares>
- (34) Hypertension. Pan-American Health Organization (PAHO). [Online]. Disponível em: <https://www.paho.org/en/topics/hypertension>
- (35) McEvoy, J. W., McCarthy, C. P., Bruno, R. M., Brouwers, S., Canavan, M. D., Ceconi, C., Christodorescu, R. M., Daskalopoulou, S. S., Ferro, C. J., Gerds, E., Hanssen, H., Harris, J., Lauder, L., McManus, R. J., Molloy, G. J., Rahimi, K., Regitz-Zagrosek, V., Rossi, G. P., Sandset, E. C., ... Khamidullaeva, G. A. (2024). 2024 ESC Guidelines for the management of elevated blood pressure and hypertension. European Heart Journal, 45(38), 3912–4018. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehae178>
- (36) Mancia, G., Kreutz, R., Brunström, M., Burnier, M., Grassi, G., Januszewicz, A., Muiesan, M. L., Tsioufis, K., Agabiti-Rosei, E., Algharably, E. A. E., Azizi, M., Benetos, A., Borghi, C., Hitij, J. B., Cifkova, R., Coca, A., Cornelissen, V., Cruickshank, J. K., Cunha, P. G., ... Kjeldsen, S. E. (2023). 2023 ESH Guidelines for the management of arterial hypertension The Task Force for the management of

- arterial hypertension of the European Society of Hypertension. *Journal of Hypertension*, 41(12), 1874–2071. <https://doi.org/10.1097/HJH.0000000000003480>
- (37) Heart Disease Risk Factors. U.S. Centers for Disease Control and Prevention, 2024. [Online]. Disponível em: <https://www.cdc.gov/heart-disease/risk-factors/index.html>
- (38) Cardiovascular Disease Guide. Ada's Medical Knowledge Team, 2024. [Online]. Disponível em: <https://ada.com/cardiovascular/>
- (39) Vieira, S. A., Fonseca, P. C. de A., Andreoli, C. S., Pereira, P. F., Hermsdorff, H. H. M., Ribeiro, A. Q., Priore, S. E., & Franceschini, S. do C. C. (2018). Blood pressure is associated with body adiposity indicators in children aged 4 to 7 years. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 37(5), 425–432. <https://doi.org/10.1016/j.repc.2017.07.012>
- (40) Peletidi, A., Nabhani-Gebara, S., & Kayyali, R. (2019). The role of pharmacists in cardiovascular disease prevention: Qualitative studies from the United Kingdom and Greece. *Journal of Research in Pharmacy Practice*, 8(3), 112. https://doi.org/10.4103/jrpp.JRPP_19_3
- (41) Motlohi, N. F., Wiafe, E., Mensah, K. B., Padayachee, N., Petrus, R., & Bangalee, V. (2023). A systematic review of the role of community pharmacists in the prevention and control of cardiovascular diseases: the perceptions of patients. *Systematic Reviews*, 12(1), 160. <https://doi.org/10.1186/s13643-023-02338-7>
- (42) Hwang, A. Y., & Smith, S. M. (2019). Partnering With Pharmacists to Reduce Cardiovascular Risk in Outpatient Settings. *Journal of the American Heart Association*, 8(22). <https://doi.org/10.1161/JAHA.119.014705>
- (43) Huang, Q.-F., Yang, W.-Y., Asayama, K., Zhang, Z.-Y., Thijs, L., Li, Y., O'Brien, E., & Staessen, J. A. (2021). Ambulatory Blood Pressure Monitoring to Diagnose and Manage Hypertension. *Hypertension*, 77(2), 254–264. <https://doi.org/10.1161/HYPERTENSIONAHA.120.14591>
- (44) Stergiou, G. S., Palatini, P., Parati, G., O'Brien, E., Januszewicz, A., Lurbe, E., Persu, A., Mancia, G., & Kreutz, R. (2021). 2021 European Society of Hypertension practice guidelines for office and out-of-office blood pressure measurement. *Journal of Hypertension*, 39(7), 1293–1302. <https://doi.org/10.1097/HJH.0000000000002843>
- (45) Bond, J. What is White Coat Hypertension?. AARP International, 2024. [Online]. Disponível em: <https://www.aarp.org/health/conditions-treatments/info-2024/white-coat-syndrome.html>
- (46) Monitorização Ambulatória da Pressão Arterial de 48 horas. R&A Tecnologias de monitorização ambulatória [Online]. Disponível em: <https://ramon.anton.pt/mapa48h.php>
- (47) Duarte, T., Gonçalves, S., Brito, R., Sá, C., Marinheiro, R., Fonseca, M., Rodrigues, R., Seixo, F., Guerreiro, A., Fernandes, A., Carradas, C., Silvestre, I., Bernardino, L., & Caria, R. (2018). Relação entre o perfil tensional noturno e a prevalência e gravidade da retinopatia hipertensiva. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 37(2), 169–173. <https://doi.org/10.1016/j.repc.2017.06.009>

- (48) Williams, B., Mancia, G., Spiering, W., Agabiti Rosei, E., Azizi, M., Burnier, M., Clement, D. L., Coca, A., de Simone, G., Dominiczak, A., Kahan, T., Mahfoud, F., Redon, J., Ruilope, L., Zanchetti, A., Kerins, M., Kjeldsen, S. E., Kreutz, R., Laurent, S., ... Brady, A. (2018). 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. *European Heart Journal*, 39(33), 3021–3104. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehy339>
- (49) Schutte, A. E., Kollias, A., & Stergiou, G. S. (2022). Blood pressure and its variability: classic and novel measurement techniques. *Nature Reviews Cardiology*, 19(10), 643–654. <https://doi.org/10.1038/s41569-022-00690-0>
- (50) Biaggioni, I., Shibao, C. A., Diedrich, A., Muldowney, J. A. S., Laffer, C. L., & Jordan, J. (2019). Blood Pressure Management in Afferent Baroreflex Failure. *Journal of the American College of Cardiology*, 74(23), 2939–2947. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2019.10.027>
- (51) Mendes, A. P. (2023). Intervenção farmacêutica no risco cardiovascular. *Revista Portuguesa de Farmácia*, 12(3), 45-56.
- (52) Cheema, E., Sutcliffe, P., & Singer, D. R. J. (2014). The impact of interventions by pharmacists in community pharmacies on control of hypertension: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 78(6), 1238–1247. <https://doi.org/10.1111/bcp.12452>
- (53) International Pharmaceutical Federation (FIP). (2020, September). FIP Development Goals.
- (54) Magalhães, D. L., Matos, R. da S., Souza, A. de O., Neves, R. F., Costa, M. M. B., Rodrigues, A. A., & Souza, C. L. de. (2022). Acesso à saúde e qualidade de vida na zona rural. *Research, Society and Development*, 11(3), e50411326906. <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i3.26906>
- (55) Ministério da Saúde. Decreto-Lei n.º 307/2007, de 31 de agosto.
- (56) Caracterização e Avaliação do Impacto da Distribuição Farmacêutica em Portugal. Deloitte, 2019, 44 [Online]. Disponível em: https://www.adifa.pt/wp-content/uploads/2023/11/ADIFA_EstudolImpactoSetor_CongressoNacional2019_vFINAL_v2.pdf
- (57) Ostomy Expanded Information. American Society of Colon & Rectal Surgeons (ASCRS) (n.d.). [Online]. Disponível em: <https://fascrs.org/diseases-and-conditions/ostomy-expanded-version>
- (58) Find Your Ostomy Answer. United Ostomy Associations of America, Inc. (UOAA). [Online]. Disponível em: <https://www.ostomy.org/>
- (59) Gonçalves Lucas, I. F. (2016). A Intervenção Farmacêutica em doentes ostomizados. Universidade de Coimbra [Online]. Disponível em: https://eg.uc.pt/bitstream/10316/42502/1/Mono_Ines_Lucas.pdf
- (60) Real, L. M. M. (2017). Qualidade de vida nos ostomizados. Universidade da Beira Interior [Online]. Disponível em: https://ubibliorum.ubi.pt/bitstream/10400.6/8120/1/5483_11053.pdf
- (61) OSTOMIA Noções gerais e aconselhamento na farmácia. Farmácia Rainha do Douro, 2023.

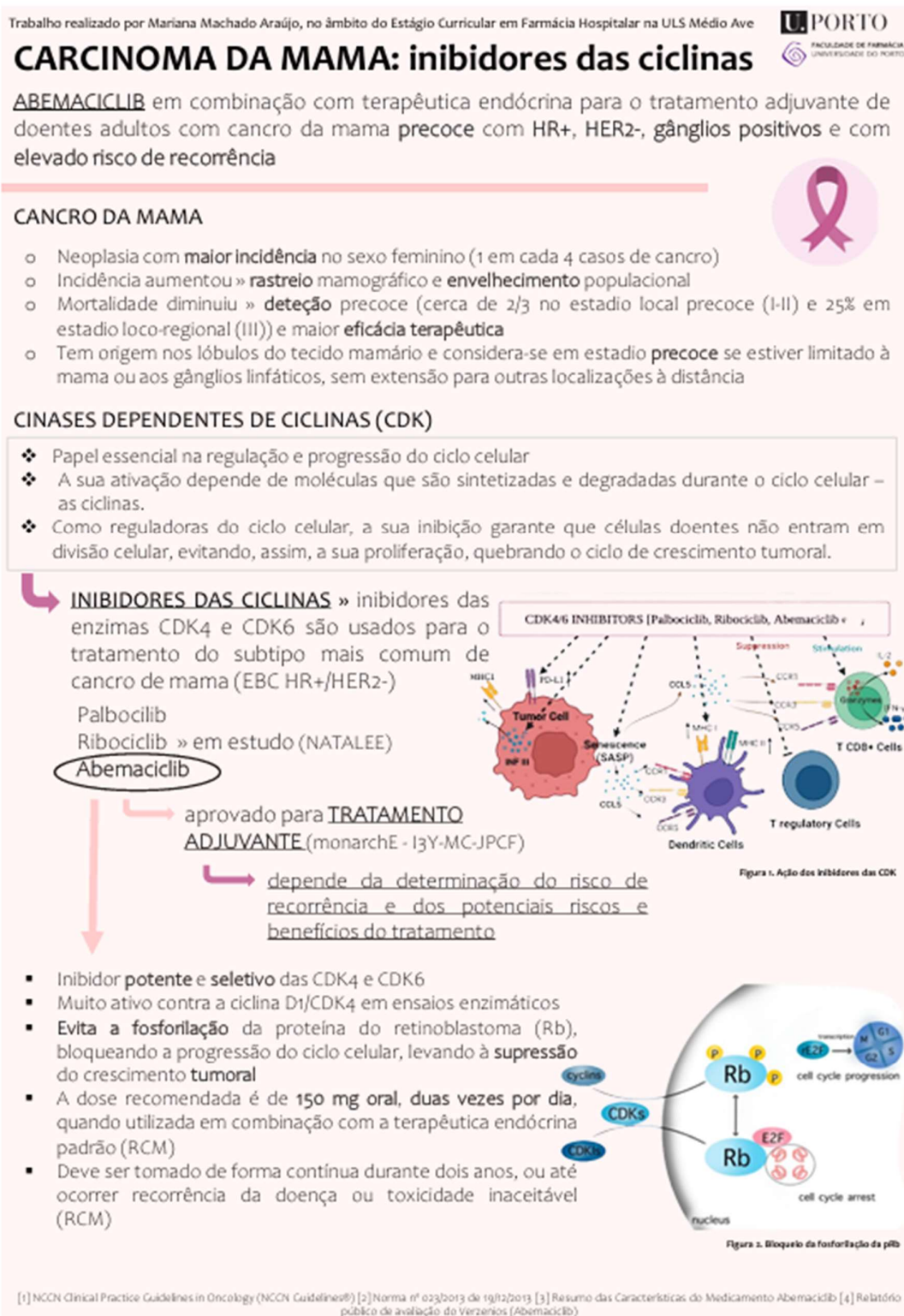
- (62) Portaria n.º 92-F/2017, de 3 de março, Diário da República, Série I, n.º 45, 2017, 1192-(4) a 1192-(8).
- (63) Despacho n.º 2019/2017, de 9 de março, Diário da República, 2.ª série, n.º 49, 2017, 4303 a 4308
- (64) Direção Geral de Saúde: Norma nº015/2016 de 28/10/2016 atualizada a 03/03/2017 - Indicações Clínicas e Intervenção nas Ostomias de Eliminação Intestinal em Idade Pediátrica e no Adulto [Online]. Disponível em: <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/09/indicacoes-clinicas-e-intervencao-nas-ostomias-de-eliminacao-intestinal-em-idade-pediatica-e-no-adulto.pdf>
- (65) Dias, A. S. L., Soares-Pinto, I. E., Queirós, S. M. M., Pereira, R. D., Mendes, Z., & Romano, S. (2024). Prevalence, incidence, and sociodemographic and clinical characterization of individuals with an intestinal or urinary stoma in Portugal. Revista de Enfermagem Referência, 6(3), 1–10. <https://doi.org/10.12707/rvi23.103.32565>
- (66) Direção Geral da Saúde. Norma nº 015/2016 de 28/10/2016, atualizada a 03/03/2017. [Online]. Disponível em: <https://normas.dgs.min-saude.pt/indicacoes-clinicas-e-intervencao-nas-ostomias-de-eliminacao-intestinal-em-idade-pediatica-e-no-adulto.pdf>
- (67) American Cancer Society: Guia de Ileostomia. [Online]. Disponível em: <https://www.cancer.org/es/cancer/tipos-de-tratamiento/ostomias/ileostomia.html>
- (68) ConvaTec: Informações gerais sobre a cirurgia - Ileostomia. [Online]. Disponível em: <https://www.convatec.pt/ostomia/antes-da-cirurgia/ileostomia/>
- (69) NHS: Complicações da Ileostomia. [Online]. Disponível em: <https://www.nhs.uk/conditions/ileostomy/complications/>
- (70) ConvaTec: Informações gerais sobre a cirurgia - Colostomia. [Online]. Disponível em: <https://www.convatec.pt/ostomia/antes-da-cirurgia/colostomia/>
- (71) American Cancer Society: Guia de Colostomia. [Online]. Disponível em: <https://www.cancer.org/cancer/managing-cancer/ostomies/what-is-colostomy>
- (72) ConvaTec: Informações gerais sobre a cirurgia - Urostomia. [Online]. Disponível em: <https://www.convatec.pt/ostomia/antes-da-cirurgia/urostomia/>
- (73) Urostomy Association: Urostomia. [Online]. Disponível em: <https://urostomyassociation.org.uk/>
- (74) Burch, J. (2011). One-piece and two-piece pouches: what's the difference? British Journal of Nursing, 20(14), 858–860. <https://doi.org/10.12968/bjon.2011.20.14.858>
- (75) ConvaTec: Aplicação dos dispositivos de Ostomia. [Online]. Disponível em: <https://www.convatec.pt/ostomia/dispositivos-de-ostomia/>

- (76) Coloplast: antes da cirurgia. [Online]. Disponível em: <https://www.coloplast.pt/ostomia/utilizador/antes-cirurgia-construcao-estoma/>
- (77) Coloplast: depois da cirurgia. [Online]. Disponível em: <https://www.coloplast.pt/ostomia/utilizador/depois-cirurgia-construcao-estoma/>
- (78) Acessórios de ostomia. BBRAUN. [Online]. Disponível em: <https://www.bbraun.pt/tipos-de-estomas/produtos-de-ostomia/acessorios-ostomia.html>
- (79) How to Care for an Ostomy. Baylor Medicine. [Online]. Disponível em: <https://www.bcm.edu/healthcare/specialties/surgery/how-to-care-for-an-ostomy>
- (80) Associação Nacional das Farmácias: Armário de Colostomia (2018) [Online] Disponível em: <http://www.anfonline.pt>
- (81) Clinical procedures for safer patient care: ostomy care. BCcampus. [Online]. Disponível em: <https://opentextbc.ca/clinicalskills/chapter/10-6-ostomies/>
- (82) STATPEARLS: colostomy care. National Library of Medicine (NIH). [Online]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK560503/>
- (83) Diet Guidelines for People With a Colostomy. Memorial Sloan Kettering Cancer Center. [Online]. Disponível em: <https://www.mskcc.org/cancer-care/patient-education/diet-guidelines-people-colostomy>
- (84) Nutrition with an ostomy. Colorectal cancer alliance. [Online]. Disponível em: <https://colorectalcancer.org/living-well-colorectal-cancer/ostomy/nutrition-ostomy>
- (85) Pharmaceutical considerations for patients with stomas. The Pharmaceutical Journal, 2020. [Online]. Disponível em: <https://pharmaceutical-journal.com/article/ld/pharmaceutical-considerations-for-patients-with-stomas>
- (86) Berger, V., Reeh, M., Scherer, M., Härterich, S., Möller, S., Wansing, E.-M. A., van der Linde, A., & Langebrake, C. (2024). Enhancing drug therapy in ostomy patients: Best practice recommendations for medication management. PLOS ONE, 19(6), e0305047. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0305047>
- (87) Moore, S. (2015). Medication absorption for patients with an ileostomy. British Journal of Nursing, 24(Sup5), S12–S15. <https://doi.org/10.12968/bjon.2015.24.Sup5.S12>
- (88) OSTOMIES AND MEDICATIONS. Yaiseli Figueredo PharmD, BCPS, CNSC Clinical Nutrition Support Pharmacist University of Miami Hospital [Online]. Disponível em: https://miamiostomyaftercare.org/Medication_Considerations_for_Ostomates_presentation.pdf
- (89) Revista Saúde. Farmácias Portuguesas, julho de 2023 [Online]. Disponível em: https://issuu.com/farmacias.portuguesas/docs/saуда_ebook_1_c143ec833f63e4
- (90) National health workforce accounts: a handbook. World Health Organization, 2023 [Online]. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241513111>

- (91) Livro Branco Das Farmácias Portuguesas. Associação Nacional Farmácia, & Farmácias Portuguesas, 2023 [Online]. Disponível em: <https://www.livrobrancodasfarmaciasportuguesas.pt/>
- (92) Bou-Saba, A. W., Kassak, K. M., & Salameh, P. R. (2022). The current trends and challenges towards good community pharmacy practice and the way forward. *Exploratory Research in Clinical and Social Pharmacy*, 6, 100152. <https://doi.org/10.1016/j.rcsop.2022.100152>
- (93) Olson, A. W., & Burns, A. L. (2023). From patient centered to person centered: The pharmacist's role and value in community-integrated care transformation. *Journal of the American Pharmacists Association*, 63(3), 736–741. <https://doi.org/10.1016/j.japh.2023.03.003>
- (94) The Role of the Pharmacist in Patient Care. Abdul Kader Mohiuddin, 2020 [Online]. Disponível em: https://www.researchgate.net/The_Role_of_the_Pharmacist_in_Patient_Care
- (95) Situações clínicas ligeiras - O cuidado começa na farmácia. *Revista Saúde*. [Online]. Disponível em: <https://www.revistasauda.pt/noticias/Pages/Situacoes-clinicas-ligeiras.aspx>
- (96) Guerreiro, B. C. (fevereiro de 2024). Intervenção farmacêutica em situações clínicas ligeiras. *Jornal O Público*, 2024. [Online]. Disponível em: <https://www.publico.pt/2024/02/09/situacoes-clinicas-ligeiras>
- (97) A Farmácia Comunitária. Ordem dos Farmacêuticos (OF) (s.d.). [Online]. Disponível em: <https://www.ordemfarmaceuticos.pt/a-farmacia-comunitaria/>
- (98) Medicamentos contendo Pseudoefedrina: Novas medidas para minimizar o risco de efeitos indesejáveis graves. INFARMED, 2024. [Online]. Disponível em: <https://www.infarmed.pt/web/infarmed/>
- (99) Pandey, M., Singh, A., Namrata, Agnihotri, N., Kumar, R., Saha, P., Pandey, R. P., Kumar, A., & Shiwangi. (2022). Clinical Pharmacology & Therapeutic uses of Diuretic Agents: A Review. *Journal for Research in Applied Sciences and Biotechnology*, 1(3), 11–20. <https://doi.org/10.55544/jrasb.1.3.3>
- (100) Schenk, M., & Wirz, S. (2015). Serotonin syndrome and pain medication: what is relevant for practice. *Der Schmerz*, 29(2), 229–251. <https://doi.org/10.1007/s00482-015-1512-0>

Anexos

Anexo I. Póster alusivo aos inibidores das ciclinas no contexto de carcinoma da mama



Anexo II. Ficha de preparação do colutório para mucosites

 FICHA DE PREPARAÇÃO DE MANIPULADOS

Ficha de preparação nº 531
 Lote do manipulado 53/24
 Preparação Colutório para Mucosites II
 (anexar prescrição médica, se aplicável)

Matéria-prima	Lote	Prazo de validade	Quantidade pesada/medida	Rubrica do operador
Bicarbonato de sódio 1,4%	<u>198FATT80</u>	<u>05/2024</u>	460 ml	<u>JP</u>
Nistatina	<u>0825</u>	<u>04/2025</u>	30 ml	<u>JP</u>
Lidocaína 2 %	<u>23463409</u>	<u>10/2025</u>	10ml	<u>JP</u>

Equipamento

Técnica de Preparação

Quantidade preparada 500 ml

Rubrica do operador JP

Embalagem (tipo de embalagem/volume)

Rubrica do operador JP

INF.FARM.011.x2
 Impresso na ULISMAVE
 Página 1 de 2



FICHA DE PREPARAÇÃO DE MANIPULADOS

Prazo de validade e condições de conservação

Data de preparação	Prazo de validade	Condições de conservação
22/4/24	6/5/24	Conservar no frigorífico e proteger da luz

Rubrica do operador JP

Controlo de qualidade

	Especificações	Resultado	Rubrica do operador
Aspecto	Homogéneo após agitação	Conforme	JP
Cor	Amarelo esverdeado	Conforme	JP
pH	7,0 a 9,0	Conforme	JP
Conform. Prod. Semi acabado FP	Conforme o definido na Farmacopeia Portuguesa IX para soluções líquidas para uso oral	—	JP
Verificação final massa/volume	± 150 mL x 2	Conforme	JP

Rotulagem

S. Clínica : Hospital de Dia Doente : Colutório para Mucosites II Bicarbonato de sódio 1,4% 400 ml Nistatina 100.000 U/ml 30 ml Lidocaina 2% (20 mg/ml) 30 ml Preparado em: 22.04.24 Data: 23/4 Quantidade: 150 ml Validade: 24 dias - 06.05.24 Conservar no frigorífico e Agitar antes de usar Proteger da luz Bochechar e rejeitar (se engate se indica (to maldito)) Posologia: 3x24ml IMP.FARM.011.v2	S. Clínica : Hospital de Dia Doente : Colutório para Mucosites II Bicarbonato de sódio 1,4% 400 ml Nistatina 100.000 U/ml 30 ml Lidocaina 2% (20 mg/ml) 30 ml Preparado em: 22.04.24 Data: 23/4 Quantidade: 150 ml Validade: 24 dias - 06.05.24 Conservar no frigorífico e Agitar antes de usar Proteger da luz Bochechar e rejeitar (se engate se indica (to maldito)) Posologia: 3x24ml IMP.FARM.011.v2
---	---

Aprovado ☒

Rejeitado ☐

*Supervisor RP Data 22/4/2024

*A assinatura do supervisor pressupõe a dupla verificação de todos os passos críticos inerentes à preparação do manipulado.



Anexo III. Ficha de preparação de uma suspensão oral de fosfato de oseltamivir 15 mg/mL



FICHA DE PREPARAÇÃO DE MANIPULADOS

RQ 13327

Ficha de preparação nº 59

Lote do manipulado 59/24

Preparação Suspensão oral de fosfato de oseltamivir 15mg/ml

(anexar prescrição médica, se aplicável)



Matéria-prima	Lote	Prazo de validade	Quantidade pesada/medida	Rubrica do operador
Comprimidos de Fosfato de Oseltamivir	N0006802	09.2030	10 caps.	JP. Alencar
Xarope simples	0121245	31.07.2025	9.6 p. 50ml	JP. Alencar

Equipamento

balança e pesos de porcelana; balão de 100ml

Técnica de Preparação

ver técnica "CIMPi"

Quantidade preparada 100ml

Rubrica do operador JP. Alencar

Embalagem (tipo de embalagem/volume)

frasco vidro âmbar

Rubrica do operador JP



FICHA DE PREPARAÇÃO DE MANIPULADOS

Prazo de validade e condições de conservação

Data de preparação	Prazo de validade	Condições de conservação
12/4/24	25/4/24	higienizar, ao abrir, por 10 min

Rubrica do operador [assinatura]

Controlo de qualidade

	Especificações	Resultado	Rubrica do operador
Aspecto	Homogenea	Conforme	[assinatura]
Cor	Esbranquiçada	Conforme	[assinatura]
pH	—	—	[assinatura]
Conform. Prod. Semi acabado FP	—	—	[assinatura]
Verificação final massa/volume	± 50 ml	Conforme	[assinatura]

Rotulagem

	S. Clínico: <u>De Almeida</u>
	Doente: _____
SUSPENSÃO ORAL DE FOSFATO OSELTAMIVIR 15MG/ML	
Osetamivir, fosfato (Tomyflu 75mg)	10 cápsulas
Xarope Simples	Qbp 50ml
Preparado em: 12.04.2024	Lote: 5124
Validade: 25.04.2024	Quantidade: 50ml
Conservar, no frigorífico, em frasco bem fechado ao abrigo da luz. AGITAR	
BEM ANTES DE USAR	
Posologia: 12h/12h	
IMP.FARM.022.v1	

Aprovado ☒

Rejeitado ☐

*Supervisor [assinatura] Data 12/4/2024

*A assinatura do supervisor pressupõe a dupla verificação de todos os passos críticos inerentes à preparação do manipulado.



Anexo IV. Ficha de preparação da solução aquosa de salicilato de sódio a 2%



FICHA DE PREPARAÇÃO DE MANIPULADOS

Ficha de preparação nº 46

Lote do manipulado 46/24

Preparação solução aquosa de salicilato sódico 2%

(anexar prescrição médica, se aplicável)

Matéria-prima	Lote	Prazo de validade	Quantidade pesada/medida	Rubrica do operador
Salicilato sódico	230387	18-11-2024	5g	JP
Água	1874540	11-2026	76.p. 250ml	JP

Equipamento

Balão volumétrico 250 ml; copo; balança; varetas

Técnica de Preparação

INF-FARM. 041-VI

Quantidade preparada 250ml

Rubrica do operador

JP

Embalagem (tipo de embalagem/volume)

frasco vidro 250 ml

Rubrica do operador

JP



FICHA DE PREPARAÇÃO DE MANIPULADOS

Prazo de validade e condições de conservação

Data de preparação	Prazo de validade	Condições de conservação
9/4/24	9/5/24	Tambiente

Rubrica do operador JP

Controlo de qualidade

	Especificações	Resultado	Rubrica do operador
Aspecto	limpo e transparente		
Cor	Incolor		
pH	—	—	JP
Conform. Prod. Semi acabado FP	—	—	JP
Verificação final massa/volume	± 250ml		

Rotulagem

S. Clínico: <u>farmácia</u>	
Salicilato de Sódio a 2%	
Salicilato de sódio	5 g
Água purificada	q.b.p. 250 ml
Preparado em: 9.4.24	Lote: 46/24
Validade: 30 dias - 9.5.24	Quantidade: 250ml
Conservar à temperatura ambiente	
IMP.FARM.022.v1	

20 12855

Aprovado ☒

Rejeitado ☐

*Supervisor JP Data 9/4/24

*A assinatura do supervisor pressupõe a dupla verificação de todos os passos críticos inerentes à preparação do manipulado.



Anexo V. Ficha de preparação de álcool 50°



FICHA DE PREPARAÇÃO DE MANIPULADOS

Ficha de preparação nº 44

RQ 12769

Lote do manipulado 44/24

Preparação Álcool 50°

(anexar prescrição médica, se aplicável)

Matéria-prima	Lote	Prazo de validade	Quantidade pesada/medida	Rubrica do operador
Etanol (76%)	24000022	01/2029	360 ml	hg.
Água	1974540	11/2026	900 ml	hg.

Equipamento

INF FORM. 047

Técnica de Preparação

INF FORM. 047

Quantidade preparada ± 760 ml

Rubrica do operador hg.

Embalagem (tipo de embalagem/volume)

frasco vidro (± 800 ml)

Rubrica do operador hg.



FICHA DE PREPARAÇÃO DE MANIPULADOS

Prazo de validade e condições de conservação

Data de preparação	Prazo de validade	Condições de conservação
9/4/24	9/5/24	temp. ambiente emb. bem fechada

Rubrica do operador [assinatura]

Controlo de qualidade

	Especificações	Resultado	Rubrica do operador
Aspecto	Sol. límpida	Conforme	[assinatura]
Cor	Incolor	Conforme	[assinatura]
pH	—	—	[assinatura]
Conform. Pród. Semi acabado FP <u>tenor alcoólico</u>	50%	Conforme	[assinatura]
Verificação final massa/volume	± 960 ml	Conforme	[assinatura]

S. Clínico:	
Álcool 50º	
Etanol 96º puro	
Água purificada	
Preparado: 09/04/2024	Lote: 44/24
Validade: 09/05/2024	Quantidade: +/- 80ml
Conservar a temperatura ambiente na embalagem bem fechada	
Uso externo Não ingerir	
⚠ Produto Inflamável	

Aprovado ☒

Rejeitado ☐

*Supervisor [assinatura] Data 9/4/24

*A assinatura do supervisor pressupõe a dupla verificação de todos os passos críticos inerentes à preparação do manipulado.

Anexo VI. Características da utente sujeita à MAPA de 48 horas

Variáveis demográficas

Sexo Mulher
Idade ... 84.8 anos
Raça Caucasiano

Factores que influenciam o prognóstico

Factores de risco

Apneia obstrutiva do sono Não
Fibrilhação auricular Não
Menopausa Sim
Diabetes mellitus Não

Doença cardiovascular ou renal estabelecidas

Acidente cerebrovascular isquémico ... Não
Hemorragia cerebral Não
Enfarte do miocárdio Não
Revascularização miocárdica Não
Insuficiência cardíaca congestiva Não
Doença renal crónica Não

Variáveis antropométricas

Altura 161 cm
Peso 54 kg
Índice de massa corporal ... 20.8 kg/m² (peso normal)
Superfície corporal 1.56 m²
Perímetro abdominal 70 cm
Tamanho da braçadeira Adulto médio

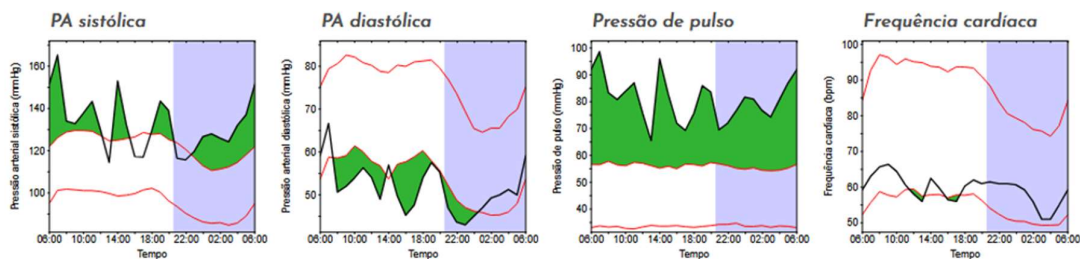
Hábitos

Hábitos tabágicos Não
Consumo de álcool ... 0 unidades/semana
(1 Unidade = 10 g de álcool)
Atividade física Sedentário

Medicação na altura da realização da MAPA

Medicação anti-hipertensiva Não
Antidiabéticos orais ou insulina . Não
Antidislipídicos Não
Antiagregantes/ aspirina Não
Anticoagulantes Não

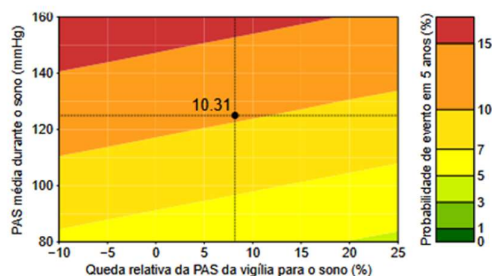
Anexo VII. Resultados do teste de tolerância hiper/hipobárica



	Período da vigília (06:00-20:30)						Período do sono (20:30-06:00)						Global		
	n	Média	HBI	PTE	HBO	PTD	n	Média	HBI	PTE	HBO	PTD	n	Média	Prof
PAS	25	136.1	142.0	76.0	0.0	0.0	16	124.9	112.2	79.1	0.0	0.0	41	131.7	8.2
PAM	25	81.4	1.7	6.2	8.3	17.5	16	72.9	0.0	0.0	0.0	0.0	41	78.1	10.5
PAD	25	54.1	0.0	0.0	72.7	85.6	16	46.9	0.0	0.0	14.6	41.7	41	51.3	13.3
PP	25	82.0	365.7	100.0	0.0	0.0	16	78.1	222.6	100.0	0.0	0.0	41	80.5	4.8
FC	25	61.0	0.0	0.0	3.6	23.3	16	57.4	0.0	0.0	0.0	0.0	41	59.6	5.9

n: número de medições Média: cálculo da média da variável no intervalo considerado HBI: índice hiperbárico, área acima dos limites superiores de tolerância (unidades x hora) PTE: percentagem de tempo de excesso (%) HBO: índice hipobárico, área abaixo dos limites inferiores de tolerância (unidades x hora) PTD: percentagem de tempo de déficit (%) Prof: profundidade (descida relativa da PA média no sono relativamente à PA média em vigília, %)

Anexo VIII. Probabilidade de ocorrência de um evento cardiovascular (%)



Cálculo do risco

Tempo	P	IC	Avaliação de risco
5 anos	10.31	(8.15, 12.42)	Muito alto risco
10 anos	18.73	(14.25, 22.97)	

P: probabilidade estimada (%) de sofrer um evento cardiovascular.
IC: intervalos de confiança de 95% para P.

Factores de risco

Factores da PA

Queda relativa da PAS durante o sono .. 8.2 %
PAS média durante o sono 121.9 mmHg

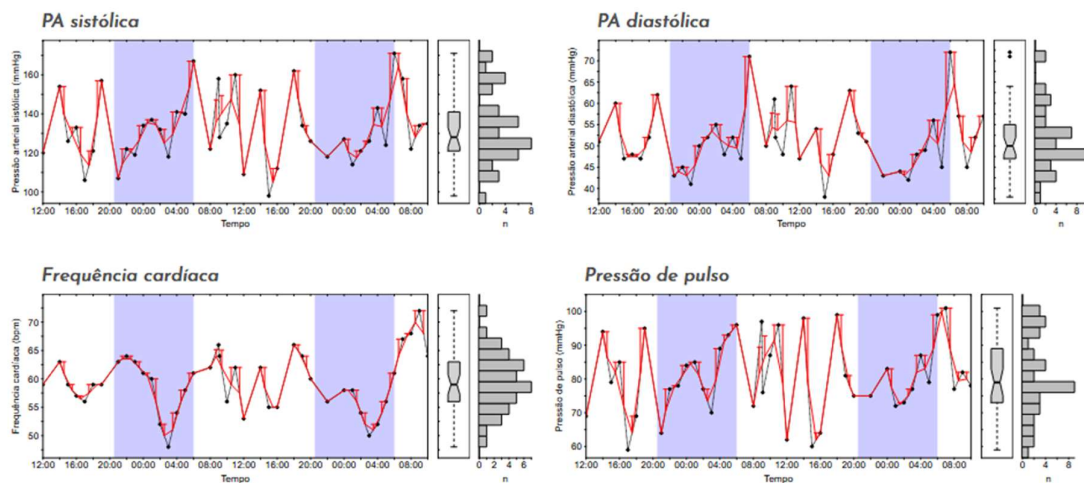
Factores de risco não modificáveis

Sexo: Mulher
Idade: 84.8 anos
Evento prévio: Não

Factores de risco tratáveis/modificáveis

Perímetro abdominal 70 cm
Hábitos tabágicos Não
Doença renal crónica Não
Taxa de filtração glomerular . —
Diabetes mellitus Não
Glicémia basal —
Colesterol HDL —

Anexo IX. Variação temporal da PAS, PAD, FC e PP da utente em estudo



Trabalho realizado por Mariana Machado Araújo, no âmbito do estágio curricular em farmácia comunitária, na Farmácia Vital

OSTOMIAS DE ELIMINAÇÃO

Ileostomia, Colostomia, Urostomia



O QUE É UMA OSTOMIA?

Uma **criação cirúrgica** de uma **abertura** ou **passagem artificial** entre um **órgão interno** e a **superfície da parede abdominal** ou de uma **outra**, com o propósito de **eliminar efluentes**. Pode ser **temporária** ou **permanente**.

CAUSAS MAIS FREQUENTES

- » Câncer do reto e do cólon;
- » Colite ulcerosa;
- » Doença de Crohn;
- » Doença diverticular;
- » Carcinoma da bexiga;
- » Câncer do ânus;
- » Polipose adenomatosa familiar do cólon (PAF-C);
- » Incontinência;
- » Traumatismos e perfurações.

ACONSELHAMENTO FARMACÊUTICO

Cuidados de higiene

- Manter uma **rona específica de higiene** tanto **do estoma** quanto **da pele periestomal** (lavar com **soro** ou **sabão neutro**, utilizando compressas adequadas);
- **Trocar o saco** sempre que necessário (próximo de meio cheio);
- Evitar o uso de **cremes gordurosos** na pele periestomal;
- Ter um **kit de emergência** contendo uma **placa**, um **saco** previamente recortado, compressas de tecido **não tecido** e **soro fisiológico**.

Alimentação

- Produção de gases: feijão, brócolos, repolho, refrigerantes;
- Mau odor: ovos, alho, peixe;
- Bloqueio do estoma: nozes, sementes, fruta com casca;
- Alteração da coloração dos efluentes: beterraba;

Medicação

- Pessoas com ostomia apresentam **sensibilidades diferentes** aos medicamentos, não pelos seus efeitos secundários, mas pela sua forma de **absorção alterada**, especialmente em casos de ileostomia, em que parte significativa do intestino delgado e do cólon podem estar comprometidos (AINE's, laxantes, contraceptivos orais, antiácidos);
- Vitaminas, suplementos de ferro, anticoagulantes e salicilatos podem alterar a **cor** dos efluentes em doentes ostomizados.

TIPOS DE OSTOMIAS DE ELIMINAÇÃO

Tipo de ostomia	Ileostomia	Colostomia	Urostomia
Abertura	Intestino delgado (íleo)	Intestino grosso (cólon)	Aparelho Urinário (ureteres)
Finalidade	Eliminação de fezes de consistência mais líquida	Eliminação e fezes de consistência mais sólida	Eliminação de urina
Dispositivo médico base	Saco aberto e drenável	Saco fechado (fezes sólidas); saco aberto (fezes mais líquidas)	Saco aberto e drenável



Saco fechado



Saco aberto



Placa plana



Placa convexa

DISPOSITIVOS MÉDICOS E ACESSÓRIOS DE OSTOMIA

Sistemas de ostomias

Sistemas de 1 peça: integram 1 placa protetora e 1 saco coletor numa único dispositivo;

Sistemas de 2 peças: separação da placa protetora e do saco coletor (a placa pode permanecer no abdômen durante 3 a 4 dias).

Sacos ou bolsas de ostomia

Transparentes: mais usados em ambiente hospitalar;

Opacos: preferidos por razões estéticas;

Fechados: colostomias (efluentes mais sólidos);

Abertos/drenáveis: ileostomias e urostomias (efluentes mais líquidos).

Placas de ostomia ou barreiras protetoras

Planas: mais adequadas para abdômens lisos e uniformes;

Convexas: maior conforto para abdômens mais enrugados, com pregas ou estomas retraídos.

Acessórios de ostomias

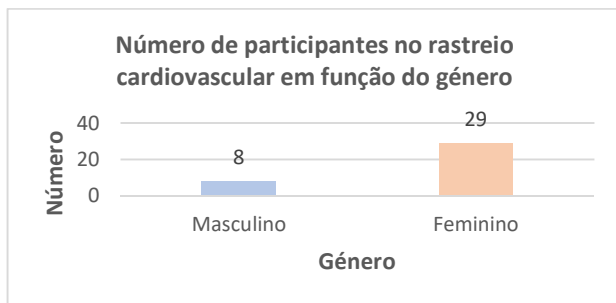


1.  2.  3.  4.  5. 
6.  7. 

1. Anel moldável
2. Tira de fixação
3. Protetor cutâneo
4. Spray removedor de adesivo
5. Gelificante
6. Desodorizante
7. Cinto ajustável

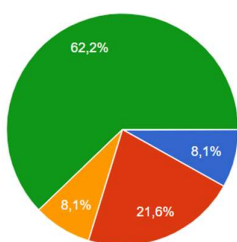
[1] Liu, L (2022) OSTOMAS (PowerPoint slides). <https://vimeo.com/222443039?h=9f1810563f6edf8e9c9a3a9d7c1c0507a> [2] ASSOCIAÇÃO NACIONAL DAS FARMÁCIAS. *Ostomia na sua farmácia*. Disponível em: <https://www.farmaciasponto.com.pt/blog/ostomia-na-sua-farmacia/> [3] DGS – Direção-Geral da Saúde. *Normas sobre Indicações Clínicas e Intervenção nas Ostomias de Eliminação Urinária e Intestinal*. [Online] [Disponível em: <https://www.dgs.pt>

Anexo XI. Dados do rastreio cardiovascular

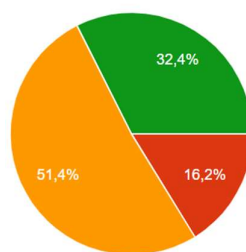


Nº participantes	Faixa etária	PAD _{média}	PAS _{média}	IMC _{média}
4	41-50	68	86	23
8	51-60	64	100	25
22	61-79	68	127	27
2	18-30	81	120	26
1	31-40	56	110	24

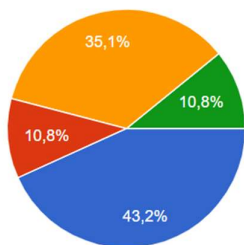
Tabagismo



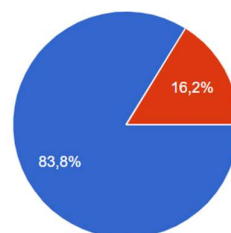
Bebidas alcoólicas



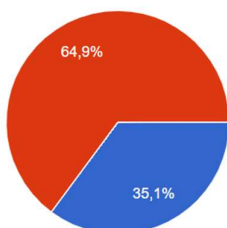
Atividade física

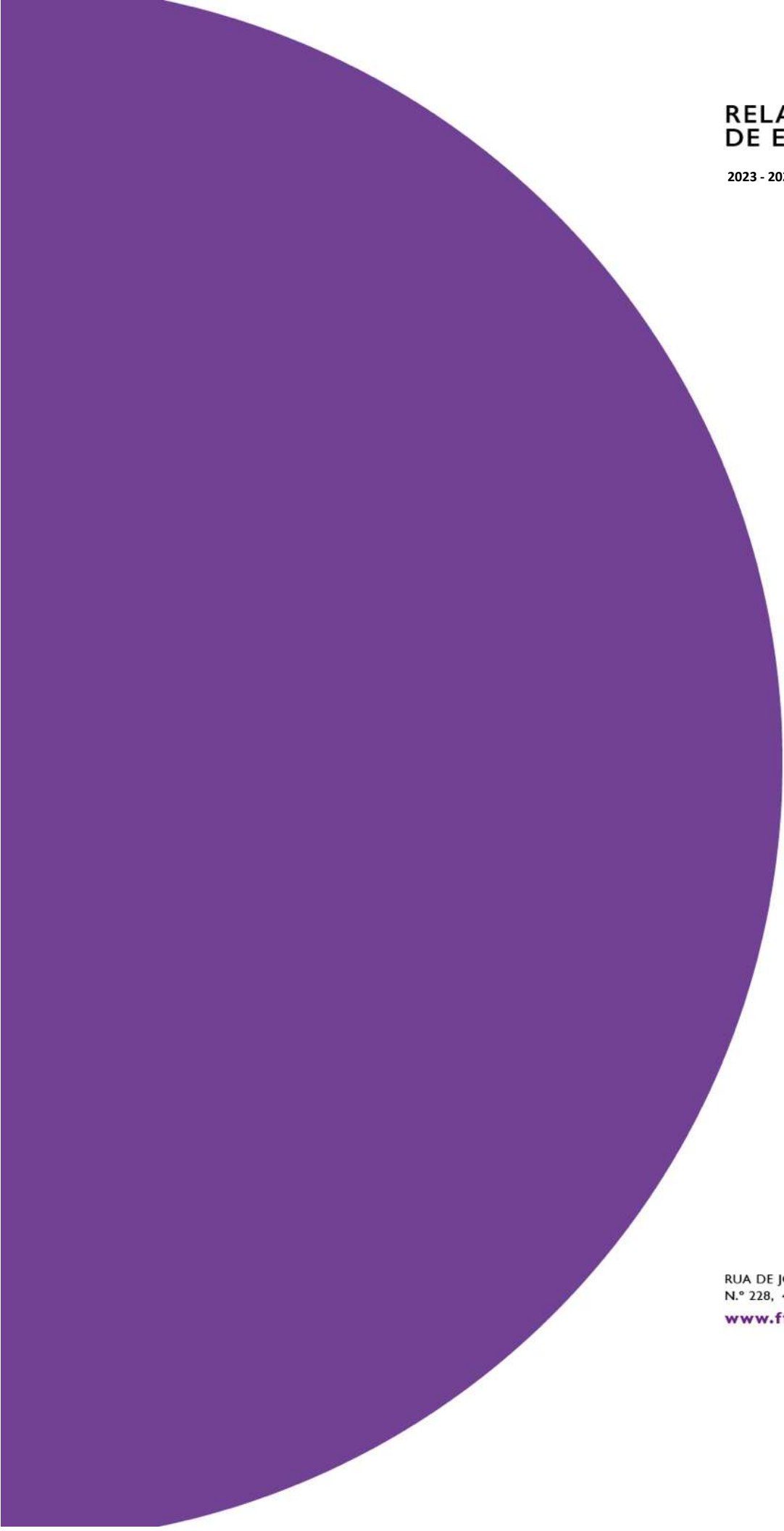


História familiar de DCV



Condições de saúde





RELATÓRIO DE ESTÁGIO

2023 - 2024

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