





Faculdade de Farmácia da Universidade do Porto

Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas

Relatório de Estágio Profissionalizante

Farmácia Central Gaia

11 de Maio de 2015 a 5 de Agosto de 2015

Mariana Vilar Gonçalves Oliveira

Orientadora: Dr^a Daniela Pedrosa Rodrigues de Oliveira

Tutor FFUP: Prof. Doutora Helena Vasconcelos

Outubro de 2015



DECLARAÇÃO DE INTEGRIDADE

Eu, Mariana Vilar Gonçalves Oliveira, abaixo assinado, nº 100601169, aluno do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas da Faculdade de Farmácia da Universidade do Porto, declaro ter atuado com absoluta integridade na elaboração deste documento.

Nesse sentido, confirmo que NÃO incorri em plágio (ato pelo qual um indivíduo, mesmo por omissão, assume a autoria de um determinado trabalho intelectual ou partes dele). Mais declaro que todas as frases que retirei de trabalhos anteriores pertencentes a outros autores foram referenciadas ou redigidas com novas palavras tendo, neste caso, colocado a citação da fonte bibliográfica.

Faculdade de Farmácia da Universidade do Porto, ____ de _____ de _____

Assinatura: _____



AGRADECIMENTOS

A convivência regular com os utentes e a equipa da Farmácia Central revelou o quão belo e gratificante é poder ser útil à população e aliviar os seus problemas, tanto do foro de saúde como os problemas pessoais. A terapia vai além da mera dispensa de medicamentos e aconselhamento terapêutico, requerendo que nos coloquemos também no papel de ouvintes para oferecer igualmente apoio emocional. Além disso, a proximidade da relação farmacêutico-utente, possibilita que se desenvolva um nível de confiança que frequentemente não acontece com outros agentes de saúde.

Esta experiência foi infinitamente valiosa. O contacto com a realidade profissional ofereceu-me a oportunidade de desafiar o que considerava serem os limites das minhas capacidades e a ultrapassá-los, estimulando o meu desenvolvimento não só a nível profissional como pessoal. Para tal devo os meus agradecimentos:

À Dr.^a Daniela Oliveira; a sua orientação e dedicação para comigo foram inqualificavelmente além do dever profissional e o seu inigualável empenho, disponibilidade, apoio e amabilidade são, sem dúvida, uma inspiração. Agradeço todo o tempo despendido a fundamentar os meus conhecimentos teóricos e práticos e à confiança depositada em mim.

À Dr.^a Lúcia pela orientação constante e paciência que teve para comigo; os seus ensinamentos valiosos enriqueceram imenso o meu desempenho profissional.

À Carina Carvalho e Maria Silva, pela sua disponibilidade e transmissão de conhecimentos e pela sua boa disposição.

À Dra. Isabel Varejão, a qual temporariamente fez parte da equipa durante o meu período de estágio, pelo enorme apoio a todos os níveis e pelo seu incessante bom humor e carinho.

No que toca à parte académica, agradeço à minha orientadora Prof. Doutora Helena Vasconcelos pela excelente orientação demonstrada, disponibilidade e conselhos prestados.

Agradeço ainda à Comissão de Estágios da Faculdade de Farmácia da Universidade do Porto pela organização e permissão para a concretização deste estágio.

Este estágio concluiu os 5 anos mais extraordinários da minha vida até agora. Porém, a história desta aventura começou muito antes, em setembro de 2010. Aproveito para agradecer a todos os professores que me ensinaram e marcaram desde então, pela sua dedicação diária em transmitir os conhecimentos e ferramentas necessárias à nossa formação.

Esta jornada não teria sido capaz sem a paciência e o apoio da minha família e amigos. A vossa compreensão, auxílio e bom humor em todos os momentos foram e são os meus pilares todos os dias. Obrigada por me ajudarem a ultrapassar cada obstáculo e por me ajudarem a erguer depois de cair. Obrigada por fazerem parte da minha vida.

Obrigada especialmente aos meus pais, por todo o sacrifício e amor incondicional.



RESUMO

O presente documento contém a descrição das atividades que executei durante o meu estágio curricular em farmácia comunitária, encerrando assim o meu percurso académico de 5 anos de estudo na Faculdade de Farmácia da Universidade do Porto.

Esta experiência serviu como meio de consolidação dos conhecimentos teóricos adquiridos durante o meu ciclo de estudos em Ciências Farmacêuticas e permitiu familiarizar-me com o funcionamento do Serviço Nacional de Saúde (SNS), no qual o farmacêutico comunitário ocupa um lugar fundamental na cadeia do medicamento através da dispensa de medicamentos à população e ainda do aconselhamento terapêutico, uma vez que frequentemente se trata do primeiro agente de saúde com qual o utente contacta para satisfazer as necessidades de prestação de serviços de saúde assim como esclarecimento de dúvidas nesse âmbito. O seu papel também é fulcral na farmacovigilância pois, quando devidamente exercida, promove o uso racional do medicamento, reduzindo assim as incidências de interações medicamentosas, reações adversas, vias de administração incorretas e auto-medicações arriscadas. Esta ação não só aumenta a eficácia do tratamento como ainda reduz o impacto económico das despesas de saúde nos fundos públicos.

Além dos novos conhecimentos adquiridos, tanto a nível prático como científico, estes seis meses de estágio ensinaram-me a melhorar as aptidões em relações interpessoais através do contacto com o utente e através do convívio com as excelentes equipas das quais fiz parte, o que resultou no meu crescimento a nível pessoal e profissional.

A primeira parte do estágio decorreu em Espanha, na cidade Madrid, na Farmácia Miriam Varela Serrano, durante o período de 15 de janeiro a 15 de abril, no âmbito do programa de mobilidade estudantil Erasmus+.

A segunda parte decorreu em Portugal, na Farmácia Central de Vila Nova de Gaia, durante o período de 11 de maio a 4 de agosto, período sobre o qual se foca este documento.

Este relatório encontra-se dividido primeiro na respetiva descrição das atividades executadas na farmácia, nomeadamente: encomendas e aprovisionamento, dispensa de medicamentos e produtos farmacêuticos, preparação de medicamentos manipulados, cuidados farmacêuticos, processamento do receituário, entre outras.

A segunda parte do relatório envolve a apresentação de temas desenvolvidos, designadamente a sensibilização do público para as patologias da Obesidade, Dermatite Atópica e o Pé Diabético.



ÍNDICE

DECLARAÇÃO DE INTEGRIDADE	iii
AGRADECIMENTOS.....	iv
RESUMO	v
ÍNDICE DE TABELAS.....	ix
ÍNDICE DE ANEXOS	ix
LISTA DE ABREVIATURAS	x
PARTE 1.....	xi
1) Organização da Farmácia Central de Gaia.....	1
1.1 Localização	1
1.2 Perfil dos utentes.....	1
1.3 Espaço físico	1
1.4 Horário de funcionamento	2
1.5 Recursos humanos	2
2) Gestão da farmácia	2
2.1 Sistema Informático.....	2
2.2 Gestão de stocks	3
2.3 Realização de encomendas	4
2.4 Receção de encomendas.....	4
2.5 Armazenamento de encomendas	5
2.6 Devoluções, notas de crédito e irregularidades	6
2.7 Prazos de validade	6
2.8 Faturação.....	7
3) Dispensa de medicamentos e produtos para a saúde.....	7
3.1 Sistema de preços de referência.....	7
3.2 Regime de participações	8
3.3 Receituário	8
3.4 Medicamentos sujeitos a receita médica.....	10
3.5 Medicamentos não sujeitos a receita médica.....	11
3.6 Medicamentos de legislação especial.....	11
3.6.1. Psicótipos e estupefacientes.....	11
3.6.2. Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes.....	12
3.6.3. Medicamentos manipulados	12
3.6.3.1. Matérias-primas e reagentes	12
3.6.3.2. Material de Laboratório	13



	3.6.3.3. Regras de Manipulação	13
	3.6.3.4. Determinação do Prazo de Validade	13
	3.6.3.5. Cálculo do PVP do Medicamento Manipulado	13
	3.7 Medicamentos Veterinários	14
	3.8 Medicamento homeopático	14
	3.9 Suplementos alimentares, produtos fitoterapêuticos e naturais....	14
	3.10 Dietéticos e produtos de alimentação especial.....	15
	3.11 Dispositivos Médicos.....	16
	3.12 Produtos dermocosméticos e de higiene corporal.....	16
4)	Cuidados e Serviços Farmacêuticos.....	17
	4.1 Medição da Tensão Arterial (TA)	17
	4.2 Medição da Glicémia	18
	4.3 Medição do Colesterol total	19
	4.4 Teste de gravidez.....	19
	4.5 Controlo do peso corporal.....	19
	4.6 Administração de Vacinas não incluídas no Plano Nacional de Vacinação	19
5)	Programas em que a Farmácia participa.....	19
	5.1 VALORMED	19
	5.2 Farmácias Portuguesas	20
6)	Cronograma.....	20
7)	Conclusão	20
PARTE 2.....		23
1)	Obesidade	24
	1.1 Seleção do tema.....	24
	1.2 Introdução.....	24
	1.3 Epidemiologia	26
	1.4 Diagnóstico.....	27
	1.5 Comorbilidades.....	28
	1.6 Prevenção da obesidade.....	29
	1.7 Trabalho prático desenvolvido: apresentação oral numa escola secundária	30
2)	Dermatite atópica (DA).....	31
	2.1 Seleção do tema.....	31
	2.2 Introdução.....	31
	2.3 Incidência.....	33



	2.4 Sintomas	33
	2.5 Diagnóstico.....	34
	2.6 Tratamento	34
	2.7 Trabalho prático desenvolvido: apresentação para projetar no ecrã da farmácia.....	37
3)	Pé diabético	37
	3.1 Seleção do tema.....	37
	3.2 Introdução.....	38
	3.2.1. Diabetes <i>Mellitus</i> tipo 1	39
	3.2.2. Diabetes <i>Mellitus</i> tipo 2	39
	3.2.3. Diabetes gestacional	39
	3.2.4. Outras categorias de Diabetes.....	40
	3.2.5. Diagnóstico	40
	3.2.6. Hiperglicemia Intermédia	40
	3.2.7. Epidemiologia.....	41
	3.2.8. Tratamento.....	41
	3.3 Pé diabético	42
	3.4 Medidas não farmacológicas	44
	3.5 Trabalho prático desenvolvido: <i>flyer</i> distribuído num rastreio de saúde cardiovascular	44
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	46



ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Classificação da tensão arterial.....	19
Tabela 2 - Classificação da glicémia	21
Tabela 3 - Atividades desenvolvidas na Farmácia Central durante o período de Maio a Agosto	18
Tabela 4 - Classificação do risco de obesidade	27
Tabela 5 - Circunferência da cintura e risco de complicações metabólicas	28
Tabela 6 - Classificação do risco de obesidade em crianças e adolescentes	28
Tabela 7 – Riscos relativos de doenças associadas à obesidade	28
Tabela 8 - Medidas não farmacológicas no tratamento da pele atópica	34
Tabela 9 - Categorização do risco de ulceração	44

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1 - Espaço físico exterior das instalações da Farmácia Central	51
Anexo 2 - Espaço físico interior das instalações da Farmácia Central	52
Anexo 3 - Fatura de encomenda (duplicado).....	53
Anexo 4 - Nota de devolução (triplicado)	54
Anexo 5 - Requisição específica de psicotrópicos e estupefaciente	55
Anexo 6 - Ficha de preparação de solução alcoólica de ácido bórico à saturação	56
Anexo 7 – Receita médica	57
Anexo 8 - Receita médica renovável	58
Anexo 9 - Receita médica pré-impressa ou manual	59
Anexo 10 - Apresentação “Obesidade: uns quilos a mais, uns anos menos”.....	60
Anexo 11 - Apresentação “Dermatite atópica: à flor da pele”.....	61
Anexo 12 - <i>Flyer</i> “Pé diabético”.....	62



LISTA DE ABREVIATURAS

AIM (Autorização de Introdução no Mercado)

ANF (Associação Nacional de Farmácias)

CCF (Centro de Conferência de Faturas)

CNP (Código Nacional de Produto)

DA (Dermatite Atópica)

DM (Diabetes *Mellitus*)

DCI (Denominação Comum Internacional)

FGP (Formulário Galénico Português)

FP (Farmacopeia Portuguesa)

INFARMED (Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde)

IVA (Imposto sobre o Valor Acrescentado)

MNSRM (Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica)

MSRM (Medicamentos Sujeitos a Receita Médica)

OMS (Organização Mundial de Saúde)

PIC (Preço Impresso na Cartonagem)

PVF (Preço de Venda à Farmácia)

PVP (Preço de Venda ao Público)

SNS (Serviço Nacional de Saúde)



PARTE 1

DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS EM FARMÁCIA COMUNITÁRIA



1) ORGANIZAÇÃO DA FARMÁCIA CENTRAL DE GAIA

1.1 Localização

A Farmácia Central de Gaia localiza-se na Rua Álvares Cabral nº 137 na freguesia de Mafamude, Vila Nova de Gaia. A rua onde se localiza é pedonal e de fácil acesso por transportes públicos, fatores que favorecem a afluência de utentes.

Na área circundante localiza-se a Câmara Municipal de Vila Nova de Gaia, um posto da Cruz Vermelha, o Hospital Distrital de Vila Nova de Gaia e diversos laboratórios de análises clínicas.

1.2 Perfil dos utentes

A farmácia tem uma história de décadas, pelo que muitos dos seus clientes habituais já estão fidelizados há muitos anos, existindo uma relação de elevada confiança com a equipa técnica, sendo que por vezes visitam o espaço só pelo pretexto de socializar e estão mesmo dispostos a aguardar pela chegada do seu medicamento quando este não está em *stock*, em alternativa a dirigirem-se a outra farmácia, mesmo que essa seja mais adequada aos seus percursos diários. Esta relação próxima auxilia a dedicação dos farmacêuticos a servir os utentes e a que estes últimos aceitem facilmente as recomendações profissionais. Há um cuidado especial com os idosos dado que, devido à sua debilitação física e mental, tem dificuldade em memorizar os nomes dos medicamentos segundo a DCI (Denominação Comum Internacional) pelo que, quando estes não trazem as embalagens vazias dos mesmos tenta-se, através do registo de vendas do sistema encontrar o laboratório do da marca ou do genérico habitual da sua medicação.

O tipo de clientes que frequenta a farmácia é extremamente variado, sendo composto tanto por utentes maiores de idade e pelas respetivas famílias como por transeuntes que por aí passam devido à sua localização central privilegiada. A farmácia encontra-se também perto de pontos turísticos pelo que é comum a passagem de turistas.

1.3 Espaço físico

A fachada da farmácia (exposta no Anexo 1) ostenta o nome em destaque e duas cruzes verdes, sendo uma delas indicativa das Farmácias Portuguesas. A entrada possui uma rampa que facilita o acesso a pessoas com mobilidade reduzida, estando estes parâmetros de acordo com o Decreto-Lei n.º 307/2007, de 31 de agosto. ^[1]

A divisão do interior da farmácia está também de acordo do com Decreto-Lei referido, estando dividida nas seguintes zonas principais (expostas no Anexo 2):

- Zona de atendimento ao público, constituída por 5 balcões equipados com computadores com sistema informático e leitor óptico, estante e expositores dos



produtos de venda livre, uma balança que mede o peso e a altura, e o aparelho automático de medição da pressão arterial;

- Área multifuncional, onde são armazenados em armários os medicamentos com maior rotatividade;
- Zona de receção de encomendas, onde existe um frigorífico com controlo de temperatura e humidade através de um termohigrómetro;
- Gabinete de atendimento personalizado, onde são realizados atendimentos mais privados, como testes bioquímicos, administrações de injetáveis e pesagem de bebés;
- Armazém, onde são armazenados os produtos de menor rotatividade;
- Laboratório, onde são preparadas as formulações magistrais e onde se encontram as referências bibliográficas da farmácia: Índice Nacional Terapêutico 2014, o Formulário Galénico Português (FGP), o Prontuário Terapêutico 11, a Farmacopeia Portuguesa (FP) VIII e respetivos suplementos, o Symposium Terapêutico 2013 e o Direito Farmacêutico;
- Gabinete administrativo do diretor técnico
- Instalações sanitárias.

A farmácia possui também serviço de podologia e de nutrição, sendo as respetivas prestações de serviço agendadas no espaço de atendimento ao público. Os respectivos gabinetes de consulta de podologia e nutrição localizam-se no piso superior do mesmo edifício.

1.4 Horário de funcionamento

O horário de funcionamento da farmácia é das 8.00H às 20.00H de segunda a sexta e das 9.00H às 13.00H aos sábados, estando também aberta aos feriados e nos dias de serviço mensais durante 24h. Durante o meu tempo de estágio cumpro um horário de 8 horas diárias de segunda a sexta-feira, com interrupção de uma hora de almoço.

1.5 Recursos humanos

A direção técnica da Farmácia Central é assumida pela Dr^a. Daniela Oliveira. A equipa é ainda composta pela farmacêutica adjunta Dr^a. Lúcia Sousa, pelas técnicas de farmácia Dra. Raquel Santos, Carina Carvalho e pela auxiliar técnica de farmácia Maria Silva.

2) GESTÃO DA FARMÁCIA

2.1 Sistema Informático

Nesta farmácia todos os computadores estão equipados com o sistema informático SIFARMA® 2000, com assistência feita pela Glintt®. Este sistema é de utilização muito intuitiva e permite realizar todas as tarefas essenciais da gestão corrente de uma farmácia, desde



o atendimento ao público, à possibilidade de consulta de informação relativa ao medicamento, à realização e receção de encomendas, permitindo também gerir o *stock* e controlar os prazos de validade dos medicamentos, à gestão de informações sobre os utentes, à consulta de valores de vendas e à faturação e emissão de lotes de receitas.

Cada utilizador possui um código bem como uma palavra-passe individualizada para aceder ao sistema, como foi o meu caso.

2.2 Gestão de stocks

Este parâmetro é fundamental para o bom funcionamento de uma farmácia. A gestão de *stocks* requer muita experiência, pois é vital para a sobrevivência de uma farmácia comunitária uma vez que, apesar do seu carácter comercial, não deixa de ter subjacente uma obrigação ética de satisfazer as necessidades medicamentosas do utente e proporcionar-lhe os melhores cuidados possíveis. A quantidade de medicamento a ter em *stock* depende da movimentação deste, pelo que há que estudar a sua rotatividade nos registos de vendas, de modo a definir uma quantidade mínima que assegure o abastecimento da solicitação habitual, evitando roturas de *stock*, e uma quantidade máxima, que evite quantidades excessivas que, caso a sua taxa de rotatividade seja baixa, além de representarem despesas desnecessárias que nem sempre são cobertas nas devoluções, incorrem no risco de exceder o limite do prazo de validade e arriscando a que o capital investido na sua aquisição seja desperdiçado. A definição destes parâmetros é essencial para uma boa gestão financeira que rentabilize as capacidades da farmácia, pelo que requer o conhecimento da sazonalidade das patologias, da prescrição habitual dos utentes e que atente a condições viáveis de encomendas, como bonificações e campanhas dos fornecedores, condições de pagamento, etc.

Ao definir estes parâmetros informaticamente, no momento de efetuar a encomenda diária, o sistema automaticamente pré-encomenda as quantidades que se encontram abaixo do mínimo, até à quantidade máxima definida, acelerando e otimizando este processo.

A informatização facilita imensamente o atendimento, ao possibilitar saber instantaneamente se a farmácia possui o medicamento de que o utente necessita e, caso necessário, efetuar a sua encomenda. Esta dinâmica é alterada quando ocorrem erros na receção das encomendas, na dispensação dos produtos ou na arrumação incorreta dos medicamentos, pelo que regularmente devem ser realizados inventários, de modo a que se efetuem correções de *stock*. Durante o estágio fui alertada para ter atenção ao observar possíveis casos em que o *stock* informático não correspondesse ao valor real, de modo a que fosse possível corrigir o erro imediatamente.



2.3 Realização de encomendas

A realização de encomendas efetua-se no final do período da manhã e no final do período da tarde, sendo que o pedido é enviado por *modem* aos distribuidores grossistas habituais, OCP e Cooprofar. Em certos casos é possível também efetuar encomendas diretamente aos laboratórios, quando o fornecedor não distribui esse produto, quando se tratam de produtos esgotados no mercado ou quando se trata de quantidades substancialmente grandes e associadas a melhores descontos. Determinados produtos são encomendados diretamente ao delegado comercial do fornecedor.

As encomendas podem ser formuladas automaticamente pelo sistema informático, ou manualmente, caso haja produtos especificamente requisitados pelos utentes, ou ainda no caso da encomenda de quantidades mais significativas (tipicamente realizando-se no início do mês), nas quais se seleciona manualmente a quantidade de produto e o fornecedor. As encomendas diárias são geradas automaticamente pelo sistema, sendo que a lista de proposta é revista previamente pelo funcionário da farmácia, de modo a certificar se existem pedidos necessários que não foram adicionados automaticamente à lista (por os produtos em *stock* estarem reservados ou por se tratarem de produtos não habituais) ou pedidos que se podem eliminar devido à sua menor procura (por motivos de sazonalidade ou alterações da prescrição médica habitual), substituição por outros produtos mais lucrativos, recolha de lotes por indicação de entidades, etc.

Os pedidos podem ser feitos também por via telefónica quando se trata de encomendas manuais ou de produtos aparentemente esgotados que poderão estar disponíveis noutros armazéns fora do distrito do Porto. Tive oportunidade de realizar muitas encomendas por via telefónica deste tipo de pedidos mais pontuais, permitindo-me familiarizar-me com a rotatividade dos produtos.

2.4 Receção de encomendas

Esta foi a primeira atividade em que participei como estagiária e uma das que realizei com mais frequência, uma vez que se trata de um método eficaz para alguém se ambientar com os produtos existentes na farmácia e o seu lugar de arrumação habitual. Foi também uma excelente forma de aprender a associar a DCI à marca e ao aspeto da embalagem.

Na altura de chegada da encomenda, os produtos vêm dentro de contentores, caixas de cartão, acompanhados de uma fatura (Anexo 3), na qual se confirma a quantidade, o prazo de validade, o preço de venda à farmácia (PVF), o preço de venda ao público (PVP) e descontos/bonificações que possam existir. O facto de estar registado no sistema o pedido de encomenda ajuda também a confirmar estes valores e a alertar, caso haja alguma alteração,



excluindo-se os pedidos efetuados via telefónica, que antes da receção requerem que seja criada manualmente no sistema a respetiva encomenda.

No momento de rececionar a encomenda, é necessário introduzir no sistema o tipo de produto enviado (por leitura óptica do código de barras ou manualmente através do Código Nacional de Produto (CNP)), a sua quantidade, o preço facturado e actualizar o prazo de validade, o IVA (Imposto sobre o Valor Acrescentado) de 6% ou 23%, o PIC (Preço de Cartonagem) caso não seja um produto de venda livre nem MNSRM (medicamentos não sujeitos a receita médica), e a margem de comercialização (caso seja de venda livre ou MNSRM), sendo que no fim estes últimos produtos são etiquetados, estando presente na etiqueta o código de barras com o respectivo CNP, o PVP e o IVA. A informação dos produtos esgotados é enviada à Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde I.P. (INFARMED I.P.) via *modem*.

Ao dar entrada da encomenda, começa-se pelos produtos que requerem refrigeração (devem ser mantidos entre 2 a 8°C) uma vez que são mais suscetíveis a deterioração.

2.5 Armazenamento de encomendas

Findada a receção das encomendas procede-se ao seu armazenamento, tarefa que desempenhei praticamente todos os dias. Este é efetuado consoante as suas condições de conservação, espaço disponível e estratégias de *marketing*. Nesta farmácia os medicamentos seguem um critério de arrumação segundo a forma farmacêutica (comprimidos, supositórios, enemas, xaropes, granulados, soluções orais, ampolas), separando-se ainda consoante a via de administração (oral, auricular, oftálmica, vaginal, rectal, e injetável). São arrumados à parte os produtos de uso capilar, os suplementos alimentares, os veterinários, os de refrigeração (vacinas, insulinas e alguns colírios) e os psicotrópicos e estupefacientes (estes dois últimos num armário separado). As formas semi-sólidas de uso externo (pastas, cremes, pomadas), as pílulas contraceptivas regulares e os produtos de protocolo da diabetes são arrumados na zona de atendimento, em gavetas atrás dos balcões. Os produtos de venda livre (incluindo certos materiais de penso, produtos de dermocosmética, de nutrição infantil, de uso podológico e de uso oral) são arrumados em estantes e expositores na zona de atendimento, de modo a terem o máximo de visibilidade do consumidor e acesso mais fácil.

O critério seguinte é a ordem alfabética, seguido do prazo de validade (*First-expire/First-out*). Quando não existe esse prazo, dá-se prioridade de venda aos produtos com mais tempo em *stock* (*First-in/First-out*).

Os produtos sem espaço disponível devido à sua baixa rotatividade, elevada quantidade ou grande volume (como fraldas) são arrumados no armazém, juntamente com os materiais de penso e outros produtos.



2.6 Devoluções, notas de crédito e irregularidades

Ao dar entrada da encomenda confirma-se com a fatura se os produtos pedidos correspondem aos enviados, sendo que caso algum esteja em falta, não corresponda ao pedido, esteja fora do prazo de validade ou estado danificado, é necessário contactar com o fornecedor via telefónica de modo a efetuar uma reclamação, podendo este erro ser corrigido pelo envio do produto em falta ou pela emissão de uma nota de crédito à farmácia. Durante o meu estágio tive oportunidade de realizar este processo mais do que uma vez.

Relativamente às devoluções, estas podem dever-se aos motivos já mencionados ou ainda devido a um levantamento de lotes por emissão de circulares informativas do INFARMED I.P. ou pelo titular da Autorização de Introdução no Mercado (AIM).

Existe um período máximo de 72 horas para efetuar uma devolução, desde a chegada da encomenda. São realizadas através da emissão de uma nota de devolução (Anexo 4), com recurso ao sistema informático, na qual está detalhado o motivo da devolução. Essa nota é enviada ao fornecedor, juntamente com o produto, sendo a nota original e o duplicado carimbados e rubricados. O triplicado é arquivado na farmácia. Quando a devolução não é aceite, o produto é reenviado para a farmácia, acompanhado de uma guia de remessa especificando o motivo da recusa; neste caso, elimina-se o triplicado e envia-se o respectivo produto para quebras, assumindo a farmácia o prejuízo. Caso o fornecedor aceite a devolução, a farmácia pode optar por aceitar uma nota de crédito ou o envio do mesmo produto em condições adequadas, sendo necessário regularizar cada situação informaticamente.

2.7 Prazos de validade

A boa gestão dos prazos de validade dos produtos é essencial para rentabilizar o *stock* de uma farmácia e assim evitar despesas desnecessárias. Assim, no momento de venda, dá-se prioridade aos produtos que caducam mais cedo, sobretudo tratando-se de produtos de baixa procura e/ou de difícil devolução, como é o caso dos dermocosméticos.

No início do estágio fui encarregada de realizar a verificação mensal dos prazos de validade, consistindo a tarefa em consultar uma listagem dos produtos (gerada pelo sistema) que caducavam no prazo de 3 meses (relativamente aos produtos do protocolo da Diabetes Mellitus e produtos veterinários, estes devem ser devolvidos 5 meses antes do prazo de validade expirar) sendo que posteriormente se procedia à sua remoção dos lugares habituais, de modo a tentar proceder-se à sua devolução ao fornecedor e assim recuperar algum do investimento efetuado, caso contrário eliminando-os do *stock*.



2.8 Faturação

O fecho da faturação é efetuado no último dia útil do mês, após o encerramento da farmácia. Depois da revisão das receitas e caso não se detete nenhum erro, estas são organizadas por organismos e suborganismos, de seguida por lote, sendo que cada lote pode conter no máximo até 30 receitas. Fechado o lote, pode ser impresso e anexado o “Verbete de Identificação de Lote”. Após o fecho de faturação de cada organismo imprimem-se os “Resumos de Lote” e a “Fatura”, excetuando-se o organismo relativo ao medicamento *Betmiga*, no qual o próprio laboratório só exige o envio da fatura.

Após a impressão dos duplicados e triplicados destes documentos, envia-se os originais para o Centro de Conferência de Faturas (CCF) e para a Associação Nacional de Farmácias (ANF), sendo o CCF o organismo responsável pela correção de receitas do SNS, enquanto a ANF distribui as receitas dos organismos privados pelas respetivas entidades, que se encarregam de as corrigir.^[2] Apesar de esta farmácia utilizar o serviço da ANF, que proporciona maior facilidade e rapidez do processo (em alternativa a ser a própria farmácia a realizar o mesmo serviço), este não é de cariz obrigatório. Na eventualidade do CCF detetar algum erro nas receitas, este devolve-as à farmácia, juntamente com um documento que esclareça a razão da devolução, para que se possa colmatar as falhas e refaturar essas receitas; caso contrário, a farmácia acarretará com o prejuízo das comparticipações perdidas. Estas circunstâncias são bem elucidativas sobre a importância de se conferir as receitas.^[2,3]

Durante o estágio tive oportunidade de participar no processo de organização das receitas por organismos em lotes de 30 e, dentro destes, por número da receita, o que me ajudou a conhecer os variados organismos e os erros mais comuns na dispensa de receitas. Assisti e aprendi a emitir verbetes quando os lotes estavam completos e, no final dos meses de junho e julho, assisti ao fecho da faturação e à organização de todas as receitas para envio ao CCF ou ANF.

3) DISPENSA DE MEDICAMENTOS E PRODUTOS PARA A SAÚDE

3.1 Sistema de preços de referência

Este sistema estabelece um valor máximo a ser comparticipado para cada grupo homogêneo, prescrito no âmbito do SNS, ou seja, para cada conjunto de medicamentos com a mesma composição qualitativa e quantitativa em substâncias ativas, forma farmacêutica, dosagem e via de administração, no qual se inclua pelo menos um medicamento genérico no mercado. Este valor corresponde ao escalão ou regime de comparticipação aplicável e é calculado sobre o preço de referência ou igualado ao PVP do medicamento, conforme o que for inferior. Estes preços são atualizados trimestralmente pelo INFARMED, permitindo uma gestão de despesas do estado simpatizante com as finanças públicas do momento.^[4]



3.2 Regime de comparticipações

Consoante o regime de comparticipação, uma certa percentagem do valor do medicamento é suportada pela entidade financeira correspondente e reembolsada posteriormente à farmácia, aliviando a carga fiscal ao utente. A entidade que produz maior número de comparticipações é o SNS, de acordo com os escalões definidos no Decreto-Lei n.º 106-A/2010, de 1 de outubro: Escalão A: 90%; Escalão B: 69%; Escalão C: 37% e Escalão D: 15%. ^[5] O regime especial de comparticipação pode ser representado na prescrição médica pela letra “R”, no caso de utentes pensionistas abrangidos pelo regime especial, pela letra “O”, nos utentes abrangidos por outro regime especial destinado a determinadas patologias, identificado por menção do respetivo diploma legal.

Além deste regime geral existem regimes especiais. Um deles prevê comparticipações em função dos beneficiários, na qual no escalão A a comparticipação é aumentada em 5% e para os restantes escalões, no caso de se tratar de beneficiários pensionistas com baixos rendimentos, a comparticipação é aumentada em 15%. ^[6] No caso das comparticipações em função de patologias ou grupos especiais de utentes (contemplando medicamentos para a procriação medicamente assistida, dor oncológica moderada a forte, dor crónica não oncológica moderada a forte, paramiloidose, psoríase, ictiose, doença de Alzheimer, dor crónica, doença inflamatória intestinal ou lúpus, hemofilia, hemoglobinopatias, psicose maníaco-depressiva, artrite reumatóide e espondilite anquilosante), estas são definidas em decretos de lei, sendo aplicáveis apenas quando consta na receita a portaria (por exemplo no caso da Doença de Alzheimer, também tem de ser prescrita por um neurologista ou psiquiatra). ^[7]

Existem muitos outros subsistemas (sindicatos bancários, Serviços de Assistência médico Social, EDP, etc) que fazem comparticipações, em complementaridade com o SNS ou autonomamente (como o programa *Betmiga*® produzido pelo próprio laboratório). Estes podem participar a percentagem não abrangida pelo SNS ou a totalidade do medicamento. Cada subsistema possui um código no SIFARMA® 2000 e muitos requerem fotocópia da receita com a respetiva fotocópia do cartão de beneficiário, pelo que quando comecei a fazer atendimento tive alguma dificuldade em memorizar estas especificações, mas no final consegui interiorizá-las.

3.3 Receituário

As receitas do SNS podem ser do tipo: normal, sendo válida por trinta dias a partir da sua emissão, ou renovável, em que são impressas três vias, tendo cada uma a validade de seis meses a contar da sua emissão. ^[8]

A prescrição é feita por DCI, permitindo ao utente optar pela marca ou genérico. No entanto, a prescrição pode ser feita por nome comercial ou do titular da AIM do medicamento,



no caso de ser um medicamento de marca para a qual não existe nenhum medicamento similar ou nenhum genérico participado, ou no caso das seguintes justificações técnicas:

- “Exceção a) do n.º 3 do art. 6.º - Medicamentos com margem ou índice terapêutico estreito” (apenas para os medicamentos definidos na lista disponibilizada pelo INFARMED I.P);
- “Exceção b) do n.º 3 do art. 6.º - Reação adversa prévia”;
- “Exceção c) do n.º 3 do art. 6.º - continuidade de tratamento superior a 28 dias”

Nas exceções a) e b), o farmacêutico apenas pode dispensar o medicamento prescrito, ao passo que na exceção c) podem ser dispensados os medicamentos com preço inferior ou igual ao que o médico prescreveu, desde que por opção do utente e pertencendo ao mesmo grupo homogéneo.

Atualmente a maioria das receitas é de formato electrónico, sendo ainda válidas as de formato manual, sobretudo em caso de falência informática, inadaptação do prescritor, prescrição no domicílio ou até 40 receitas/mês, estando sujeitas às mesmas regras que as de formato electrónico.

O valor das comparticipações representa a principal percentagem da faturação da farmácia, pelo que, ao aviar uma receita médica, há que prestar muita atenção aos requisitos que a validam pois caso haja alguma falha esse valor não será reembolsado pelos respetivos organismos, resultando em prejuízo financeiro. Outra consequência grave do incorreto aviamento das receitas é o potencial perigo para a saúde do utente, pelo que é imperativa a revisão regular destas. Os fatores a verificar são: data de validade da receita, assinatura do médico, vinheta do médico (obrigatório nas receitas manuais), nome do utente, número de utente ou de beneficiário de subsistema, organismo de comparticipação, local de prescrição, a razão da prescrição manual (caso se trate de uma receita manual), quantidade de embalagens (difere consoante as entidades de faturação, mas normalmente o número máximo de embalagens por receita é quatro, nunca podendo ser prescritas mais do que duas embalagens do mesmo medicamento, exceto no caso de medicamentos unidose), o medicamento dispensado, a dosagem, a forma farmacêutica e o tamanho da embalagem. Caso todos estes fatores se cumpram, a receita pode ser aviada, sendo depois rubricada, datada e carimbada pelo farmacêutico.

Esta revisão é especialmente fulcral nas receitas manuais, uma vez que, ao contrário das electrónicas, nas quais a simples leitura ótica do código da receita e código de acesso automaticamente insere no sistema todos os dados referidos anteriormente, as receitas manuais requerem a introdução manual de cada parâmetro, incluindo as possíveis exceções ou despachos que possam estar presentes, e nestas o sistema não emite alerta, caso esta se encontre fora do prazo.



Após a inserção dos dados no sistema e a entrega dos medicamentos ao utente, o último passo é imprimir no verso da receita a informação da medicação dispensada e as tomadas de decisão do utente, sendo o último passo o envio para a entidade responsável pela comparticipação.

Comecei a realizar atendimento de forma autónoma mês e meio após o início do meu estágio, após ter assistido, com supervisão, aos passos do processo e a estar mais familiarizada com a dinâmica da farmácia. Com o passar do tempo, fui ficando mais acostumada com os procedimentos a ter em conta e as dificuldades iniciais diminuíram, o que não significa que não tenha continuado a consultar membros da equipa técnica em caso de dúvida, ou que não tenha sentido necessidade de opiniões de aconselhamento terapêutico, o que me permitiu aumentar o meu conhecimento, melhorar a minha postura profissional e conquistar mais a confiança dos utentes.

3.4 Medicamentos sujeitos a receita médica (MSRM)

Como o nome indica, estes medicamentos requerem receita médica devido ao seu risco de toma ou administração indevida poder representar um perigo para saúde do utente, e surgem na sequência de um diagnóstico médico.^[8] No momento de aviar a receita, tendo em atenção que esta cumpre as regras já descritas, a dispensa do medicamento deve ser acompanhada de uma explicação oral sobre a função do medicamento, posologia, efeitos adversos que possam surgir e precauções. Há que ter em atenção também se o utente não pertence a nenhum grupo de risco incompatível com o medicamento receitado, assim como se a sua medicação habitual interage com o mesmo, de forma a detetar possíveis problemas relacionados com a medicação. Uma situação com que me deparei frequentemente foi o da toma conjunta da pílula contraceptiva regular com antibióticos, pelo que alertava o utente para o facto de que estes diminuían a eficácia contraceptiva.

Compete-nos também averiguar se a prescrição habitual tem sofrido variações, sendo comum por exemplo, no caso de ansiolíticos e benzodiazepinas, esta manter-se inalterada durante anos, resultando em dependência. Esta situação não é tão vulgar no caso de medicamentos crónicos cuja resposta terapêutica é facilmente avaliada por parâmetros bioquímicos.

Outra situação comum é os utentes consultarem médicos diferentes e não comunicarem corretamente a sua medicação habitual, podendo causar novamente problemas de sobredosagem ou interações medicamentosas.

Através destas entrevistas ao utente é possível evitar resultados negativos associados à medicação e promover assim um uso racional do medicamento e aumentar a adesão terapêutica.



3.5 Medicamentos não sujeitos a receita médica (MNSRM)

Como o nome indica, estes medicamentos não estão sujeitos a receita médica e não é habitual serem comparticipados, salvo exceções previstas na lei, destinando-se estes a tratar ou aliviar sintomas de transtornos menores de saúde temporariamente (ter em conta que no caso dos MNSRM comparticipados, se forem dispensados fora das farmácias não há lugar a comparticipação ^[9]).

O seu caráter de venda livre permite que o seu PVP seja determinado pela farmácia ou por outro local de venda autorizado pelo INFARMED I.P., representando uma parte significativa do lucro de vendas. A sua venda é da inteira responsabilidade do farmacêutico, pelo que cabe a este discernir se a sua utilização é necessária ou suficiente ou se o problema requer intervenção médica. A sua venda pode ocorrer por automedicação, sendo necessário averiguar se a escolha do MNSRM é pertinente, ou por indicação farmacêutica, após entrevistar o utente sobre a sua sintomatologia, duração dos sintomas, medicação habitual e possíveis alergias ou outros estados de saúde relevantes. Ambos os casos exigem que se transmita ao utente toda a informação relativa ao uso do medicamento, sobretudo uma vez que os utentes tendem a utilizá-los abusivamente ou por recomendação alheia.

Atendendo à elevada variedade de produtos de venda livre na farmácia e ao facto de muitas vezes os doentes serem polimedicados ou então de apresentarem sintomas de causas indefinidas (sobretudo quando se tratava de sintomatologia dermatológica), recorri muitas vezes à experiência dos membros da equipa para me auxiliarem, sendo que com o decorrer do tempo fui-me sentindo mais à vontade para determinar a origem da patologia e para fazer recomendações terapêuticas.

3.6 Medicamentos de legislação especial

3.6.1. Psicótipos e estupefacientes

Este grupo de medicamentos está sujeito a receita médica especial (sigla “RE”) e a um regime jurídico próprio, uma vez que, em caso de utilização anormal, podem dar origem a riscos de abuso medicamentoso, criar toxicodpendência e ser utilizados para fins ilegais ^[10]. No momento da sua receção na farmácia, a fatura tem de estar acompanhada de uma guia de requisição (Anexo 5) com um número correspondente, devendo os documentos serem assinados e carimbados pela diretora técnica para posterior envio do duplicado ao fornecedor, e o original arquivado na farmácia por um período de 3 anos na farmácia. Estes produtos devem ser prescritos individualmente por receita e as receitas podem ser renováveis. ^[10,11]

No momento da sua dispensa, automaticamente o sistema requer o preenchimento dos dados relativos ao utente e ao adquirente, independentemente de se tratar da mesma pessoa ou



não. Esses dados são impressos no verso da receita e num talão próprio que tem que ser agramado à fotocópia da receita e arquivado durante um período de 3 anos. ^[10,11]

Durante o meu estágio dispensei este tipo de medicamento mais do que uma vez, tendo verificado que os utentes já se encontravam familiarizados com este processo.

3.6.2. Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes

A população portuguesa, à semelhança da maior parte dos países desenvolvidos, apresenta uma prevalência significativa de Diabetes *Mellitus*, e o número de afetados tem vindo a aumentar, pelo que foram criados apoios à prevenção, controlo e tratamento desta doença, de forma a melhorar os indicadores de saúde e uma vez que, devido às complicações a que está associada (cegueira, amputações dos membros inferiores, insuficiência renal terminal e doença coronária), os encargos financeiros do Estado relacionados com este problema são consideravelmente elevados. Nasceu assim na década de setenta o Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes. ^[12]

Pela Portaria n.º364/2010, de 23 de junho, foram determinados o PVP máximo das tiras-teste para determinação de glicemia, cetonemia e cetonúria, e das agulhas, seringas e lancetas para os utentes diabéticos. Ficou ainda definida a comparticipação do Estado, que para agulhas, seringas e lancetas é de 100% e para as tiras-teste de 85%. ^[13]

3.6.3. Medicamentos manipulados

A preparação e dispensa de medicamentos manipulados estão regulamentadas pelo Decreto-Lei n.º 95/2004, de 22 de abril, que define estes medicamentos como “qualquer fórmula magistral ou preparado oficial preparado e dispensado sob a responsabilidade de um farmacêutico”. ^[14]

Os manipulados podem ter uma comparticipação de 30%, de acordo com o Decreto-Lei n.º106-A/2010, de 1 de outubro, sendo estes aprovados anualmente e tendo que constar obrigatoriamente na FP ou no FGP. ^[6]

É raro nesta farmácia surgirem pedidos para manipulados, mas felizmente durante o estágio surgiu-me a oportunidade de preparar uma solução alcoólica de ácido bórico à saturação, cuja ficha de preparação pode ser visualizada em anexo.

3.6.3.1. Matérias-primas e reagentes

Preferencialmente as matérias-primas e os reagentes devem ser adquiridas a fornecedores autorizadas pelo INFARMED, sendo que, no momento da sua receção, a sua qualidade deve ser assegurada por um boletim de análise que comprove o cumprimento das



exigências específicas da monografia, o qual deve ser guardado na farmácia, junto à matéria prima. O farmacêutico deverá igualmente confirmar a integridade da embalagem e o seu devido armazenamento de forma a preservar o estado de conservação. ^[15]

3.6.3.2. Material de Laboratório

Os equipamentos específicos existentes na farmácia devem estar de acordo com a legislação vigente e devem incluir balanças, material de vidro, outro equipamento de laboratório, farmacopeias, formulários e documentação oficial, segundo as Boas Práticas Farmacêuticas para a farmácia comunitária ^[16]. A lista de equipamento mínimo de existência obrigatória num laboratório de Farmácia Comunitária para as operações de preparação, acondicionamento e controlo de medicamentos manipulados está inserida na Deliberação n.º 1500/2004, de 7 de dezembro. ^[17]

3.6.3.3. Regras de Manipulação

As boas práticas na preparação de medicamentos manipulados em farmácia de oficina e hospitalar, nomeadamente a nível do pessoal, instalações e equipamentos, matérias-primas, materiais de embalagem, manipulação, controlo de qualidade e rotulagem estão indicadas na Portaria n.º 594/2004, de 2 de junho. ^[15] Depois da sua preparação, o produto semiacabado deve satisfazer os requisitos estabelecidos para a sua forma farmacêutica, sendo acondicionado consoante as suas condições de conservação, no que se refere à estanquicidade e proteção da luz. O rótulo do medicamento que deve conter toda a informação necessária ao doente. ^[15]

3.6.3.4. Determinação do Prazo de Validade

A origem das matérias-primas, os seus mecanismos de degradação, a forma farmacêutica, a embalagem utilizada, as condições de conservação e a duração prevista para o tratamento influenciam a atribuição do prazo de validade, podendo este ser consultado no FGP caso conste nele o medicamento manipulado em questão. ^[18]

3.6.3.5. Cálculo do PVP do Medicamento Manipulado

O PVP por parte da farmácia é calculado com base no valor dos honorários da preparação, no valor das matérias-primas e no valor dos materiais de embalagem, segundo a fórmula: $PVP = (\text{Honorários} + \text{Matérias-primas} + \text{Materiais de embalagem}) \times 1,3 + \text{IVA em vigor}$ ^[19]



3.7 Medicamentos Veterinários

Os medicamentos veterinários possuem a inscrição “USO VETERINÁRIO” sempre presente e estão definidos como um bem público e recursos cruciais para a defesa da saúde e do bem-estar dos animais e para a proteção da saúde pública, sendo igualmente uma ferramenta de salvaguarda das produções animais, com impacto considerável na economia das explorações agropecuárias e das alimentares.^[20] Os medicamentos de uso veterinário que fazem parte do *stock* desta farmácia são, sobretudo, desparasitantes (de uso externo como Advantix® ou Frontline® e de uso interno como o Tenil Vet® ou o Strongid®), antibióticos, anti-sépticos, anticoncetivos e de uso auricular, ou seja, medicação para situações pontuais.

Existe medicação de uso humana que pode ser usada também por animais, desde que com diferente posologia e duração de tratamento, sendo frequentemente indicada por veterinários. Senti dificuldades a este nível uma vez que a formação do MICEF não foca este tema, uma falha cuja colmatação merece consideração no futuro, pelo que quando surgiam situações em que a toma do medicamento não era especificada pelo veterinário tive de recorrer à experiência dos membros da equipa e adquirir conhecimento desta forma.

3.8 Medicamento homeopático

Define-se medicamento homeopático como aquele obtido a partir de substâncias denominadas *stocks* ou matérias-primas homeopáticas, de acordo com um processo de fabrico descrito na farmacopeia europeia ou, na sua falta, em farmacopeia utilizada de modo oficial num Estado membro, e que pode conter vários princípios ativos obtidos a partir de *stock*.^[21]

Apesar de a farmácia possuir medicamentos destes em *stock* (como o Stodal® e Bequisan®) a dispensa destes é rara, sendo que durante o estágio nunca presenciei a venda de nenhum.

3.9 Suplementos alimentares, produtos fitoterapêuticos e naturais

Existe uma ideia popularizada de que “o que é natural é bom” e que os “medicamentos só nos põem mais doentes”, pelo que há grande adesão a estes produtos como alternativa à medicação convencional ou para otimizar o estado de saúde, mesmo que os utentes não sofram de patologias. A esta ideia está associada a inocuidade destes produtos, pelo que cabe ao farmacêutico alertar sobre os perigos de não cumprir a posologia nem a duração do tratamento e sobre as possíveis interações que os produtos podem ter com os medicamentos habituais.

Os produtos fitoterapêuticos são aqueles que tem exclusivamente como substâncias ativas uma ou mais substâncias derivadas de plantas, uma ou mais preparações à base de plantas ou uma ou mais substâncias derivadas de plantas em associação com uma ou mais preparações à



base de plantas. ^[22] Nesta farmácia os produtos fitoterapêuticos mais vendidos eram à base de valeriana (tratamentos de insónia) e ginkgo biloba (intensificação de capacidades cognitivas).

Os suplementos alimentares tem cada vez mais procura para uma diversidade de necessidades. Nesta farmácia são muito requisitados suplementos alimentares para a concentração e memória (como o popular Sargenor®, ou Viterra®) para emagrecimento, para fortalecimento de articulações (Chondroitin®), fadiga muscular (Magnesium OK®) ou o conhecido multi-vitâmico Centrum®. A linha dos produtos Bioactivo da Pharma Nord® é muito popular dado que apresenta suplementos direcionados a cada necessidade. Todavia há que ter em conta que, apesar de não estarem sujeitos a farmacovigilância (uma vez que não são da responsabilidade do INFARMED I.P. mas sim do Gabinete de Planeamento e Políticas (GPP) do Ministério da Agricultura, Mar, Ambiente e Ordenamento do Território) ^[23], não estão isentos de efeitos adversos, pelo que cabe ao farmacêutico aconselhar o utente sobre o mais adequado ao seu estado de saúde.

3.10 Dietéticos e produtos de alimentação especial

Os alimentos dietéticos destinados a fins medicinais específicos são uma categoria de géneros alimentícios destinados a uma alimentação especial, sujeitos a processamento ou formulação especial, com vista a satisfazer as necessidades nutricionais de utentes e para consumo sob supervisão médica. ^[24]

Os produtos de alimentação especial são definidos como aqueles que, devido à sua composição especial ou a processos especiais de fabrico, adequam às necessidades nutricionais especiais de determinadas categorias de pessoas. ^[25]

Dado que a farmácia usufrui da colaboração de uma nutricionista, é habitual existirem sempre em *stock* dietéticos e destoxificantes (nomeadamente produtos da gama Dieta+® e Nutradvance®). Estes não substituem uma alimentação equilibrada e devem ser associados a um estilo de vida saudável.

Outro tipo de produtos que fazem parte do *stock* habitual da farmácia são os leites e as farinhas para crianças, sendo que a principal linha vendida neste campo é a Nutriben®. O leite materno é recomendado como alimento exclusivo do lactente até aos 6 meses de idade e daí até aos 2 anos ser suplementado com papas. ^[26] Os leites são agrupados em função da idade da criança e podem ainda ser adaptados a formulações especiais, como os leites anti-regurgitantes (AR) e leite hipoalergénicos (AH). As farinhas também são agrupadas consoante a idade da criança e, além deste critério, são ainda divididas consoante a sua confeção requer água ou leite; na primeira utilização deve optar-se por farinhas preparadas à base de água para evitar o desenvolvimento de intolerância à lactose.



Apesar da baixa natalidade, a venda deste tipo de produtos continua a ser considerável pelo que esta farmácia aposta neste tipo de produtos, além de boiões, papas e infusões. Por este motivo é bastante frequentada por casais com crianças.

3.11 Dispositivos Médicos

Os dispositivos médicos são produtos destinados “ pelo fabricante a ser utilizado em seres humanos para fins de diagnóstico, prevenção, controlo, tratamento ou atenuação de uma doença; diagnóstico, controlo, tratamento, atenuação ou compensação de uma lesão ou de uma deficiência; estudo, substituição ou alteração da anatomia ou de um processo fisiológico; controlo da concepção”. ^[27] Consoante a finalidade declarada pelo fabricante, da duração do contacto com o organismo, área corporal ou tecido biológico, da invasibilidade do corpo humano e da zona anatómica implicada, os dispositivos são classificados em 4 classes de risco: I (baixo); II-A (médio-baixo), II-B (médio-alto) e III (alto). ^[27]

Atualmente existem inúmeros dispositivos médicos comercializados mas na Farmácia Central os mais procurados são o material ortopédico (meias de compressão e cintas elásticas), o material de penso (ligaduras e compressas) e os dispositivos de autodiagnóstico (testes de gravidez), os quais tive oportunidade de dispensar.

3.12 Produtos dermocosméticos e de higiene corporal

Nesta categoria inclui-se “qualquer substância ou preparação destinada a ser posta em contacto com as diversas partes superficiais do corpo humano, designadamente epiderme, sistemas piloso e capilar, unhas, lábios e órgãos genitais externos, ou com os dentes e mucosas bucais, com a finalidade de, exclusiva ou principalmente, os limpar, perfumar, modificar o seu aspecto, proteger, manter em bom estado ou de corrigir os odores corporais”. ^[28] Apesar da sua vertente estética, este tipo de produtos pode ter aplicação terapêutica, sobretudo em condições dermatológicas.

A farmácia trabalha com diversas marcas comerciais líderes de mercado nos cuidados da pele como a Vichy®, Avène®, La Roche Posay®, Uriage®, Bioderma®, La Roc®, etc.

Durante o meu estágio na farmácia tive a oportunidade de assistir a uma formação do laboratório Leti®, nomeadamente acerca do lançamento da sua nova linha direcionada para peles atópicas: LetiAT4®. Ao contrário dos restantes produtos do mercado, cuja janela de atuação por vezes não abrange as peles atópicas, devido a estas serem extremamente sensíveis, esta linha apresenta uma gama de produtos completa e específica para o tratamento desta patologia, que atua não só nos cuidados diários da pele atópica como também na fase de exacerbação.



Outra formação a que tive oportunidade de assistir foi sobre o óleo Bio-Oil®, uma combinação de extratos de plantas e vitaminas que ajuda a melhorar a aparência de cicatrizes, estrias e tons de pele irregulares, sendo também eficaz no envelhecimento da pele e na desidratação.

Este tipo de formações ajudou a consolidar os meus conhecimentos sobre dermatologia e auxiliar o meu aconselhamento a utentes com necessidades dermatológicas específicas.

4) CUIDADOS E SERVIÇOS FARMACÊUTICOS

Com a existência de cada vez mais pontos de venda de MNSRM e outro tipo de produtos farmacêuticos em locais que não são farmácias, nunca foi tão urgente demonstrar o valor da nossa profissão como agente de saúde, cuja função se estende muito além da dispensa de medicamentos. Temos a obrigação de educar a população a nível geral sobre programas de saúde pública e a nível individual entrevistar os utentes, de forma a promover o uso racional do medicamento. Distinguimo-nos também por, segundo a Portaria n.º 1429/2007, de 2 de novembro, estar aptos a realizar serviços, como as medições de parâmetros bioquímicos (glicemia, colesterol, triglicerídeos, etc.), medições de tensão arterial, medição do peso, administração de injetáveis, entre outros.^[29]

Durante o meu estágio realizei todas as seguintes medições, o que me proporcionou uma oportunidade de dedicar atenção ao utente num ambiente mais privado, onde este se sente mais à vontade para expor os seus problemas de saúde, aproximando a relação farmacêutico-utente. Estas medições ocorreram no gabinete de atendimento personalizado e também no rastreio de risco cardiovascular organizado pela farmácia (mais detalhe na parte 2 do relatório). Todas estas medições têm como finalidade não só detectar patologias, como possibilitar a monitorização do estado de saúde, inclusive confirmar se a medicação prescrita para essa patologia está adequada ou se é necessário o médico alterar a posologia ou ajustar a dose.

4.1 Medição da Tensão Arterial (TA)

Em Portugal existem cerca de dois milhões de hipertensos, porém destes apenas 50% sabem que sofrem desta patologia, só 25% estão medicados e só 11% têm a tensão efetivamente controlada.^[30] Estes dados refletem a falta de controlo que existe na população no controlo deste parâmetro, pelo que é da responsabilidade do farmacêutico alertar para os riscos associados à doença e à necessidade de medir este parâmetro, podendo este ser medido nas farmácias. Os valores de referência são os referidos na Tabela 1.

**Tabela 1 - Classificação da tensão arterial (adaptado de ^[30])**

Máxima (mmHg)	Mínima	Classificação
Até 120	Até 80	Normal
120-139	80-89	Pré-hipertensão
140-159	90-99	Hipertensão arterial estágio 1
>160	>100	Hipertensão arterial estágio 2

Após um repouso de 15 min, o utente deve estar sentado, com o braço esticado e sem roupa/objetos muito apertados que produzam um efeito garrote no braço e em silêncio durante a medição. ^[30]

Há que ter em conta os fatores que influenciam os valores obtidos, como o estado de saúde, sendo que o tabagismo, a obesidade, as dislipidemias e os diabetes são fatores de risco para a hipertensão. Outros que também influenciam os valores, a um nível mais pontual, são a prática de exercício físico, o estado emocional (o *stress* aumenta a tensão arterial), a medicação habitual, a alimentação, os estimulantes (como café), o repouso e a temperatura ambiente, pelo que é aconselhável perceber os hábitos de vida do utente, efetuar mais do que uma medição e manter um registo desses valores. ^[30]

4.2 Medição da Glicémia

Como já foi referido, a Diabetes é uma doença com muita relevância no nosso país, pelo que há um grande número de utentes que procuram este serviço na farmácia.

Antes da medição há que averiguar se o utente está em jejum ou se ingeriu algo, uma vez que os valores são influenciados pela alimentação. No caso de se verificarem valores próximos do limite é essencial aconselhar o controlo da alimentação, redução do consumo de açúcares, a prática regular de exercício físico, bem como uma monitorização frequente dos valores. Caso os valores estejam extremamente elevados há que tentar determinar a causa e aconselhar a consulta médica para realização de exames. Os valores de referência são os referidos na Tabela 2.

Tabela 2 - Classificação da glicémia (adaptado de ^[31])

Jejum	2 horas depois da refeição	Classificação
<70 mg/dL	<70 mg/dL	Hipoglicemia
70-100 mg/dL	70-140 mg/dL	Normal
100-126 mg/dL	140-200 mg/dL	Pré-diabetes
>126 mg/dL	>200 mg/dL	Diabetes



4.3 Medição do Colesterol total

Este parâmetro é determinante no fator de risco cardiovascular, juntamente com os parâmetros referidos anteriormente, pelo que também é importante a sua medição regular. Os valores de colesterol não são tão influenciados pela alimentação como na glicemia, pelo que a sua medição não requer jejum. Ao realizar o aconselhamento do utente deve-se enfatizar a importância de um estilo de vida saudável, com uma alimentação equilibrada, prática regular de exercício físico, manutenção de peso adequado e redução do consumo de álcool. Por vezes, mesmo com a adoção destas medidas os valores podem estar inadequados, uma vez que as causas podem ser hereditárias. No caso de os valores serem muito elevados (acima de 200 mg/dL) deve aconselhar-se a consultar o médico para recorrer a medidas farmacológicas.

4.4 Teste de gravidez

Durante o meu estágio surgiu a oportunidade de realizar este teste a uma utente. Através da urina deteta-se rapidamente a hormona gonadotrofina coriónica humana (hCG), que normalmente apenas é encontrada em mulheres grávidas. Idealmente deve ser usada a primeira urina da manhã, altura em que a concentração da hormona é maior. No entanto poderá ser feito a qualquer hora do dia. A determinação é feita com recurso aos usuais testes vendidos no mercado.

4.5 Controlo do peso corporal

Como foi já referido, a farmácia tem ao dispor dos utentes uma balança automática que determina o peso e a altura do utente.

4.6 Administração de Vacinas não incluídas no Plano Nacional de Vacinação

A Portaria n.º 1429/2007 de 2 de Novembro permitiu às farmácias a prestação de uma nova série de serviços, nomeadamente a administração de vacinas não incluídas no Plano Nacional de Vacinação. A administração deverá ser executada por farmacêuticos com formação adequada reconhecida pela Ordem dos Farmacêuticos.

5) PROGRAMAS EM QUE A FARMÁCIA PARTICIPA

5.1 VALORMED

O VALORMED é um sistema autónomo de gestão de resíduos de medicamentos, resultante da colaboração entre a Associação Portuguesa da Indústria Farmacêutica (APIFARMA), ANF e a Associação de Grossistas de Produtos Químicos e Farmacêuticos (GROQUIFAR), com a finalidade de conduzir estes resíduos a um processo de recolha e tratamento seguros. Recolhe embalagens vazias e produtos fora de uso entregues pelos cidadãos



nas farmácias comunitárias, ou gerados nas farmácias hospitalares e também das embalagens de medicamentos e produtos de uso veterinário provenientes das explorações agrícolas. ^[32]

Existe muita adesão dos utentes a este programa. Os resíduos que trazem à farmácia são depositados num caixote, que depois de cheio é selado, pesado e enviado por um dos distribuidores para o destino final.

5.2 Farmácias Portuguesas

Grande parte das farmácias portuguesas aderiu a este programa, incluindo esta farmácia. A este programa está associado um cartão de saúde que permite acumular pontos por cada euro despendido em compras efetuadas em farmácias, não abrangendo os medicamentos sujeitos a receita médica. Esses pontos podem ser rebatidos em produtos e serviços farmacêuticos presentes num catálogo que é atualizado a cada trimestre. ^[33]

Uma vez que esta farmácia oferece promoções vantajosas, este sistema não tinha muita adesão por parte dos utentes da farmácia. Os utentes não habituais pareciam não familiarizados com este sistema, pelo que considero que o seu funcionamento assim como as vantagens associadas não se encontram muito divulgadas.

6) CRONOGRAMA

Tabela 3 - Actividades desenvolvidas na Farmácia Central durante o período de Maio a Agosto

Actividades	Maio	Junho	Julho	Agosto
Aprovisionamento	X	X		
Receção de Encomendas	X	X	X	X
Serviços Farmacêuticos		X	X	X
Aviamento de Receitas		X	X	X
Aconselhamento sob Supervisão			X	X
Medicamentos Manipulados			X	
Processamento do Receituário		X	X	
Formações		X	X	
Gestão da Farmácia			X	X

7) CONCLUSÃO

Os 4 anos e meio de duração deste curso oferecem-nos múltiplas ferramentas no domínio do conhecimento teórico e laboratorial acerca das ciências associadas à prática de



farmácia. Isto, porém, não altera o enorme contraste entre o ambiente académico e o ambiente do mundo de trabalho. Pude observar como a gestão de uma farmácia exige imensa experiência e visão, sobretudo na situação de instabilidade económica atual.

Este estágio foi extremamente enriquecedor. As várias atividades que tive oportunidade de realizar deram-me a conhecer o funcionamento de uma farmácia comunitária, desde a gestão das encomendas à dispensa de medicamentos, assim como a importância da dinâmica de equipa para permitir o melhor serviço possível ao utente. As diversas situações que surgiram na farmácia permitiram-me ainda pôr em prática o conhecimento científico adquirido previamente em meio académico e conhecer a composição dos vários medicamentos existentes no mercado, sobretudo os de venda livre, o que me ajudou a saber quais recomendar em cada caso, com a valiosa ajuda da equipa técnica.

O exercício de farmácia comunitária acarreta uma enorme dose de responsabilidade. Representamos o ponto mais acessível e mais imediato para o utente contactar com o SNS, pelo que nos é possível deparar com qualquer tipo de situações, sejam elas de gravidade ligeira ou maior. Uma vez que se trata da profissão de saúde pública que domina o maior número de valências nesta área, convém reforçar o interesse na constante atualização de informação, de modo a acompanhar o mercado do medicamento, que se encontra em constante evolução com as descobertas que se realizam todos os dias, otimizando assim a indicação do medicamento mais adequado às necessidades do utente.

A imagem do farmacêutico perante o público deve transmitir confiança no domínio do uso do medicamento e noutras medidas de saúde pública. Infelizmente, tem-se vindo a verificar uma deterioração desta mesma imagem perante a comunidade, passando de uma fonte de informação valiosa para um simples “empregado” que se limita a dispensar os medicamentos, com a pressuposta obrigação de servir o utente com qualquer fármaco à sua escolha, mesmo que não acompanhado de receita médica. Isto deve-se à prática corrente do facilitismo ao acesso indiscriminado do medicamento, quer este seja sujeito a receita médica ou de venda livre, sendo que a maior disponibilidade destes últimos, sobretudo em pontos de venda sem a presença de um farmacêutico, estimula a perigosa prática da automedicação, que é exacerbada ainda pelo atual acesso fácil de informação, o que transmite ao utente a ideia de autodidatismo. De facto, durante este estágio era frequente presenciar situações de pedido de dispensa de antibióticos e benzodiazepinas sem a presença de receita, ao que os utentes se revelavam surpreendidos quando informados da exigência desse documento.

Outra situação com que me deparei diariamente foi a ignorância dos utentes relativamente à própria medicação que tomavam, por vezes a um nível assustador, sendo que, além de desconhecer o nome do medicamento e a sua dosagem, muitas vezes nem sabiam sequer a sua função, fixando somente o aspeto das embalagens. Isto era extremamente frequente com idosos, visto que tem maior dificuldade de aprendizagem e a memória debilitada, o que



dificulta que se apercebiam se o médico efetua alterações na medicação, sendo nestes casos difícil para o farmacêutico perceber se a alteração foi propositada ou lapso da parte do médico. O facto de apenas fixarem o aspeto das embalagens dificulta também a troca por medicamentos do mesmo grupo homogéneo (dado que o aspeto das embalagens varia consoante o laboratório) e a sua desconfiança perante embalagens novas por vezes obriga a que se recusem a levar o medicamento, seja ele genérico ou de marca, sendo que os genéricos são ainda vistos como de qualidade inferior comparativamente à marca. Uma vez que é habitual os idosos não ficarem totalmente esclarecidos aquando da consulta médica, a intervenção farmacêutica ganha então maior pertinência.

Retrata-se assim um claro exemplo da importância da nossa profissão não só em garantir a progressão adequada da cadeia do medicamento como na transmissão de informação de assuntos de saúde à população, sejam de cariz medicamentoso ou não. Assim, termino este estágio ciente do enorme peso do farmacêutico comunitário na sociedade e assumindo o compromisso de valorizar e respeitar esta imagem, desempenhando esta função sempre com profissionalismo e dedicação ao utente de forma a perpetuar o bom nome da profissão.



PARTE 2

TEMAS DESENVOLVIDOS E CASOS DE ESTUDO



1) OBESIDADE

1.1 Seleção do tema

Durante o meu período de estágio surgiu-me a ideia de realizar uma apresentação dirigida a um público escolar. Para tal contactei a administração de uma escola próxima da minha residência que teve a amabilidade de me propor a realização de uma palestra sobre um tema de saúde no âmbito das atividades do Dia do Agrupamento, um dia direcionado à abertura da escola ao exterior, através da exposição de trabalhos realizados pelos alunos e de palestras por parte de convidados ou entidades externas sobre temas variados como cultura ou responsabilidade social.

Relativamente à escolha do tema em si, ocorreu-me devido ao grande destaque dado à doença nos meios de comunicação, por se tratar de um problema de saúde pública que afeta em grande escala a nossa sociedade e sobretudo por começar a afetar idades cada vez mais jovens, pelo que considerei relevante abordar este tema junto das faixas etárias escolares.

1.2 Introdução

A nossa percepção do que é normal alterou-se ao ponto de considerar-se normal ter excesso de peso. É bem conhecido o impacto da obesidade na sociedade, sendo considerada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) a epidemia global do século XXI, com uma prevalência igual ou superior à da desnutrição e das doenças infecciosas ^[34]. É um dos principais problemas de saúde pública no mundo inteiro, representando uma elevada despesa pelo número de pessoas que atinge, pelos custos diretos (de prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, investigação, formação e investimento) devido às doenças que lhe estão associadas e custos indiretos devido à redução de produtividade laboral que a doença acarreta ^[35]. É acima de tudo, um modelo de comportamento influenciado pela cultura e normas da sociedade, que se alastrou a níveis alarmantes e afetou as gerações futuras ao ponto de a esperança média de vida destas ser inferior à das anteriores.

O excesso de peso e a obesidade são definidos como o excesso de gordura corporal acumulada que pode prejudicar a saúde ^[36]. O excesso de peso é causado pelo balanço energético positivo, derivado da quantidade de energia consumida ser superior à dispensada, resultando na acumulação das calorias em excesso sob forma de células adiposas ^[37]. Este desequilíbrio pode dever-se a causas como dietas de elevada densidade energética (elevado teor em hidratos de carbono, lípidos saturados e álcool), inatividade física, má qualidade de sono, doenças que afetem o metabolismo e que propiciem a obesidade (como o hipotireoidismo) ou medicação cujos efeitos secundários incluam excesso de peso (sobretudo esteróides) ^[36, 38], sendo que as condições fisiológicas podem também predispor o excesso de peso, como no caso



da gravidez e menopausa ^[37]. O facto de se tratar de uma doença de difícil tratamento e dos hábitos causadores se perpetuarem tornam a obesidade uma doença crónica ^[37].

O aumento do consumo calórico revela-se como o principal responsável pela causa da doença, exacerbado pela expansão da indústria alimentar, que contribuiu com a redução do preço dos alimentos e o seu processamento (através da adição de açúcares, gorduras, sal e realçadores de sabor), além de ter disponibilizado em grande escala os doces e as bebidas açucaradas. Em 2007, 10,8% do consumo calórico da população adulta portuguesa derivou de ácidos gordos saturados (o máximo recomendado pela *Food and Agriculture Organization of the United Nations* (FAO) é apenas de 10%) e em 2010 o consumo de sal foi de 12,3 gramas diários, mais do dobro do que a quantidade recomendada pela FAO e OMS (menos que 5 gramas diários) ^[39].

As técnicas de *marketing* alimentar também são preponderantes no aumento do consumo ^[40]. O fraco esclarecimento do público em relação aos termos empregados nas embalagens cria confusões, como considerar os termos *diet* e *light* sinónimos, quando na realidade *diet* aplica-se a produtos que não possuem um determinado ingrediente (como açúcar ou sal), porém não implicando que sejam de baixo valor calórico; enquanto *light* aplica-se a produtos que possuem menos 50% de gordura por porção ou menos um terço do total de calorias em relação ao produto normal ^[41].

Estas técnicas revelam-se especialmente eficazes no caso das crianças, que são mais suscetíveis a preferir alimentos cujas características são realçadas por *marketing* sensorial. Dados de 2008 do Sistema Europeu de Vigilância Nutricional Infantil elaborado pela OMS e pelo Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (INSA) indicam que mais de 90% das crianças portuguesas consome *fast-food*, doces e bebe refrigerantes pelo menos quatro vezes por semana. Porém, outros fatores estão na origem do crescimento exponencial da obesidade juvenil. Segundo os mesmos dados, menos de 1% das crianças bebe água todos os dias e só 2% ingere fruta fresca diariamente. Quase 60% das crianças vão para a escola de carro e apenas 40% participam em atividades extracurriculares que envolvam atividade física ^[42].

Relativamente à atividade física, constatou-se que mais de metade da população portuguesa não pratica exercício regularmente (pelo menos 3 horas e meia por semana), sendo este hábito mais escasso há medida que a idade avança ^[37].

Outro fator a considerar no aumento da ingestão energética é o insuficiente período de sono, um problema recorrente da sociedade. Além do sono ser uma condição fisiológica vital para harmonizar o ritmo biológico nos processos de desenvolvimento e maturação, conservação de energia e consolidação de memória, é também um importante modulador endócrino e do metabolismo da glucose ^[43]. Está provado que o défice de sono causa diminuição da tolerância à glucose, menor sensibilidade à insulina, maiores níveis nocturnos de cortisol, maiores níveis de



grelina, menores níveis de leptina^[44]. Todos estes fatores combinados provocam um aumento da fome e do apetite, o que aumenta o risco de desenvolver obesidade e hipertensão^[44].

O sono desempenha um papel especialmente fundamental no desenvolvimento físico e emocional dos adolescentes, por se tratar de um período de intensa aprendizagem e diferenciação. Contudo, atualmente as pressões exercidas pelas suas atividades sociais e o uso excessivo da tecnologia levam a que o adolescente não cumpra um ciclo de sono adequado. Pesquisas tem mostrado resultados alarmantes a nível da regulação da glicémia em jovens que dormiam até 4 horas por noite por seis noites seguidas, sendo nesses casos, o nível de insulina comparável com estágios iniciais de diabetes^[43].

O maior poder de compra derivado do crescimento económico propicia o consumismo, que por sua vez estimula o crescimento económico e, consequentemente, um ambiente obesogénico^[45]. A recessão financeira global aumentou o desemprego e reduziu o poder de compra das famílias, forçando estas a optar pelo consumo de alimentos mais baratos (sobretudo enlatados *versus* alimentos frescos), que tendem a possuir menos benefícios nutritivos^[35].

Além dos fatores do ambiente a nível social, económico, cultural, há ainda que ter em conta fatores individuais a nível genético (o que faz com que exista uma tendência familiar) e comportamental, sendo que estas interações condicionam não só as preferências nas escolhas alimentares como a motivação por atividade física^[46].

1.3 Epidemiologia

A crescente prevalência da obesidade impõe-se como um dos maiores desafios de saúde a nível mundial, sendo que atualmente deixou de afetar apenas países desenvolvidos, crescendo exponencialmente também nos países em desenvolvimento^[36]. Estes últimos países estão sujeitos a dificuldades mais severas uma vez que, além da obesidade, continuam a lidar com outras doenças de larga escala, como a subnutrição e doenças infecciosas^[36]. Nestes a população mais afetada é tipicamente de meia-idade (especialmente mulheres) e pertencente à classe económica alta, enquanto nos países desenvolvidos afeta ambos os sexos e todas as idades mas sobretudo classes mais baixas^[37, 46]. Verificou-se ainda maior prevalência em caso de residência em zonas urbanas, menor grau de instrução e maior sedentarismo^[37].

Em 2014, 39% da população mundial adulta tinha excesso de peso (38% homens e 40% mulheres), 13% dos quais eram obesos^[45]. A prevalência da obesidade triplicou em muitos países da região europeia da OMS desde 1980, sendo que 52% da população europeia adulta é considerada obesa^[45]. A OMS estima que sem medidas de prevenção drásticas, em 2025 mais de 50% da população mundial será obesa^[37].

Portugal está entre os países com maior prevalência de obesidade adulta e infantil. Os dados da OMS revelam que em 2008 59,1% da população adulta portuguesa (maiores de 20 anos) tinha excesso de peso e 24% era obesa, com maior prevalência de obesidade nas mulheres



(26,3%) do que nos homens (21,6%), invertendo-se a situação na prevalência do excesso de peso (61,8% nos homens e 56,6% nas mulheres) ^[39].

Existe grande preocupação acerca do rápido crescimento do número de crianças obesas e com excesso de peso. Além de desenvolverem as mesmas complicações de saúde outrora só associadas a obesos adultos (incluindo Diabetes *Mellitus* (DM) tipo 2) ^[47], a probabilidade de desenvolverem obesidade no futuro é muito elevada. Nos países em desenvolvimento com económica emergente a taxa de aumento de obesidade infantil foi 39% superior à dos países desenvolvidos. ^[36] Em Portugal aos 11 anos, 32% das crianças têm peso a mais; nas de 7 anos, estima-se que 40,5% dos rapazes e 35,5% das raparigas têm excesso de peso ^[39]. No que diz respeito aos adolescentes, 31% dos rapazes e 18% das raparigas de 13 anos têm excesso de peso, sendo aos 15 anos este valor de 24% para rapazes e 17% para raparigas ^[39].

1.4 Diagnóstico

O Índice de Massa Corporal (IMC) classifica a corpulência em adultos consoante a altura do indivíduo, segundo a fórmula: $IMC = \frac{\text{Peso (kg)}}{\text{Altura}^2 (\text{m}^2)}$. Um indivíduo adulto é classificado como tendo excesso de peso quando o seu IMC se situa entre os 25 e os 30 kg/m² e obeso quando o seu IMC é igual ou superior a 30 kg/m² (Tabela 4). Este parâmetro é extremamente útil uma vez que é igual para ambos os sexos e para qualquer idade adulta, pelo que foi adotado internacionalmente ^[37].

Tabela 1 - Classificação do risco de obesidade (adaptado de ^[37])

IMC (kg/m ²)	Classificação	Risco de morbilidade
<18,5	Baixo peso	Baixo
18,5-24,9	Variação normal	Médio
25-29,9	Pré-obesidade	Moderado
30-34,9	Obesidade de Classe 1	Aumentado
35-39,9	Obesidade de Classe 2	Grave
≥ 40	Obesidade de Classe 3	Muito grave

No entanto, não deverá ser tido como única consideração na classificação, uma vez que não tem em conta outras medidas antropométricas como a distribuição de gordura e a percentagem de gordura corporal que, juntamente com o IMC, auxiliam a determinação das causas de excesso de peso nos indivíduos, particularmente importante quando estas não podem ser atribuídas ao excesso de massa gorda, como no caso de atletas e indivíduos com edemas e ascite, pelo é aconselhado considerar ainda o perímetro abdominal (Tabela 5), utilizando uma fita métrica, no ponto médio entre o rebordo inferior da costela e a crista ilíaca ^[36, 37]. Para avaliar o risco de mortalidade nos idosos, este parâmetro é ainda mais relevante do que o IMC ^[37].

**Tabela 2 - Circunferência da cintura e risco de complicações metabólicas (adaptado de [37])**

Circunferência da Cintura (cm)		
Homem	Mulher	Risco de complicações metabólicas
≥ 94	≥ 80	Aumentado
≥ 102	≥ 88	Muito aumentado

Devido à elevada dinâmica metabólica do crescimento e maturação pediátrico, existe uma enorme variabilidade inter e intra-individual do IMC e do perímetro abdominal nas crianças e adolescentes de ambos os sexos, pelo que neste período não existe um intervalo de valores de referência que defina pontos de corte para a pré-obesidade e obesidade [37]. Nestas faixas etárias, o critério de IMC utilizado é percentilado, tendo como base tabelas de referência (Tabela 6). As curvas do IMC permitem monitorizar o estado de nutrição e identificar não só os casos de obesidade como os de pré-obesidade. Este desvio é particularmente importante se o afastamento do percentil do IMC ocorrer fora dos períodos de deposição fisiológica de gordura (primeiro ano de vida e pré-puberdade) [48].

Tabela 3 - Classificação do risco de obesidade em crianças e adolescentes (adaptado de [37])

IMC (kg/m^2)	Classificação
$\geq$ percentil 85 e $<$ percentil 95	Pré-obesidade
$\geq$ percentil 95	Obesidade

1.5 Comorbilidades

A gravidade da obesidade é determinada pelo risco de desenvolvimento de doenças silenciosas, que contribuem em 75% para as causas de morte a nível global (Tabela 7).

Tabela 4 - Riscos relativos de doenças associadas à obesidade (adaptado de [37])

Grande	Moderado	Ligeiro
Diabetes tipo 2	Doença coronária	Cancro (mama, na pós-menopausa endométrio)
Doença vesicular	Hipertensão	Síndrome do ovário poliquístico
Dislipidémia	Osteoartrose (joelho)	Diminuição da fertilidade
Insulinorresistência	Hiperuricémia e gota	Dor lombar
Dispneia		Risco anestésico
Apneia do sono		Malformações fetais



Estas doenças refletem um estilo de vida sedentário aliado a hábitos de dietas inapropriadas e resultam numa menor esperança de vida assim como a pior qualidade de vida ^[36, 49-51].

O tipo de doença depende não só a quantidade de gordura corporal mas também do tipo morfológico de obesidade, sendo que a predisposição para a distribuição de gordura parece dever-se a factores genéticos ^[37].

A obesidade andróide, abdominal ou visceral caracteriza-se por tecido adiposo acumulado na metade superior do corpo, mais precisamente na zona intra-abdominal, e é típica do homem obeso ^[37]. Está diretamente relacionada com o desenvolvimento de insulinoresistência, responsável pela síndrome metabólica associada à obesidade, e como consequência associa-se a diabetes tipo 2, dislipidémia, hipertensão arterial, disfunção endotelial, síndrome do ovário poliquístico, doença coronária, doença vascular cerebral e morte ^[37].

No caso da obesidade ginóide, típica da mulher obesa, a gordura distribui-se sobretudo na metade inferior do corpo, particularmente na região glútea e coxas ^[37].

O aumento da gordura subcutânea, embora não se acompanhe de risco aumentado para a síndrome metabólica, está associado a doenças ortopédicas, apneia do sono e a problemas psicossociais graves, como discriminação, isolamento social e baixa auto-estima ^[37].

Na maioria dos obesos, pequenas perdas de peso (de 5 a 10% do peso inicial) melhoram não só a glicémia, a tensão arterial e os níveis de colesterol como ainda melhoram a dificuldade respiratória, a apneia do sono, a sonolência diurna e os problemas osteoarticulares ^[37]. Para obesos com IMC ≥ 40 poderá ser vantajoso considerar a cirurgia bariátrica, que permite atingir perdas de 20 a 30kg e benefícios substanciais, com reduções da tensão arterial na ordem dos 43% nos obesos hipertensos e melhoria dos níveis de glicemia em 69% nos diabéticos tipo 2 ^[37].

1.6 Prevenção da obesidade

Depois do tabagismo, a obesidade é considerada a 2.^a causa de morte passível de prevenção ^[37].

O principal hábito a controlar para obter um peso ideal é adotar uma dieta variada e equilibrada, assim como implementar hábitos saudáveis. As recomendações gerais para a população portuguesa, são as seguintes ^[36, 52]:

- Aleitamento materno nos primeiros meses de vida, pelo menos durante os primeiros seis meses;
- Consumo adequado de cereais e seus derivados, como o pão e outros, batatas e leguminosas;
- Aumento do consumo de produtos hortícolas e de frutos frescos;



- Redução do consumo de gorduras, em especial das gorduras sólidas e das sobreaquecidas, dando preferência ao consumo de azeite;
- Aumento do consumo de peixe;
- Redução do consumo de açúcar e de produtos açucarados;
- Redução do consumo de sal;
- Em caso de ingestão de bebidas alcoólicas, que esta seja feita com moderação. Grávidas, lactantes, crianças e jovens com menos de 17 anos nunca devem beber álcool;
- Consumo adequado de leite e seus derivados;
- Manutenção de um peso adequado à custa de um equilíbrio entre a ingestão alimentar e a actividade física (60 minutos por dia para as crianças e 150 minutos por semana para os adultos);
- Dormir 8 a 9 horas por noite;
- Ingestão alimentar variada e fraccionada em pelo menos cinco refeições diárias;
- Uma primeira refeição equilibrada logo após acordar.

A mudança de hábitos alimentares e o combate do sedentarismo é facilitada se o ambiente for positivo. Geralmente, trata-se de um problema familiar e, como tal, a abordagem de um elemento poderá beneficiar todos os membros da família.

Antes de efetuar qualquer dieta é recomendável consultar um médico e um nutricionista para que possa ser elaborado um plano alimentar adequado aos objectivos e às características individuais. A procura duma faixa de peso saudável e o combate ao excesso de peso e obesidade devem ser uma preocupação de todas as famílias e de todos os profissionais de saúde.

1.7 Trabalho prático desenvolvido: apresentação oral numa escola secundária

Dirigi-me a alunos de turmas do 8º A e 9º C da Escola Básica e Secundária Levante da Maia, sendo que estes estavam acompanhados pelas respetivas professoras de Ciências, através de uma apresentação focando o tema da obesidade, com o título “Obesidade: uns quilos a mais, uns anos a menos” (Anexo 10). A apresentação ocorreu no dia 12 de junho, na biblioteca, e teve duração de 1 hora.

Os alunos revelaram muito interesse no tema, sobretudo porque na fase da adolescência existe uma grande motivação para atingir uma forma física apelativa. Colocaram dúvidas sobretudo do foro nutricional, sobre os alimentos calóricos a evitar e sobre a alimentação mais adequada para quem pratica exercício. Além das dúvidas e comentários ao longo da apresentação participaram também na demonstração da determinação do IMC em voluntários, pelo que apesar de a apresentação ter sido um pouco longa existiu dinamismo e interação com os alunos.



Revelaram estar bem informados a nível de conhecimento geral sobre as complicações derivadas da doença e sobre os comportamentos de risco, o que demonstra a eficácia das campanhas de sensibilização do tema. Creio que ficaram bem esclarecidos sobre o tema o que leva a acreditar que através destas sessões informativas nestas fases precoces possam ser implementados estilos de vida saudáveis e assim ser invertida a tendência de crescente obesidade nacional.

2) DERMATITE ATÓPICA (DA)

2.1 Seleção do tema

A minha curiosidade por este tema foi suscitada durante o estágio na farmácia pela visualização de uma excelente apresentação da parte de uma delegada de informação médica sobre uma linha de produtos direccionados para a pele atópica, que me fez perceber que se trata de uma condição médica que afecta um grande número de pessoas e sobre a qual não existe muita informação para o público em geral. Também me pareceu uma boa oportunidade de aplicar e aprofundar os conhecimentos de dermatologia de forma a melhorar as minhas capacidades de atendimento nestas situações.

2.2 Introdução

Uma das principais funções da epiderme é servir de barreira protetora, sendo determinante para tal a composição da camada mais externa da pele, o estrato córneo. Este é constituído principalmente por corneócitos (queratinócitos) e por uma matriz extracelular rica em lípidos, o que cria uma barreira capaz de reter água e de prevenir a entrada de patógenos e de alérgenos. Quando esta capacidade está comprometida, a pele passa a sofrer as consequências de agressões físicas, químicas ou biológicas ^[53].

A DA é uma doença benigna e não contagiosa de inflamação crónica pruriginosa nas camadas superficiais da pele e costuma afectar indivíduos que têm febre dos fenos, asma, eczema ou então familiares com estas doenças, não sendo no entanto consequência directa destas. ^[54] O termo “dermatite” (eczema) refere-se a inflamação das camadas superficiais da pele e “atópico” refere-se a uma tendência para desenvolver reacções alérgicas, uma vez que existe uma tendência, por vezes hereditária, para produzir uma quantidade excessiva de anticorpos, como a imunoglobulina E (IgE), em resposta a estímulos diferentes ^[54, 55].

Segundo o ponto de vista fisiopatológico, a DA foi classificada em extrínseca e intrínseca: a extrínseca (ou alérgica) atinge 70% a 80% dos doentes com DA e relaciona-se com sensibilização contra alérgenos ambientais e níveis elevados de IgE; a intrínseca (ou não alérgica), que ocorre em 20% a 30% dos casos, é acompanhada de baixos níveis de IgE e ausência de detecção de sensibilização alérgica ^[53].



As exacerbações podem ter causas variadas como o *stress* emocional (que induz a libertação pelo hipotálamo de hormona libertadora de corticotrofina (CRH), estimulando a síntese do cortisol, que terá um efeito imunossupressor), as variações de temperatura e de humidade, as infecções bacterianas da pele, alérgenos (pólen, bolor, poeira, pêlo animal, ácaros domésticos, etc.), gripes e constipações, contacto com peças de vestuário irritantes (especialmente a lã e fibras sintéticas), químicos industriais (incluindo álcool, aromatizantes e tintas), e ainda secura da pele (devido por exemplo a banhos quentes). Nas crianças pequenas podem ser desencadeadas por alergias alimentares, como o leite de vaca, a clara de ovo e o trigo [53,54].

Os dois distúrbios principais da DA são a disfunção da barreira cutânea e da resposta imunológica havendo uma interrelação entre os dois, o que ocasiona um círculo vicioso, apesar do mecanismo patogénico ainda não estar totalmente esclarecido e de ter sido demonstrado também o envolvimento de factores genéticos (como a mutação do gene da filagrina (FLG [56]), ambientais e psicossomáticos [53, 55].

A xerose ou pele seca na DA está relacionada a alterações da diferenciação epidérmica e ao aumento da perda de água trans-epidérmica. Na DA os queratinócitos tendem a agregar-se, são menores, com renovação celular reduzida, e contêm menor quantidade de aminoácidos hidrossolúveis derivados da filagrina, que exerce um papel importante no controlo da permeabilidade trans-epidérmica [53].

Os lípidos extracelulares são compostos essencialmente por ceramidas (45%-50%), colesterol (25%) e ácidos gordos livres (10%-15%). Na DA as ceramidas estão significativamente reduzidas (por alterações das enzimas que agem no seu metabolismo e por acção de produtos bacterianos (glicerofosfolípidos) que funcionam como ceramidases), assim como as esfingosinas (também devido ao grau de colonização bacteriana, uma vez que estas substâncias têm propriedades antibacterianas) e os ácidos gordos, o que afecta a integridade da barreira a agentes agressores [53].

Observou-se que os doentes com dermatite atópica apresentam outras alterações na imunidade inata: os queratinócitos expressam menos *toll-like receptors* (TLRs, recetores que têm como função de reconhecer patógenos) e menores níveis de CD14, (um receptor encontrado em monócitos e em queratinócitos, que reconhece componentes da parede bacteriana, especialmente os lipopolissacarídeos) [53].

A nível de imunidade adaptativa observam-se alterações nas células dendríticas, que se localizam à superfície da pele e mucosas e cuja função é apresentar antígenos. Nos doentes com DA a superfície destas células apresenta um aumento na expressão de recetores de alta afinidade para IgE (FcεRI), o que aumenta a eficiência na apresentação de antígenos às células T e acelera o processo inflamatório [53].



Esta alteração da permeabilidade trans-epidérmica e da imunidade reduz o limiar de sensibilidade para o prurido e cria uma vontade incontável de coçar, o que estimula mecanicamente os queratinócitos a libertar quantidades aumentadas de GM-CSF (factor de crescimento de colónias de granulócitos-monócitos), TNF α (factor de necrose alfa) e IL-1 β (interleucina-1 β). Estas citocinas pró-inflamatórias contribuem para o recrutamento de células inflamatórias e perpetuação da resposta inflamatória na pele ^[53].

Como consequência dos níveis reduzidos de lípidos, da queratinização anormal e do trauma mecânico de coçar, a função de barreira do estrato córneo fica comprometida, o que cria uma porta de entrada para patógenos e para alérgenos, permitindo a proliferação de bactérias e provocando infecções e inflamações, agravando o problema ^[53].

2.3 Incidência

A incidência cumulativa de dermatite atópica tem vindo a aumentar nas últimas quatro décadas, especialmente em países de cultura ocidental, sendo que tal poderá ser justificado pela hipótese da higiene, que associa o menor contacto com determinados vírus e bactérias ao estilo de vida nas cidades ocidentais, não se estimulando os sectores específicos do sistema imunológico e contribuindo assim para uma maior intensidade da resposta alérgica ^[53, 57].

2.4 Sintomas

Os atópicos tem a pele seca e áspera, em consequência da incapacidade para reter a água necessária para a hidratação na camada córnea da epiderme, mas também devido a uma insuficiente produção de sebo e suor. Aliado à xerose, à diminuição do limiar de sensibilidade para o prurido e ao facto de sentirem comichão quando transpiram, estão a coçar permanentemente o corpo, pelo que a pele é frequentemente escoriada, o que torna as crianças impertinentes e com perturbações no sono ^[53].

Os sintomas variam consoante o doente se encontra numa fase de remissão (sem sintomas), de prurido ou numa fase de exacerbação, caracterizada por placas de eczema inicialmente vesiculosas e posteriormente descamativas que, muitas vezes, provocam bolhas, vermelhidão, inflamação, supuração, crostas, escamação e hemorragia ^[55].

O tipo de lesões e a sua distribuição dependem da idade. Em 85% das vezes a DA afecta normalmente as crianças, podendo surgir tão cedo como a partir dos 2 a 6 meses de vida ^[53, 55]. Na forma infantil as lesões são exsudativas e apresentam eczemas, sendo que os bebés podem desenvolver lesões vermelhas, exsudativas e com crostas na cara, no couro cabeludo, na zona das fraldas, nas mãos, nos braços, nos pés ou nas pernas ^[53]. Normalmente, a dermatite desaparece aos 3 ou 4 anos de idade, apesar das exacerbações ressurgirem com frequência, sobretudo durante a puberdade, desencadeado pelas alterações hormonais e por produtos de higiene facial não adequados, sendo que na forma juvenil o eczema é mais seco, tendendo à



liqueinificação e com localização preferencial nas flexuras dos joelhos e cotovelos ^[53]. Nos adultos a doença costuma desaparecer mas nos casos afetados as lesões costumam ser mais disseminadas e apresentar-se (e reaparecer) numa determinada zona ou em qualquer outra região, especialmente na parte superior dos braços, na parte anterior dos cotovelos ou por trás dos joelhos, podendo também surgir no pescoço, mãos e pés ^[54, 55]. Na forma adulta a pele apresenta-se seca, descamativa, espessada, com liqueinificação acentuada nas flexuras e de controlo clínico mais difícil ^[53].

2.5 Diagnóstico

Podem ser necessárias várias visitas até que o médico consiga fazer o diagnóstico, podendo mesmo ser necessário uma biópsia da pele ^[55]. O diagnóstico é feito em função das características próprias das lesões e considerando a existência de possíveis alergias noutros membros da família. Não existe nenhuma análise para detetar a DA, apesar dos afetados tirarem resultados positivos em testes de alergias cutâneas, o que dificulta a uniformização do diagnóstico e a realização de estudos epidemiológicos ^[53-55]. Apesar de a DA poder parecer-se muito com a dermatite seborreica das crianças é fundamental diferenciá-las, pois as suas complicações e tratamento são diferentes ^[54].

2.6 Tratamento

Não existe cura, mas certas medidas profiláticas podem ser benéficas para evitar as erupções, uma vez que a pele atópica é particularmente sensível e não suporta o tipo de agressões que as peles normais suportam (Tabela 8).

Tabela 5 - Medidas não farmacológicas no tratamento da pele atópica (adaptado de ^[54, 55])

Evitar:	Optar por:
Substâncias irritantes	Aplicar hidratante logo após o banho e ao longo do dia
Banhos quentes e prolongados	Banhos mornos e menos frequentes
Lãs e fibras sintéticas	Vestuário confortável
Sabonetes e detergentes agressivos	Óleos e cremes hidratantes gordurosos e inodoros
Secar agressivamente a pele com toalha após o banho	Secar ligeiramente a pele



Coçar as lesões	Evitar coçar e manter as unhas curtas*
Transpirar em excesso	Vestuário que permita a pele respirar (roupas de algodão)
Ambientes aquecidos, secos e com poluição aérea	Ambientes de temperatura amena e bem arejados

* Reduz o dano ao coçar e diminui risco de infecção

De modo geral o básico é evitar qualquer tipo de substâncias irritantes e manter uma boa hidratação cutânea. No tratamento da xerose, o objectivo é repor o estado fisiológico do filme hidrolipídico da camada córnea da epiderme. Durante o banho devem ser usados óleos de banho e após o banho devem ser aplicados emolientes, com a pele ainda húmida ^[53].

Os principais emolientes classificam-se em emulsões tradicionais e não tradicionais. Dentre as tradicionais, existem as preparações em água-óleo, que evitam a perda trans-epidérmica da água e ajudam na manutenção da hidratação cutânea, sendo exemplo os unguentos, que contém vaselina e lanolina. As preparações óleo-água podem ser úteis nos casos de estágios subagudos, onde a quantidade de água presente na formulação pode determinar efeito calmante para a pele, porém o seu poder de hidratação não costuma ser suficiente. As formulações sem os emulsificantes tradicionais representam novos produtos no mercado, são menos irritantes e melhor toleradas. Como exemplos existe o DMS (*derma-membrane structure*), o *cold cream* (reúne propriedades de um creme hidrofóbico e hidrofílico), ceramidas, NMF (*natural moisturizing factor*), vitamina E e outros anti-oxidantes que são incorporados aos emolientes para aumentar sua eficácia. Na DA evita-se o uso de lactato de amónia e de uréia em altas concentrações, pois podem causar irritação da pele ^[53].

A nível de tratamento da inflamação, recomenda-se a utilização de medicamentos de uso tópico. Os cremes ou unguentos com os corticosteróides têm ação anti-inflamatória através da inibição da atividade das células dendríticas e dos linfócitos e da inibição da síntese de citocinas pró-inflamatórias, pelo que são os agentes de primeira linha nas exacerbações agudas ^[53, 54]. Estes distribuem-se por uma escala consoante a sua potência, como os de baixa potência (hidrocortisona), passando pelos de média potência (valerato de betametasona) até aos de alta potência (dipropionato de betametasona com propilenoglicol e o propionato de clobetasol) ^[58]. Deve-se iniciar o tratamento com corticosteróides de baixa potência e nas lesões agudas ou crónicas, moderadas ou graves, usar os de potência moderada, pois os resultados serão mais rápidos, encurtando-se o tempo de uso ^[53]. Os corticosteróides de uso tópico potentes são absorvidos pela corrente sanguínea, podendo causar graves efeitos adversos, pelo que não é recomendável que sejam aplicados sobre grandes áreas e por tempo prolongado, especialmente nas crianças ^[54]. Nas zonas de absorção muito elevada (região genital, face, axilas, virilhas) só



devem ser usados corticosteróides de baixa a média potência ^[53, 58]. Devem ser aplicados uma a duas vezes ao dia, fora do período de hidratação ^[53]. Há que ter em atenção o tipo de formulação, dado que a pomada apresenta maior poder de hidratação do que o creme e este mais do que uma loção ^[53]. Se um creme ou um unguento corticosteróide perder a eficácia, pode ser substituído por vaselina (do petróleo) durante uma semana ou mais para de seguida repetir o tratamento, aumentando assim a sua eficácia ^[54].

Entre os efeitos adversos normais dos corticosteróides tópicos está a atrofia cutânea, estrias, alterações de pigmentação, fragilidade vascular e erupção acneiforme ^[53]. Os corticosteróides sistémicos (em comprimidos e em cápsulas) também podem provocar graves efeitos colaterais, sobretudo nas crianças, como travar o crescimento, enfraquecer os ossos e inibir a função das glândulas supra-renais, além de que os seus efeitos benéficos são apenas temporários, pelo funcionam como último recurso para os indivíduos de tratamento difícil ^[54].

Os anti-histamínicos de primeira geração (difenidramina, hidroxizina) aliviam os sintomas de prurido, em parte por atuarem como sedativos, auxiliando as dificuldades em dormir devido à comichão. Como estes fármacos podem causar sonolência, é melhor aplicá-los à noite ^[53, 54].

Para as formas graves e refratárias à terapêutica convencional da dermatite atópica, foram introduzidos os imunomoduladores de aplicação tópica (para idades superiores a 2 anos) como o tacrolímus e o pimecrolímus, que são inibidores da calcineurina, uma proteína citoplasmática presente em diversas células, incluindo linfócitos e células dendríticas, e sua inibição determina a inibição da libertação de citocinas pró-inflamatórias, controlando a inflamação. Tanto o tacrolímus como o pimecrolímus devem ser aplicados duas vezes ao dia, sempre evitando a exposição solar, e o seu uso deve ser iniciado ao primeiro sinal das lesões cutâneas e mantido até no máximo uma semana após o seu desaparecimento. Por não apresentarem os mesmos efeitos colaterais dos corticosteróides tópicos, podem ser utilizados com eficiência na face e em outros locais, como genitais e áreas de mucosas ^[53, 58].

Existem ainda outras formas de tratamentos que podem ser adotadas: a imunossupressão sistémica com ciclosporina (3 e 5 mg/kg/dia por até 12 semanas) com azatioprina (2,5 mg/kg/dia). A fototerapia associada a doses orais de psoraleno (um fármaco que intensifica os efeitos da luz ultravioleta sobre a pele em doentes com DA) tem sido empregada em casos especiais, ou seja, quadros com baixa resposta à terapêutica habitual. No entanto ainda é considerada terapêutica de caráter adjuvante, especialmente em doentes pediátricos. Os principais efeitos colaterais são ardor e queimaduras e a preocupação com possíveis efeitos na carcinogénese futura limita seu uso ^[53].

Decorrentes de todas as alterações na resposta imunológica, os doentes apresentam maior suscetibilidade à colonização cutânea e infecções por bactérias, fungos e vírus ^[53]. Em caso de infeções recorre-se a antibióticos orais, pelo que há que reconhecer os sinais de infeção



cutânea provocada pela dermatite atópica (maior vermelhidão, inflamação, estrias vermelhas e febre) e procurar ajuda médica o mais cedo possível ^[54].

2.7 Trabalho prático desenvolvido: apresentação para projetar no ecrã da farmácia

Ocorreu-me elaborar uma apresentação para ser exibida continuamente no ecrã da farmácia com o tema “Dermatite atópica: à flor da pele” (Anexo 11). A apresentação foi exibida desde o dia 3 de agosto até dia 5 de agosto.

Devido à elevada afluência de utentes que a Farmácia Central recebe, muitos tiveram a oportunidade de assistir à apresentação enquanto esperavam para ser atendidos e foi satisfatório observar o grau de curiosidade que revelaram no assunto, mesmo tratando-se de uma doença que não aflige a maioria da população. A justificação para isso é o crescente interesse em cuidados para a pele, sobretudo na população feminina. Uma vez que a pele atópica apresenta extrema sensibilidade e requer cuidados extra especiais no seu controlo e tratamento, o tipo de cuidados de saúde e produtos cosméticos para ela direcionados garantem um nível mais aprofundado de hidratação e regeneração cutânea, o que é ideal para quem apresenta uma pele sensível e seca ou com pouca firmeza e elasticidade, preocupações que grande parte da população partilha ainda que não sofra de dermatite atópica, sobretudo devido ao envelhecimento da pele. Outra justificação prende-se com o facto de os produtos cosméticos para peles atópicas serem mais seguros para crianças, o que vai de encontro à preocupação dos pais no cuidado da pele das crianças jovens, sobretudo lactentes, que possuem uma pele muito sensível e estão mais sujeitos a dermatites. Os produtos de tratamento da pele atópica (excluindo-se os reservados para situações mais graves) também são válidos para a população que sofre de reações alérgicas cutâneas (de gravidade menor), um número que, como já foi referido, tem vindo a crescer nas últimas décadas, outro motivo pelo qual também existe interesse neste tipo de informação.

Muitos utentes colocaram dúvidas sobre o tema na hora de ser atendidos, por isso posso concluir com agrado que a apresentação superou as minhas expectativas.

3) PÉ DIABÉTICO

3.1 Seleção do tema

Tal como a obesidade, a Diabetes é das doenças que mais impacto tem na sociedade, sobretudo em países desenvolvidos. As complicações relacionadas com a doença não só afetam a qualidade de vida dos doentes como aumentam consideravelmente o risco de mortalidade. Em 2030 prevê-se que se torne a 7ª principal causa de morte a nível mundial ^[59]. Para além disso, os seus custos económicos são enormes, uma vez que incluem os cuidados de saúde, a perda de



rendimentos e os custos económicos para a sociedade em geral, a perda de produtividade e os custos associados às oportunidades perdidas para o desenvolvimento económico.

No dia 11 de Maio a farmácia Central organizou um rastreio de saúde cardiovascular e da Diabetes, no âmbito de Maio ser o mês do coração. No rastreio efetuaram-se medições da tensão arterial, da glicémia e exames podológicos, estes últimos com o objetivo de detetar casos de pé diabético. Com o propósito de contribuir para divulgar informação sobre esta doença optei por elaborar um *flyer* sobre este assunto, o qual se encontra no Anexo 12.

3.2 Introdução

O pâncreas é um órgão glandular que contém tecido tanto exócrino como endócrino. A porção exócrina secreta bicarbonato e enzimas digestivas no trato gastrointestinal. Dentro do tecido exócrino, encontram-se glândulas endócrinas denominadas ilhotas de Langerhans, que secretam hormonas diferentes. As células alfa libertam glucagina (que aumenta os níveis glicémicos) e as células beta libertam insulina (que reduz os níveis glicémicos) ^[60].

A Diabetes é uma doença crónica caracterizada por níveis elevados de glucose na corrente sanguínea (hiperglicemia), derivado da insuficiente produção pancreática de insulina ou derivado da resposta ineficaz do organismo a esta hormona ^[59, 61].

Os seus sintomas clássicos de descompensação incluem excreção excessiva de urina (poliúria), sensação excessiva de sede (polidipsia), sensação constante de fome (polifagia), perda de peso súbita, visão turva, dor nos pés (disestesia), dormência nas extremidades, fadiga, infecções recorrentes, cicatrização lenta e, em quadros clínicos mais severos, náuseas e vômitos (provocado por cetoacidose) ou mesmo coma diabético ^[61].

A Diabetes não controlada provoca danos numa série de sistemas, devido ao efeito nocivo a nível dos rins, olhos, nervos periféricos e sistema vascular. Como consequência, em praticamente todos os países desenvolvidos é das principais causas de cegueira, insuficiência renal e amputação de membros inferiores. As principais complicações crónicas de diabetes são a neuropatia, amputação, retinopatia, nefropatia e doença cardiovascular. O risco de mortalidade dos diabéticos é pelo menos o dobro do da população não diabética, devido ao risco aumentado de doença coronária e de doença vascular cerebral ^[59, 61].

A sua prevenção e tratamento envolvem também mudança do estilo de vida: manter um peso saudável, ser fisicamente ativo (pelo menos 30 minutos de atividade por dia de exercício físico moderado), evitar tabagismo (uma vez que aumenta o risco de desenvolver uma doença cardiovascular) e praticar uma dieta hipocalórica, com redução de açúcar e gorduras saturadas e consumo de 3 a 5 peças de fruta e vegetais por dia ^[61].



3.2.1. Diabetes *Mellitus* tipo 1

A Diabetes *Mellitus* tipo 1 desenvolve-se normalmente na infância e adolescência, apesar de poder surgir só na idade adulta. Trata-se de uma doença auto-imune na qual existe destruição das células beta do pâncreas. Também existe uma forte componente genética e de fatores ambientais por trás da doença. A exposição a certas infeções virais, podem desencadear fenómenos de auto-imunidade ou acelerar uma destruição das células beta já em progressão ^[61].

Caracteriza-se pela incapacidade da produção pancreática de insulina, pelo que o seu tratamento requer obrigatoriamente injeções diárias de insulina. Os seus sintomas incluem o clássico quadro clínico da doença, apesar do maior risco de desenvolvimento rápido e dramático da cetoacidose diabética do que na DM tipo 2. A sua causa ainda não está esclarecida, pelo que não existem formas de prevenção ^[59, 61].

3.2.2. Diabetes *Mellitus* tipo 2

A Diabetes *Mellitus* tipo 2 é o tipo mais comum de diabetes (representa 90% dos casos mundiais de diabéticos) e está relacionada com a obesidade (sobretudo visceral), hipertensão, e dislipidemia, sendo um componente da síndrome metabólica ^[61]. Ocorre quando o pâncreas não produz insulina suficiente e/ou quando existe resistência à insulina por parte do organismo. Desenvolve-se normalmente na idade adulta (geralmente após os 40 anos) apesar de, devido à falta de exercício físico e dietas inadequadas, começar a ser observada em jovens, incluindo crianças. Tem uma forte componente de hereditariedade, mas os seus principais genes predisponentes ainda não foram identificados ^[59].

Os seus sintomas são semelhantes aos da DM tipo 1, contudo podem passar despercebidos durante anos, motivo pelo qual frequentemente o diagnóstico só é feito após as doenças consequentes se manifestarem ^[59].

O seu tratamento envolve a toma de antidiabéticos orais ou insulina exógena, caso estes não surtam efeito. As medidas de prevenção e tratamento envolvem a já referida prática de atividade física, manutenção de um peso saudável e dieta adequada ^[61].

3.2.3. Diabetes gestacional

A diabetes gestacional ocorre em grávidas e caracteriza-se por valores glicémicos elevados mas abaixo do limiar dos valores de referência para o diagnóstico de diabetes. O mecanismo não está definido mas crê-se que as hormonas da gravidez afetem a ação da insulina. Tende a ser assintomática, sobretudo porque normalmente as grávidas apresentam também excessiva frequência urinária, pelo que os sintomas costumam passar despercebidos, motivo pelo qual diagnóstico é feito através do rastreio pré-natal ^[61].

As grávidas nesta situação apresentam maior risco de apresentar complicações durante a gravidez e no parto, assim como maior risco de desenvolver DM tipo 2 no futuro. Nos fetos está



aumentado o risco de desenvolverem malformações congénitas, excesso de peso à nascença e maior risco de mortalidade perinatal ^[61].

O tratamento passa pela prática de exercício físico e dieta equilibrada, juntamente com, caso necessário, toma de antidiabéticos orais e insulina exógena ^[61].

3.2.4. Outras categorias de Diabetes

A origem de Diabetes pode ter outras causas mais raras (síndromes genéticas, pancreatite, doenças como a fibrose cística, determinados fármacos, vírus e causas desconhecidas) ^[61].

3.2.5. Diagnóstico

De acordo com a Norma DGS N.º 2/2001, de 14/01/2011, para que se efectue o diagnóstico de Diabetes há que cumprir pelo menos um destes critérios ^[59]:

- Glicemia em jejum ≥ 126 mg/dl (ou $\geq 7,0$ mmol/l);
- Sintomas clássicos de descompensação + Glicemia ocasional ≥ 200 mg/dl (ou $\geq 11,1$ mmol/l);
- Glicemia ≥ 200 mg/dl (ou $\geq 11,1$ mmol/l) às 2 horas, na prova de tolerância à glicose oral (PTGO) com 75g de glicose;
- Hemoglobina glicosilada A1c (HbA1c) $\geq 6,5$ %.

No caso de Diabetes Gestacional, os critérios de diagnóstico são os seguintes ^[59]:

- Glicemia plasmática em jejum ≥ 92 mg/dl (5,1 mmol/l) e <126 mg/dl (7,0 mmol/l) na primeira consulta da grávida;
- Pelo menos um valor glicémico ≥ 92 mg/dl (5,1 mmol/l), 180 mg/dl (10 mmol/l) ou 153 mg/dl (8,5 mmol/l) em jejum, 1 hora ou 2 horas, respectivamente, na prova de tolerância oral com 75 gr de glicose realizada entre as 24 e as 28 semanas de gestação.

3.2.6. Hiperglicemia Intermédia

A Hiperglicemia Intermédia ou pré-diabetes é uma condição hiperglicémica cujos valores glicémicos se encontram entre os níveis normais e os apresentados pelos diabéticos.

As pessoas com Hiperglicemia Intermédia podem ter Anomalia da Glicemia em Jejum (AGJ), Tolerância Diminuída à Glicose (TDG) ou ambas as condições simultaneamente. Estas condições são atualmente reconhecidas como fator de risco vascular e um aumento de risco para a Diabetes, apesar de a progressão para a doença ser evitável com alterações a nível da manutenção de um peso adequado e de uma dieta saudável ^[59].



3.2.7. Epidemiologia

Estima-se que em 2013 existiam 382 milhões de pessoas com diabetes e que em 2035 este valor subirá para 592 milhões ^[59]. Só no ano de 2013 registaram-se 5,1 milhões de mortes directamente relacionadas com diabetes, o que se traduz numa morte por diabetes a cada 6 segundos. Mais de 80% das mortes relacionadas com diabetes ocorrem em países de baixo e médio rendimento ^[59].

A DM tipo 1 representa menos de 10% dos casos de Diabetes, mas a sua incidência está a aumentar, e embora os motivos não sejam completamente conhecidos, é provável que se relacionem, sobretudo, com alterações nos fatores de risco ambiental ^[59].

O número de pessoas com DM tipo 2 está a aumentar em todos os países. O aumento da prevalência desta está associado às rápidas mudanças culturais e sociais, ao envelhecimento da população, à crescente urbanização, às alterações alimentares, à redução da atividade física e a estilos de vida não saudável, bem como a outros padrões comportamentais ^[59].

Em 2013 a prevalência estimada da Diabetes na população portuguesa com idades compreendidas entre os 20 e os 79 anos foi de 13,0%, representando mais de 1 milhão de diabéticos neste grupo etário. Existe uma diferença estatisticamente significativa na prevalência da Diabetes entre os homens (15,6%) e as mulheres (10,7%). Verifica-se também a existência de um forte aumento da prevalência da Diabetes com a idade, refletindo-se num crescimento na ordem dos 11% da taxa de prevalência da Diabetes entre 2009 e 2013 ^[59].

A Hiperglicemia Intermédia em Portugal, em 2013, atinge 27,0% da população portuguesa com idades compreendidas entre os 20 e os 79 anos (2,1 milhões de indivíduos) ^[59].

Mais de 21 milhões de nascimentos foram afetados, durante o período de gravidez, por hiperglicemia materna (84% por diabetes gestacional e 16% por diabetes prévia à gravidez). Em relação à prevalência da Diabetes Gestacional em Portugal Continental em 2013 foi de 5,8% da população parturiente que utilizou o SNS durante esse ano, registando um acréscimo comparativamente a 2012 (que foi de 4,8%) ^[59].

Porém, há resultados positivos. Nos últimos 5 anos verificou-se uma diminuição significativa do número de anos potenciais de vida perdida por DM em Portugal (menos 15%) ^[59].

3.2.8. Tratamento

Há diversas classes de antidiabéticos orais. Os inibidores das alfa-glucosidases e particularmente as glinidinas, são secretagogos da insulina de acção rápida e curta, reduzem a hiperglicémia pós-prandial e a disfunção endotelial a ela associada. Existe a classe das sulfonilureias, cujo efeito predominante é estimular a secreção residual de insulina, mas está-lhes associado risco considerável de hipoglicémia, podendo ser perigoso em especial nos idosos.



Porém, as biguanidas e a nova classe de antidiabéticos orais, as tiazolidinedionas, não provocam hipoglicémia, pelo que são particularmente úteis no tratamento de DM tipo 2; as biguanidas por reduzirem a gluconeogénese hepática e as tiazolidinedionas, por diminuírem a insulino-resistência periférica. Há que ter em atenção que as biguanidas podem provocar acidose láctica, em especial quando existe compromisso da função renal, e as tiazolidinedionas podem condicionar a formação de edemas, pelo que há que tomar precaução especial se coexistir insuficiência cardíaca ^[62].

A nível de insulina exógenas, as diferentes insulinas distinguem-se, consoante o tempo de duração e o tempo de início do efeito hipoglicemiante, em três tipos: insulinas de início de acção rápida, de 30 a 60 minutos e duração de 6 a 8 horas, com efeito máximo por volta das duas horas; de insulinas de duração intermédia, de 16 a 18 horas, com início de acção de 1 a 2 horas e pico de efeito entre as 5 e as 10 horas e insulinas de longa duração, 24 a 36 horas, com início de acção de 3 a 4 horas. Surgiram, entretanto, insulinas com início de acção ainda mais rápido (insulina lispro e insulina aspártico) e uma insulina de acção mais prolongada (insulina glargina) ^[62].

Numa situação de hipoglicémia recorre-se à ingestão de 10 a 20 g de açúcar num copo de água que se repete enquanto necessário; se o diabético estiver inconsciente administra-se, por via intravenosa, solução hipertónica de glucose, uma ou mais ampolas, ou como alternativa, o glucagom por via intramuscular ou subcutânea. O diazóxido utiliza-se nas hipoglicémias por insulina endógena como acontece nos insulinomas ^[62].

3.3 Pé diabético

As úlceras do pé diabético requerem tratamento prolongado e dirigido e a não cicatrização associa-se a um declínio progressivo da qualidade de vida. O tratamento está associado a custos significativos para os serviços de saúde e agrava-se no caso de complicações ou amputação do membro inferior. A DM é responsável por 70% das amputações não traumáticas de membros inferiores, sendo 85% destas precipitadas por úlceras ^[63].

A etiologia da úlcera do pé diabético resulta da contribuição de múltiplos fatores. A Diabetes provoca neuropatia periférica, abrangendo a inervação dos pés. Como esses nervos são responsáveis pelas sensações cutâneas, com a degeneração destes perde-se alguma ou a total sensibilidade dos pés, aumentando assim a vulnerabilidade destes a traumas mecânicos e termiais ^[64].

Outro fator causal responsável pela úlcera do pé diabético é a aterosclerose severa e extensa, na qual as placas de ateroma bloqueiam as artérias afectadas e, consequentemente, o fluxo sanguíneo, resultando numa deficiência no aporte de oxigénio aos pés. Devido à isquemia, os tecidos do pé ficam debilitados e quando se forma uma úlcera esta tem grande dificuldade em cicatrizar, podendo, em casos mais graves, causar necrose dos tecidos. Quando se chega a este



estado é necessária hospitalização para realizar drenagem e desbridamento dos tecidos, revascularização ou mesmo amputação para que o tecido próximo, que está são, não seja contaminado ^[65].

A doença arterial periférica e a insuficiência renal contribuem para o mau prognóstico das úlceras do pé diabético. A aterosclerose é responsável pelo aumento da mortalidade e morbidade por eventos cardiovasculares, independentemente dos fatores de risco (em doentes diabéticos, por cada aumento de 1% de HbA1c há um aumento correspondente de 26% de arteriopatia periférica, que está associada a aterosclerose) ^[63].

A combinação da redução do fluxo sanguíneo com a neuropatia nos pés aumenta o risco de ulceração (o risco de um diabético desenvolver uma úlcera durante a sua vida é cerca de 25%), infecção (os diabéticos têm uma maior taxa de oncomicoses e de *Tinea Pedis* (“pé de atleta”) gangrena e necessidade de amputação ^[61, 63].

A deficiência do processo de cicatrização relacionado com a Diabetes está associada a disfunções na remodelação da matriz extracelular (mais especificamente ao nível da formação do colagénio, componente essencial da matriz, e das metaloproteínases, que estão envolvidas na degradação das macromoléculas constitutivas da matriz) e perturbações imunológicas (especialmente ao nível dos leucócitos polimórficos) ^[64]. A cicatrização da lesão vai depender de fatores da lesão (tamanho, localização, da presença de necrose, gangrena, infeção), de fatores relativos ao membro inferior e de fatores relacionados com o doente (idade e comorbilidades) ^[63]. A glicosilação do colagénio, como consequência crónica da Diabetes, pode levar à menor flexibilidade das estruturas capsulares e dos ligamentos, causando deformidades ortopédicas (como calosidades) e limitação da mobilidade das articulações, levando a maior pressão plantar que, juntamente com traumas repetidos, susceptibiliza o pé a desenvolver úlcera ^[64, 65].

Todos os diabéticos devem fazer uma avaliação anual dos pés com um médico onde lhes será atribuída uma classificação de baixo risco, médio risco ou alto risco (Tabela 9) ^[66].

Tabela 6 - Categorização do risco de ulceração (adaptado de ^[65])

Categoria	Perfil de risco	Frequência da avaliação
0	Normal	Anual
1	Neuropatia periférica	Semestral
2	Neuropatia, deformidade e/ou arteriopatia periférica	Quadrimestral
3	Historial de úlceras ou amputação	Mensal a quadrimestral



3.4 Medidas não farmacológicas

Sendo o pé diabético uma consequência da Diabetes, é fundamental controlar a doença praticando uma dieta adequada e efectuando testes de glicemia capilar (através da picada no dedo para medir o “açúcar no sangue”) diariamente e várias vezes ao dia, antes e depois das refeições, além de controlar também a tensão arterial, os níveis de colesterol e de triglicérides (dado a associação entre a Diabetes, a hipertensão arterial, a hipercolesterolemia e hiperlipidemia) e avaliar frequentemente os olhos, rins e pés ^[61].

Apesar de nem todas as complicações do pé diabético serem evitáveis, é possível exercer reduções dramáticas na sua incidência e morbilidade ao evitar tudo o que seja agressivo para o pé e que impeça uma boa circulação de sangue, dado que a pele do pé diabético é sensível e mais susceptível a lesões, infecções, queimaduras e deformações, pelo que há que educar o doente a ^[59, 65, 66].

- Lavar os pés todos os dias com água tépida e gel ou sabonete pH neutro (para evitar infecções);
- Secar bem os pés (a pele húmida fica mais fina e por isso mais sensível a lesões e ao desenvolvimento de fungos e/ou bactérias);
- Usar unhas bem aparadas (para não lesar a pele);
- Usar meias confortáveis de lã e algodão, sem costuras nem elásticos;
- Usar calçado confortável e ajustado ao pé;
- Hidratar os pés com loções (a pele seca tende a lesionar-se, servindo de entrada para patógenos);
- Em caso de feridas, a remoção do tecido necrótico, a humedificação da ferida e a sua desinfecção aceleram o processo de cicatrização;
- Manter pele suave, macia e sem calos.

3.5 Trabalho prático desenvolvido: *flyer* distribuído num rastreio de saúde cardiovascular

Uma vez que este tema estava inserido num rastreio de saúde cardiovascular e de Diabetes, os utentes com quem contactei já vinham com interesse em obter informações sobre a doença. Deparei-me com muitos casos já diagnosticados de diabéticos e/ou de outras relacionadas, pelo que estavam informados sobre a importância de controlar a glicemia, a tensão arterial e de examinar regularmente os pés, tendo aproveitado o rastreio para monitorizar estes parâmetros. Mesmo os que não sofriam de Diabetes estavam sensibilizados sobre os riscos da doença, quer por conhecerem casos que padeciam dessas condições, quer por já terem entrado em contacto com o tema devido à grande divulgação dos meios sociais e das campanhas de saúde pública.



No entanto, apesar da grande ênfase dado à Diabetes, verifiquei pela minha experiência que a grande maioria das pessoas aproveitou a avaliação aos pés realizada durante o rastreio como uma oportunidade para ser aconselhada ao nível lesões nessa zona que provocassem desconforto ou puramente que não fossem estéticas, desconhecendo a relação causal entre a Diabetes e o pé diabético. Isto poderá dever-se ao destaque ser normalmente mais dirigido às complicações directamente responsáveis pela mortalidade dos Diabetes, como é o caso das doenças cardiovasculares, e não tanto às que só afectam a qualidade de vida. Aparte dos diabéticos bem informados, a maioria dos utentes só realiza avaliações periódicas de podologia quando detectam problemas nos pés, sendo que nessa altura a doença poderá estar num estado de tratamento mais difícil.

Visto que conhecimento público sobre o pé diabético era escasso, sobretudo a nível das medidas de terapia não farmacológica, tive oportunidade de orientar os utentes neste aspecto, com o apoio da podologista, realçando a importância dos cuidados dos pés mesmo para os não diabéticos e alertando sobre as consequências desta doença.

Os utentes mostraram curiosidade sobre o assunto e colocaram questões, sobretudo a nível do calçado mais adequado. No geral, considero que a iniciativa foi bem-sucedida.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- [1] Decreto-Lei nº 307/2007, de 31 de agosto. *Regime Jurídico das Farmácias de Oficina*;
- [2] Administração Central do Sistema de Saúde, IP (2014). *Manual de Relacionamento dos Prestadores Convencionados com o Centro de Conferência de Faturas do SNS - Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica – MCDT*;
- [3] Diário da República: Portaria n.º193/2011, de 13 de maio. *Regula o procedimento de pagamento da comparticipação do Estado no preço de venda ao público dos medicamentos dispensados a beneficiários do SNS que não estejam abrangidos por nenhum subsistema ou que beneficiem de comparticipação em regime de complementaridade*;
- [4] INFARMED. Acessível em: http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/MEDICAMENTOS_USO_HUMANO/AVALIACAO_ECONOMICA_E_COMPARTICIPACAO/MEDICAMENTOS_USO_AMBULATORIO/SISTEMA_DE_PRECOS_DE_REFERENCIA (acedido em 1 agosto 2015);
- [5] Decreto-Lei n.º 48-A/2010, de 13 de maio. *Regime geral das comparticipações do Estado no preço dos medicamentos*;
- [6] Decreto-Lei n.º106-A/2010, de 1 de outubro. *Comparticipação de medicamentos e de racionalização da política do medicamento*;
- [7] INFARMED: Dispensa em Farmácia de Oficina. Acessível em: http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/MEDICAMENTOS_USO_HUMANO/AVALIACAO_ECONOMICA_E_COMPARTICIPACAO/MEDICAMENTOS_USO_AMBULATORIO/MEDICAMENTOS_COMPARTICIPADOS/Dispensa_exclusiva_em_Farmacia_Oficina (acedido em 1 Agosto de 2015);
- [8] Decreto-lei nº209/94, de 6 de Agosto. *Regime jurídico da classificação de medicamentos de uso humano, quanto à dispensa ao público.*;
- [9] INFARMED. Classificação quanto à dispensa ao público. Acessível em: http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/MEDICAMENTOS_USO_HUMANO/PRESCRICAO_DISPENSA_E_UTILIZACAO/CLASSIFICACAO_QUANTO_A_DISPENSA (acedido a 1 de agosto de 2015);
- [10] Decreto Regulamentar n.º 61/94, de 12 de outubro. *Regulamenta o Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de Janeiro que reviu a legislação do combate à droga*;
- [11] INFARMED: Psicotrópicos e estupefacientes. Acessível em: http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/PUBLICACOES/TEMATICOS/SAIBA_MAIS_SOBRE/SAIBA_MAIS_ARQUIVO/22_Psicotropicos_Estupefacientes.pdf (acedido a 1 de agosto de 2015);
- [12] Direção-Geral da Saúde. Programa Nacional para a Diabetes. Acessível em: <https://www.dgs.pt/programa-nacional-para-a-diabetes.aspx> (acedido em 1 Agosto de 2015);



[13] Portaria n.º 364/2010, de 23 de junho. *Define os preços máximos de venda ao público das tiras-teste para determinação de glicemia, cetonemia e cetonúria, e das agulhas, seringas e lancetas destinadas aos doentes com diabetes;*

[14] Decreto-Lei n.º 95/2004, de 22 de abril. *Prescrição e a preparação de medicamentos manipulados;*

[15] Portaria n.º 594/2004, de 2 de junho. *Aprova as boas práticas a observar na preparação de medicamentos manipulados em farmácia de oficina e hospitalar;*

[16] - Conselho Nacional da Qualidade (2009). *Boas Práticas Farmacêuticas para a Farmácia Comunitária*. 3ª Edição. Ordem dos Farmacêuticos, Lisboa;

[17] Deliberação n.º 1500/2004, 7 de dezembro. *Aprova a lista de equipamento mínimo de existência obrigatória para as operações de preparação, acondicionamento e controlo d e medicamentos manipulados, que consta do anexo à presente deliberação e dela faz parte integrante;*

[18] Centro Tecnológico do Medicamento (2001). *Formulário Galénico Português*. 1ª Edição. CETMED, Lisboa;

[19] Portaria n.º 769/2004, de 1 de julho. *Estabelece que o cálculo do preço de venda ao público dos medicamentos manipulados por parte das farmácias é efetuado com base no valor dos honorários da preparação, no valor das matérias-primas e no valor dos materiais de embalagem;*

[20] Decreto-Lei n.º 148/2008, de 29 de julho. *Regime jurídico dos medicamentos de uso Veterinário;*

[21] Decreto-Lei n.º 176/2006, de 30 de agosto: Estatuto do Medicamento. *Regime jurídico dos medicamentos de uso humano;*

[22] Diretiva 2004/24/CE do Parlamento Europeu e do Conselho, de 31 de março. *Altera, em relação aos medicamentos tradicionais à base de plantas, a Directiva 2001/83/CE que estabelece um código comunitário relativo aos medicamentos para uso humano;*

[23] INFARMED: Boletim de Farmacovigilância n.º16. Acessível em: http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/PUBLICACOES/TEMATICOS/BOLETIM_FARMACOVIGILANCIA/ANOS_ANTERIORES_2011/farmacovigilancia%201%BA%20trim12_port_1.pdf (acedido a 1 de agosto de 2015);

[24] Decreto-Lei n.º 216/2008, de 11 de novembro. *Regime específico aplicável a alimentos dietéticos destinados a fins medicinais específicos que como tal são apresentados ao consumidor;*

[25] Decreto-Lei n.º 74/2010, de 21 de junho. *Regime geral dos géneros alimentícios destinados a alimentação especial;*

[26] OMS. Exclusive breastfeeding. Acessível em: http://www.who.int/nutrition/topics/exclusive_breastfeeding/en/ (acedido a 1 de agosto de 2015);



[27] Decreto-Lei n.º 145/2009, de 17 de junho. *Regras de investigação, fabrico, comercialização, entrada em serviço, a vigilância e publicidade dos dispositivos médicos e respectivos acessórios*;

[28] Decreto-Lei n.º 189/2008, de 24 de setembro. *Regime jurídico dos produtos cosméticos e de higiene corporal*;

[29] Portaria n.º 1429/2007, de 2 de novembro. *Define os serviços farmacêuticos que podem ser prestados pelas farmácias*;

[30] Fundação Portuguesa Cardiologia. Hipertensão. Acessível em: <http://www.fpcardiologia.pt/saude-do-coracao/factores-de-risco/hipertensao/> (acedido em 1 Agosto de 2015);

[31] Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal. Acessível em: <http://www.apdp.pt/index.php/diabetes/a-pessoa-com-diabetes/valores-de-referencia#valores-de-referencia> (acedido em 1 Agosto de 2015);

[32] VALORMED: Farmácia Comunitária. Acessível em: <http://www.valormed.pt/pt/conteudos/conteudo/id/23> (acedido em 1 de agosto de 2015);

[33] Farmácias Portuguesas: Condições Gerais de Utilização Cartão Farmácias Portuguesas. Acessível em: <http://www.farmaciasportuguesas.pt/indexConteudo.jsf?menuid=68> (acedido em 1 de agosto de 2015);

[34] World Health Organization (1997). Obesity: Preventing and managing the Global Epidemic - *Report of a WHO Consultation on Obesity*; 3–5;

[35] Ludwig D S, Pollack HA (2009). Obesity and the economy: from crisis to opportunity. *Jama*; 301.5: 533-535;

[36] OMS. Obesity and overweight Fact sheet. Acessível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/> (acedido em 1 de agosto de 2015);

[37] Direção-Geral da Saúde. Programa Nacional de Combate à Obesidade. Acessível em: <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i008253.pdf> (acedido em 1 de agosto de 2015);

[38] National Institute of Diabetes and Kidney Diseases. Understanding Adult Overweight and Obesity. Acessível em: <http://www.niddk.nih.gov/health-information/health-topics/weight-control/understanding/Pages/understanding-adult-overweight-and-obesity.aspx> (acedido em 1 de agosto de 2015);

[39] World Health Organization. Nutrition, Physical Activity and Obesity – Portugal. Acessível em: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/243318/Portugal-WHO-Country-Profile.pdf (acedido em 1 de agosto de 2015);

[40] Gortmaker S L., *et al* (2011). Changing the future of obesity: science, policy, and action. *The Lancet*; 378.9793: 838-847;

[41] U.S. Food and Drug Administration. How to Understand and Use the Nutrition Facts Label (disponível em:



<http://www.fda.gov/Food/IngredientsPackagingLabeling/LabelingNutrition/ucm274593.htm> (acedido em 1 de agosto de 2015);

[42] Associação Portuguesa Contra a Obesidade Infantil. Acessível em: <http://www.apcoi.pt/obesidade-infantil/> (acedido em 1 de agosto de 2015);

[43] Ciampo LAD (2012). O sono na adolescência. *Adolesc Saude*;9(2):60-66;

[44]Beccuti G, Pannain S (2011). Sleep and obesity. *Current opinion in clinical nutrition and metabolic care*; 14(4): 402;

[45] Muller-Riemenschneider F, Reinhold T, Berghofer A, Willich SN (2008). Health-economic burden of obesity in Europe. *Eur. J. Epidemiol.*, 23: 499–509;

[46] Swinburn B A, *et al* (2011). The global obesity pandemic: shaped by global drivers and local environments. *The Lancet*; 378.9793: 804-814;

[47] Spruijt-Metz D (2011). Etiology, treatment, and prevention of obesity in childhood and adolescence: A decade in review. *Journal of research on Adolescence*; 21.1: 129-152;

[48] Direção-Geral da Saúde. Consultas de Vigilância de Saúde Infantil e Juvenil: Atualização das curvas de crescimento. Acessível em: <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i007811.pdf> (acedido em 1 de agosto de 2015);

[49] OMS. Noncommunicable diseases Fact Sheet. Acessível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/en/> (acedido em 1 de agosto de 2015);

[50] Centers for Disease Control and Prevention. CDC Global Noncommunicable Diseases (NCDs) Acessível em: <http://www.cdc.gov/globalhealth/healthprotection/ncd/> (acedido em 1 de agosto de 2015);

[51] Mokdad AH, Ford ES, Bowman BA, *et al* (2003). Prevalence of obesity, diabetes, and obesity-related health risk factors. *Jama*; 289: 76–9;

[52] Direção-Geral da Saúde. Princípios para uma Alimentação Saudável. Acessível em: <http://www.dgs.pt/promocao-da-saude/educacao-para-a-saude/areas-de-intervencao/alimentacao.aspx> (acedido em 1 de agosto de 2015);

[53] Eichenfield LF, Tom WL, Berger T G, Krol A, Paller A. S., Schwarzenberger K, *et al.* (2014). Guidelines of care for the management of atopic dermatitis: section 2. Management and treatment of atopic dermatitis with topical therapies. *Journal of the American Academy of Dermatology*; 71(1): 116-132;

[54] MSD: Dermatite atópica. Acessível em: <http://www.manualmerck.net/?id=220&cn=1779> (acedido em 1 de agosto de 2015);

[55] U.S National Library of Medicine. Atopic dermatitis. Acessível em: <https://www.nlm.nih.gov/medlineplus/ency/article/000853.htm> (acedido em 1 de agosto de 2015);

[56] O'Regan G M., *et al* (2009). Filaggrin in atopic dermatitis. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*; 124.3: R2-R6;



- [57] Werfel T, Schwerk N, Hansen G, Kapp A (2014). The diagnosis and graded therapy of atopic dermatitis. *Deutsches Ärzteblatt International*; 111.29-30: 509;
- [58] INFARMED. Formulário Hospitalar Nacional de Medicamentos. Acessível em: https://www.infarmed.pt/formulario/navegacao.php?paiid=235_ (acedido em 1 de agosto de 2015);
- [59] Diabetes: Factos e Números 2014– Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes. Sociedade Portuguesa de Diabetologia (disponível em: <file:///C:/Users/User/Downloads/i021022.pdf>);
- [60] Guyton, ACl, Hall JE (2006). *Tratado de fisiologia médica*. 8^a edição. Elsevier, Brasil;
- [61] OMS. Diabetes Fact Sheet. Acessível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/en/> (acedido em 1 de agosto de 2015);
- [62] INFARMED. Formulário Hospitalar Nacional de Medicamentos. Acessível em: https://www.infarmed.pt/formulario/navegacao.php?paiid=165_ (acedido em 1 de agosto de 2015);
- [63] Ferreira V, *et al.* (2014). Consulta multidisciplinar do pé diabético–avaliação dos fatores de mau prognóstico. *Angiologia e Cirurgia Vascular*; 10.3: 146-150;
- [64] Singh N, Armstrong DG, Lipsky BA (2005). Preventing foot ulcers in patients with diabetes. *Jama*; 293.2: 217-228;
- [65] Frykberg RG, *et al* (2006). Diabetic foot disorders: a clinical practice guideline (2006 revision). *The journal of foot and ankle surgery*; 45.5: 1-66;
- [66] Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal: A Diabetes: Complicações. Acessível em: <http://www.apdp.pt/index.php/diabetes/risco-de-complicacoes> (acedido em 1 de agosto de 2015).



ANEXOS

ANEXO 1: ESPAÇO FÍSICO EXTERIOR DAS INSTALAÇÕES DA FARMÁCIA CENTRAL





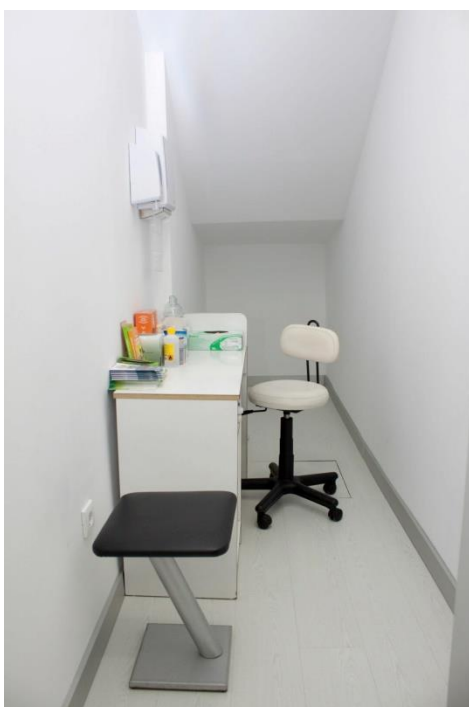
ANEXO 2: ESPAÇO FÍSICO INTERIOR DAS INSTALAÇÕES DA FARMÁCIA CENTRAL



1 - Área Multifuncional



2 - Área de atendimento ao público



**3 - Gabinete de Atendimento
Personalizado**



4 - Laboratório



5 - Armazém



ANEXO 3: FATURA DE ENCOMENDA (DUPLICADO)



COOPROFAR, CRL

Rua Pedro José Ferreira, 200/210

4420 612 GONDOMAR

Capital Social: VARIÁVEL

EMAIL: cooprofar@cooprofar.pt

URL: www.cooprofar.pt

Carga: GONDOMAR

Rua Pedro José Ferreira, 200/210

4420-612 GONDOMAR



Tel: 223401000 Fax: 223401055 NIF: PT 500 336 512

C.R.C. de Gondomar n.º: 500336512

NIB: 0010 0000 3774577000159

G5dM-Processado por programa certificado nº 1877/AT

21603 FARM.CENTRAL-V.N.GAIA

PLUSMED, LDA.

RUA ALVARES CABRAL, 137

4400 17 V.N.GAIA

Contrib. nº PT 508531454

20021603

FACTURA	F F/12700167
AG	PÁGINA: 1 / 1
	DATA: 2014-09-06
	GUIA Nº: 15325809
	IMPRESSÃO: 2014-09-06 01:03
	NORMAL 20%
	V/REF: 3513

CÓDIGO	DESIGNAÇÃO	PED.	ENV.	V.UNIT	PVA	DESC.	IVA	INFORM.	P.V.F.	VAL(EUR)	CAIXA
B1 8563361	ADALAT CR 30 Mg 28 COMP.	1	1	6,40	4,78		6%		5,14	5,14	404764
B5 5024575	JANUVIA 100 MG 28 COMP	3	3	46,50	34,20		6%		37,03	111,09	404764
B2 8578005	TRAVOCORT CREME 30 Gr.	1	1	8,65	5,87		6%		6,52	6,52	404764

Esgotados

7732186	ACETONA 60 C.C. - DIMOR	1	ESG. FORN.	7766428	ACIDO BORICO PALHETAS CART. 30 G	1	RM	7766410	ACIDO BORICO PO MAIALAB CART. 30 G	1	RM
7731802	AGUA OXIGENADA 30 VOL. 250 ML DIMO	1	ESG. FORN.	5812185	ALFUZOSINA MYLAN 10 MG 30 COMP LP	2	ESG. FORN.	5166376	ALLI 80 MG 84 CAPSULAS	1	ESG. FORN.
9452231	ANACERVIX FORTE 60 COMP.	1	ESG. FORN.	6589188	ARNOLD. 15 ML.	1	ESG. FORN.	3730688	ASSIEME TURBOHALER 1804,5MCG 120 C	1	ESG. FORN.
6526590	AVENE YSTHAE EMULSAO 30 ML	1	DESCONTI	5252887	AZILECT 1 MG 28 COMP.	1	ESG. FORN.	8896260	BEPANTHENE CARE PLUS SPRAY 30 ML	1	ESG. FORN.
5154544	BETA-HISTINA ACTAVIS 24 MG 60 COMP	2	ESG. FORN.	7731778	BICARBONATO SODIO CART. 30 G FARL	2	RM	2184992	BIOLBAN 60 COMP.	3	ESG. FORN.
7731760	BORATO DE SODIO CART. 30 G FARLAB	10	RM	5381479	BRICANYL TURBOHALER 100 DOSES	2	ESG. FORN.	2561694	CARBONATO DE CALCIO SALUSIF 500MG	2	ESG. FORN.
9200626	CATAPRESAN 60 COMP.	1	RL	5455092	CEFORAL 1 GR 16 COMP.	1	ESG. FORN.	5442611	CEFUOXIMA SANDOZ 500 MG 16 COMP F	1	ESG. FORN.
3195187	CELEBREX 100 MG 20 CAPS.	1	ESG. FORN.	3196482	CELEBREX 200 MG 20 CAPS.	1	ESG. FORN.	2785885	CERAZETTE 3 X 28 COMP.	2	RL
2370286	CEREBROLYSINE (COGNICER) 1 ML 10 AP	1	RM	2370385	CEREBROLYSINE (COGNICER) 5 ML 5 AM	1	RM	7869327	CH-H66003310000 ESC PENTE CERDA R	1	NÃO COMERC
9096123	CHIMAR ORAL 10000 U 50 COMP.	1	RM	4205582	CHALIS 20 MG 4 COMP.	1	RL	4204384	CHALIS - 10 MG 4 COMP.	1	ESG. FORN.
5026315	CIPRALEX 10 MG 56 COMP.	1	RL	6115568	COMPEED STYLE SOS PALMILHAS DE GE	1	DESCONTI	6118968	COREGA SEM SABOR 40 ML	2	ESG. FORN.
6780973	COREGA SUPER CREME FIXATIVO 40 GR	2	ESG. FORN.	5113527	CYMBALTA 30 MG 7 CAPS	1	ESG. FORN.	5252283	CYMBALTA 60 MG 28 CAPS.	2	RL
3872686	DAVOBET POMADA 30 G	1	RL	3872785	DAVOBET POMADA 150 G	1	RM	8114314	DEPO-MEDROL - 40 Mg. 3 X 1 ML.	1	RL
8465708	DEPO-MEDROL LIDOCAINA 3 X 1 ML.	1	ESG. FORN.	8128306	DEPO-PROVERA 150 1 MI. EMB SER.	1	ESG. FORN.	8707208	DEXAMYTREX - COLIURO 5 ML.	2	ESG. FORN.
8660596	DOLVIRAN ADULTO 10 SUPS.	2	DESCONTI	5758081	DUAZEN 0,5 MG 60 CAPS.	2	ESG. FORN.	6885731	ELOYDIUM COLUTORIO ANTI-PLACA 500l	1	ESG. FORN.
3989490	ESCLEROBION 60 COMP.	1	DESCONTI	7731661	ETER ETILICO (SULFURICO) FARLAB 150	1	RM	5033675	FAMOTIDINA GENERIS 40 MG 28 COMP.	2	ESG. FORN.
8073030	FENSTIL 1 MG 20 COMP.	2	ESG. FORN.	8434902	FENSTIL GEL 1 MG / G 30 G	3	ESG. FORN.	5037031	FINASTERIDA GP 5 MG 60 COMP.	1	ESG. FORN.
8379919	FLOXAPEN 50 MG/ML SUSP. ORAL 100 ML	2	ESG. FORN.	9709808	FLUVERMAL FAMILIAR 2 X 30ml+12 COMP	1	DESCONTI	8685214	FUCICORT CREME 15 g	2	ESG. FORN.
8203026	FUCIDINE POMADA 15 Gr.	1	ESG. FORN.	6833574	GINIX UP GEL 30 G	2	DESCONTI	8588210	GINO-TROSYD 100 MG 6 COMP.VAG.	1	ESG. FORN.
6777163	HANSAPLAST MED AQUA PROTECT 20 R/	1	DESCONTI	2567782	HAVRIX 1440 1 SERINGA 1 ML	1	ESG. FORN.	5002449	HEXTRIL SOLUÇÃO BUCAL MENTA 200 ML	1	ESG. FORN.
9598601	HIDALONE CREME 30 Gr.	1	RM	5100235	HUMALOG KWINKEN 100U/ML 5 X 3 ML	2	ESG. FORN.	5184023	HUMALOG MIX 50 KWINKEN 100 U/ML 5 X	1	ESG. FORN.
9364315	HYDERGINE 4,5 MG 30 COMPRIMIDOS	1	DESCONTI	8665604	ILVICO N 20 COMP.	3	ESG. FORN.	4545786	INDERAL LA - 80 MG 14 CAPS.	1	DESCONTI
8508119	INDERAL LA - 80 MG 28 CAPS. LP	1	RM	8508101	INDERAL LA - 160 MG 28 CAPS.	1	RM	5382429	IRBESARTAN GP 75 MG 28 COMP.	2	ESG. FORN.
5314588	ITRACONAZOL GERMED 100 MG 32 CAPS	1	ESG. FORN.	9262584	JABA B12 10 MG/2 ML AMP. 6 X 2 ML	1	ESG. FORN.	9907915	KEMPHOR SOLUÇÃO BUCAL 120 ML	1	ESG. FORN.
9907923	KEMPHOR SOLUÇÃO BUCAL 240 ML	1	ESG. FORN.	3391894	KEPPRA 500 MG 60 COMP.	2	ESG. FORN.	5302187	LANSOPRAZOL GP 15 MG 56 CAPS.	1	ESG. FORN.
5187654	LEVOCETETRINA WYNN 5 MG 21 COMP.	1	ESG. FORN.	6800421	LIQUADURA ELASTICA BRANCA 10 Cml.	2	RM	9500421	LISASPIN - 1000 Mg. 20 CARTERAS	2	ESG. FORN.
5179015	LOSARTAN-HCTZ WYNN 100 MG+25 MG 2	1	ESG. FORN.	2308781	LOVENOX 80 MG 6 SERINGAS	2	ESG. FORN.	2841989	LOVENOX 80 MG 6 SERINGAS 80 MG/0,8	1	ESG. FORN.
5133780	LYRICA 50 MG 56 CAPS.	1	RL	9127902	MADECASSOL POMADA 30 Gr.	1	ESG. FORN.	6104703	MAF SEMDOR MINI PLANTAR SIL	2	NÃO COMERC
6110833	MAF SEMDOR MINI PLANTAR SILIC. C/FOF	1	NÃO COMERC	5692587	MALARONE 250/100 MG 12 COMP.	2	RL	2235695	MEBOCATUSS (PESANDRINE) XAROPE 2l	1	DESCONTI
2049888	MEVLOR - 20 Mg. 60 COMP.	1	RM	4004289	MICARDIS PLUS 80/12,5 MG 28 COMP.	2	RL	7317651	MIDRO 60 COMP.	1	ESG. FORN.
8537308	MIGRALEVE 12 COMP.	2	ESG. FORN.	2494185	MINGESTE 3 X 21 COMP.	1	ESG. FORN.	6326223	MINOCIN - 100 MG 15 COMP.	1	ESG. FORN.
5042619	MIRTAZAPINA MIRPAX 15 MG 60 COMP.	1	DESCONTI	9787010	MOXADENT 1 GR 16 COMP.	1	DESCONTI	9642256	MUTABON D 25 MG + 2 MG 60 COMP.	1	DESCONTI
9642264	MUTABON F 25 MG + 4 MG 60 COMP.	1	DESCONTI	8344705	MYCOSTATIN SUSP. 30 ML.	2	RL	8988824	MYSOLINE - 250 MG 60 COMPRIMIDOS	1	ESG. FORN.
8459400	NERISONA CREME 30 Gr.	1	ESG. FORN.	4564191	NIMESULIDA MYLAN 100 MG 30 COMPRIM	1	ESG. FORN.	5354204	NILUTIN MENTA 1,5 MG 20 COMP. P/CHU	1	ESG. FORN.
5607288	NORLEVO - 1,5 MG 1 COMP	1	ESG. FORN.	7984435	NUK DISNEY MICKY CHUP. ORTOD T 2 S	1	ESG. FORN.	9074785	OHBI2 10.000 AMP. 6 X 1 ML.	1	RM
7355750	OLEO FICADO BACALHAU SABOR LARAN.	1	RM	6778088	ORTOPAD SKIN REGU PENSO OFT X 20	1	RM	2540383	OXIS TURBOHALER 9 MCG/DOSE 60 DOE	1	RL
6445957	PAROXYCLIN SOLLUTO GENGIVAL 300 l.	1	ESG. FORN.	3914381	PAROXETINA LAXPAR 20 MG 80 COMP.	1	RM	5373428	PERINDOPRIL ZENTIVA 8 MG 30 COMP.	1	ESG. FORN.
9016469	PERSANTIN 25 MG 60 COMP.	1	ESG. FORN.	5471289	PERSANTIN PERLOQUETAS 150MG 60C.	1	DESCONTI	8467407	PEVARYL LOCAO 1% 30 ML.	1	DESCONTI
6855919	PHYSIOGEL A1 CREME 50 ML.	1	ESG. FORN.	5655883	PRAVASTATINA CICLUM 40 MG 60 COMP	1	ESG. FORN.	5655980	PRAVASTATINA CICLUM 40 MG 60 COMP	1	ESG. FORN.
5170055	PREGNLYN 5.000 UI 1ML	1	RL	8630889	PULMICORT TURBOHALER 400ug-DOSE X	1	ESG. FORN.	6844357	QUITOSO CARE CHAMPO 150 ML	1	RM
2637593	RANTIDONA GENERIS 150 MG 60 COMP.	1	DESCONTI	2501088	RANTIDONA MYLAN 300 MG 60 COMP REV	1	ESG. FORN.	5257456	RASILEZ 150 MG 28 COMP.	2	RL
5257596	RASILEZ 300 MG 28 COMP.	2	RL	5257638	RELMUS 8 MG 20 CAPSULAS	1	RM	8181511	RELMUS - 4 Mg. 60 CAPS.	1	RM
9429001	RETINA CREME 30 Gr.	2	DESCONTI	4258298	RODERMIL EMULSAO CUTANEA 30 G	1	DESCONTI	5096247	ROPINROL GENEDEC 1 MG 84 COMP.	1	RM
4863486	RUBIFEN 10 MG 30 COMP.	1	RM	4352886	SALOFALK SUSPENSÃO RECTAL 7 ENEM	2	ESG. FORN.	9910406	SELENIX CHAMPO 125 ML	1	RM
8270165	SEMI-DAONIL 60 COMP.	1	ESG. FORN.	3074580	SEROQUEL 100 MG 60 COMP.	1	ESG. FORN.	5402151	SINAVASTATINA GREEN AVET 20 MG 60 C	1	ESG. FORN.
4995957	SINAVASTATINA WYNN 20 MG 60 COMP.	1	ESG. FORN.	9334284	SOLU-DACORTINA - 50 Mg 6 + 6 AMPOL	1	RM	3984481	SPIRIVA 18 MCG 30 CAPS + HANDIHALER	3	ESG. FORN.
7351817	STRESSABS 30 COMP	1	RM	3515087	SYMBICORT TURBOHALER 80 MCG 120 D	1	RL	8889600	SYNTOCINON SPRAY 5 ML	1	ESG. FORN.
6503466	TABARD STICK REPELENTE INSECTOS 1	1	RM	8021352	TAMPOES PLOVIDOS OHROPAX BANHO	1	ESG. FORN.	6010488	TAMPOES PLOVIDOS OHROPAX RUÍDO	1	ESG. FORN.
6772632	TAMPOES PLOVIDOS OHROPAX SOFT X	1	ESG. FORN.	8637637	TARIVID 200 MG 16 COMP.	1	RM	3612280	TARMED CHAMPO 150 ML	1	ESG. FORN.
2623886	TAVANIC 250 MG 10 COMP.	1	ESG. FORN.	5205984	TENOXICAM MYLAN 20 MG 10 COMP.	1	RM	2172682	TENS 4 28 COMP.	2	DESCONTI
5413588	TERBINAFINA CICLUM 250 MG 14 COMP.	1	ESG. FORN.	5159397	TERBINAFINA FUNGIL 250 MG 28 COMP.	1	RM	4832980	TILCOTIL - 20 MG 60 COMP.	1	RM
9434407	TOLOXIM 100 MG 8 COMPRIMIDOS	1	ESG. FORN.	9698100	TOLOXIM 20 MG/ML SUSPENSÃO ORAL 3C	1	DESCONTI	5274618	TOPIRAMATO BLUEFISH 50 MG 60 COMP	1	ESG. FORN.
3081367	TRAMADOL CICLUM 100 MG/ML SOL. ORAL	1	NÃO COMERC	3827696	TRAMADOL LABESFAL 100MG/ML 10 ML	1	DESCONTI	4575799	TRIAM-TIAZIDA R 10 COMP.	1	RM
9516625	TRIAM-TIAZIDA R 60 COMP.	1	RM	9476408	TRIVASTAL 50 RETARD 30 COMP.	2	ESG. FORN.	4538294	TRYPTIZOL - 10 MG 10 COMP.	1	RM
8054262	TRYPTIZOL - 10 Mg. 60 COMP.	1	DESCONTI	8054247	TRYPTIZOL - 25 Mg. 60 COMP.	1	DESCONTI	8054288	TRYPTIZOL - 50 Mg. 60 COMP.	2	DESCONTI
8052902	VARFINE 5 MG 20 COMP.	1	ESG. FORN.	8883231	VARIDASA 50 COMP.	1	RM	6576785	VASELINA PURIFICADA 100 G - SALUSIF	1	ESG. FORN.
6879664	VICHY LIFTACTIV DS PELE SECA CR 50 l.	1	ESG. FORN.	4511796	VICTAN 2 MG 20 COMP.	3	ESGOTADO	4362895	VISACOR 20 MG 30 COMP.	1	RL
5571781	VISACOR 60 MG 60 COMP.	1	ESG. FORN.	5406602	VOLTAREN EMULGELEX 150 GR	1	ESG. FORN.	4804480	XUMADOL 1 G 40 SAQUETAS	1	RM
4804589	XUMADOL 1 G 60 SAQUETAS	1	RM	5193859	ZEBINIX 800 MG 30 COMP	2	RL	5926688	ZOLPIDEM ACTAVIS 10 MG 20 COMP REV	4	ESG. FORN.
3984688	ZOLPIDEM WYNN 10 MG 20 COMP.	2	ESG. FORN.								

Legenda: RM (Ret Mercado) PF (Prod Falta) RL (Ret. Labor.).

Origem junta: E (esgotados enc. anterior), I (portal internet), G (gadget), TIR (tel), O (outro)

PVA: [A][B]1: <= 5 [A][B]2: <= 7 [A][B]3: <= 10 [A][B]4: <= 20 [A][B]5: <= 50 [A][B]6: <= 50

O PVA inclui a taxa de comercialização (0,4%) calculada sobre o PVP s/iva.

Encomenda:	DATA entrega: 2014-09-06
FARM.CENTRAL-V.N.GAIA	
RUA ALVARES CABRAL, 137 4400 17 V.N.GAIA	

Nº Fatura

Ref: 3
Unid: 5

PRE-RESERVA DE VACINAS: PRE-RESERVA DE VACINAS CONTRA GRIPE SAZONAL - RESERVE EM WWW.COOPROFAR.PT

B. INCIDENCIA	IVA	VALOR IVA	TOTAL ÉTICO:	Eur
0,00	5,00%	0,00	122,75	
0,00	12,00%	0,00	TOTAL NETO:	0,00
0,00	13,00%	0,00		
0,00	23,00%	0,00		
0,00	20,00%	0,00	SUBTOTAL:	122,75
0,00	21,00%	0,00	TOTAL IMPOSTO:	7,37
0,00	0,00%	0,00		
122,75	6,00%	7,37	TOTAL LIQUIDO:	130,12

**ANEXO 4: NOTA DE DEVOLUÇÃO (TRIPLICADO)****FARMACIA CENTRAL DE GAIA**

RUA ALVARES CABRAL, 137

4400-017 VILA NOVA DE GAIA

NIF: 508531454

Telefone: 223703781

Dir. Téc. DRª DANIELA PEDROSA
RODRIGUES OLIVEIRA

Cód. Farmacia: 000100145

Nota de Devolução Nº G005/ 129**de 10-08-2015**

Triplicado

Farmácia Central, Plusmed, Lda
Dra. Daniela P.R. Oliveira
Rua Alvares Cabral, 137
4400-017 V. N. Gaia
Tel: 223 703 781- Fax: 223 704 106
NIF: 508 531 454

Para: OCP Portugal, S.A. - Sede e Armazém
 R Barreiro, 235 4470-573 Maia

NIF: 500364877

Motivo - Outros						Origem
Produto	Qtd.	Pr. Custo	Pr. Venda	IVA		
6428623 Avene Homem Balsamo Pos Barba 75 MI	2	5,41€	20,45€	23%		15135636
6449124 Avene Homem Cr Barba 100 MI	2	3,62€	13,70€	23%		15138636
6428607 Avene Homem Esp Barba 150 MI	2	3,80€	14,35€	23%		15138636
6813618 Avene Homem Fluido Pos Barba	1	6,14€	20,50€	23%		15041761
6813600 Avene Homem Gel Barba 150ml	2	5,41€	20,45€	23%		15041761
Quantidade Total:		9			Custo Total:	42,62€
					PVP Total:	158,40€

Observações:

A PEDIDO DA CIRCULAR EM ANEXO

Carga

Local: RUA ÁLVARES CABRAL, 137

Início: 10-08-2015 16:30:59

Veículo:

Código AT: 2663993195

Descarga

Local: R Barreiro, 235

4470-573 Maia

Fim:

Recebido Por:

Operador: DRª MARIA

Página 1



ANEXO 5: REQUISIÇÃO ESPECÍFICA DE PSICOTRÓPICOS E ESTUPEFACIENTES

REQUISIÇÃO DE SUBSTÂNCIAS E SUAS PREPARAÇÕES COMPREENDIDAS NAS TABELAS I, II, III E IV, COM EXCEÇÃO DA II-A, ANEXAS AO DECRETO-LEI Nº 15/93, DE 22 DE JANEIRO, COM RECTIFICAÇÃO DE 20 DE FEVEREIRO

Requisição nº 10943/E
AG - 75595/E

Cliente: 21603 FARM.CENTRAL-V.N.GAIA
RUA ALVARES CABRAL, 137
4400 17 V.N.GAIA

Data: 08-08-2015
Relativa à factura nº AG - 14118266

(Nos termos do art. 18.º do Decreto Regulamentar n.º 61/94, de 12 de Outubro.)
Requisita-se a: **Cooperativa dos Proprietários de Farmácia, CRL.**

Requisição nº 10943/E
AG - 75595/E

Cliente: 21603 FARM.CENTRAL-V.N.GAIA
RUA ALVARES CABRAL, 137
4400 17 V.N.GAIA

Data: 08-08-2015
Relativa à factura nº AG - 14118266

(Nos termos do art. 18.º do Decreto Regulamentar n.º 61/94, de 12 de Outubro.)
Requisita-se a: **Cooperativa dos Proprietários de Farmácia, CRL.**

17895486001

Página 1 de 1

Código	Designação, Forma Farmacêutica e Dosagem	Quantidade	
		Pedida	Enviada
8617522	MST 10 MG 30 COMPRIMIDOS DE LP	3	3

De acordo com a legislação em vigor remeto o duplicado devidamente assinado e carimbado, arquivando o original por um período de 3 anos.

FARM.CENTRAL-V.N.GAIA
Director Técnico ou Farmacêutico Responsável

COOPROFAR, CRL
Director Técnico:

Susana Quelhas
Susana da Silva Quelhas Sampaio Maia
Nº de Insc. na O.F.: 11045

(assinatura legível) Data e Carimbo

Nº de Insc. na O.F. Data e Carimbo

Processado por computador



ANEXO 6: FICHA DE PREPARAÇÃO DE SOLUÇÃO ALCOÓLICA DE ÁCIDO BÓRICO À SATURAÇÃO

+

7.	Agitação a praxe de 15 em 15 min.
8.	Filtrar a solução saturada.
9.	Obtida
10.	
11.	
12.	
13.	
14.	
15.	
16.	

Aparelhagem usada:

Balança ; Peneira Rollado ; Vortex ; Funil

Embalagem

Tipo de embalagem: vidro âmbar tipo III

Capacidade do recipiente: 30 ml

Material de embalagem	Nº do lote	Origem
Frasco conta-gotas de vidro âmbar		

Operador: *[assinatura]*

Rubrica do Director Técnico: *[assinatura]*

FCP 2001 - 1ª Adenda (2004)

DIRECÇÃO TÉCNICA DE:

DR.ª DANIELA F. R. OLIVEIRA

Rua Almeida Cabral, 137 - 4600-017 M. S. V.

(telefone da farmácia) / 7 - fax 221 104 105

Cadastro Nacional nº 508 511454

Medicamento: Solução Alcohólica de Ácido Bórico à saturação

Por em substância(s) activa(s): 100 g (ml ou unidades) contém 4 g (ml) de Ácido Bórico

arma farmacêutica: Solução extensa

Data de preparação: 15/11/2015

úmero do lote: 168325-168326

Quantidade a preparar: 30 ml

Matérias-primas	Lote nº	Origem	Farmacopeia	Quantidade para 100 g (ou ml, ou unidades)	Quantidade calculada	Quantidade pesada	Rubrica do Operador e data	Rubrica do Supervisor e data
Ácido Bórico (v/v)	02010 NAC100	FP VI	FP VI	4,0	1,5	1,570	<i>[assinatura]</i> 15/11/15	<i>[assinatura]</i> 15/11/15
Álcool 90% (v/v)	141129	FP VI	FP VI	100	30 ml	99,30 ml	<i>[assinatura]</i> 15/11/15	<i>[assinatura]</i> 15/11/15

preparação

Rubrica do Operador: *[assinatura]*

Colocar numa peneira Rollado cerca de 23 ml de álcool 90% (v/v)

Pesar o ácido bórico e adicionar aos frascos de álcool, agitando fortemente após cada adição durante 20 s.

Após a adição de todo o ácido bórico, suspender a agitação e deixar a solução em repouso durante 1 hora.

Rubrica do Director Técnico: *[assinatura]*

Data: 15/11/15

P 2001 - 1ª Adenda (2004)



ANEXO 7: RECEITA MÉDICA

GOVERNO DE PORTUGAL MINISTÉRIO DA SAÚDE		Receita Médica Nº	
Utente: Nome do Utente Telefone: Entidade Responsável: SNS Nº. de Beneficiário:		 * 1 0 1 1 0 0 0 0 7 1 9 9 1 1 8 7 0 2 *	
R.C.: R * 1 9 7 3 8 3 4 4 3 *		RN	
 * M 1 6 4 8 4 *	Nome do Médico Especialidade: MEDICINA GERAL E FAMILIAR Telefone: 278260050	CS MIRANDELA-UNID.2 * U 0 4 0 7 2 2 *	
R_x DCI / Nome, dosagem, forma farmacêutica, embalagem, posologia		N.º Extenso	Identificação Ótica
1 Betametasona [Diprosone], 0.5 mg/g, Creme, Bisnaga - 1 unidade(s) - 30 g Posologia: 1 X DIA		2 Duas	 * 9 4 1 9 3 0 9 *
2 3 4			
Validade: 30 dias Data: 2014-07-14		Assinatura do Médico Prescritor (assinatura do Médico Prescritor)	

Processado por computador - Prescrição Eletrónica Médica - v2.1.0 - SPMS, L.P.E.



ANEXO 8: RECEITA MÉDICA RENOVÁVEL

GOVERNO DE PORTUGAL MINISTÉRIO DA SAÚDE		Receita Médica Nº		3.ª VIA	
Utente: Nome do Utente Telefone: Entidade Responsável: SNS Nº. de Beneficiário:		 * 1 0 2 1 0 0 0 0 7 4 8 9 2 0 9 1 3 7 *		RN	
 * M 1 6 4 8 4 *		Nome do Médico Especialidade: MEDICINA GERAL E FAMILIAR Telefone: 278260050		CS MIRANDELA-UNID.2  * U 0 4 0 7 2 2 *	
R _x DCI / Nome, dosagem, forma farmacêutica, embalagem, posologia		N.º Extenso		Identificação Ótica	
1 Lercanidipina, 20 mg, Comprimido revestido por película, Blister - 28 unidade(s) Posologia: 1cp à noite		2 Duas		 * 5 0 0 3 6 8 2 3 *	
2 Losartan, 100 mg, Comprimido revestido por película, Blister - 30 unidade(s) Posologia: 1cp de manhã		2 Duas		 * 5 0 0 3 2 4 8 8 *	
3					
4					
Validade: 6 meses Data : 2014-07-24		Assinatura do Médico Prescritor (assinatura do Médico Prescritor)			

Processado por computador - Prescrição Eletrónica Médica - v2.1.0 - SPMS, EPE



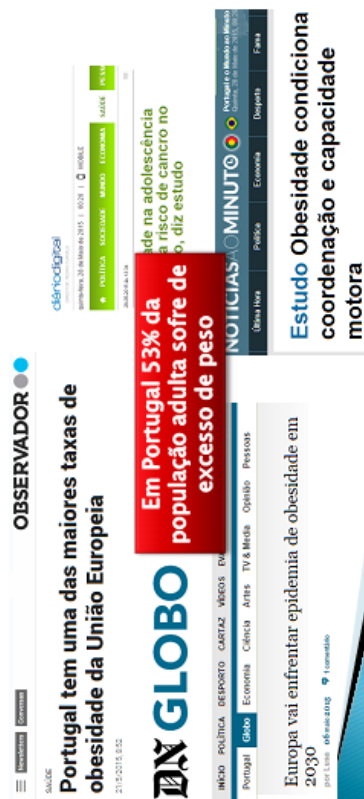
ANEXO 9: RECEITA MÉDICA PRÉ-IMPRESSA OU MANUAL

GOVERNO DE PORTUGAL Ministério da Saúde		Receita Médica N.º	
Utente: Nome do Utente N.º de Utente: <u>197785824</u> Telefone: _____ R. C.: _____ Entidade Responsável: <u>GNS</u> N.º de Beneficiário: _____		RECEITA MANUAL Exceção legal: ☐ a) Falência informática ☒ b) Inadaptação do prescriptor ☐ c) Prescrição no domicílio ☐ d) Até 40 receitas/mês	
Vinheta do Médico Especialidade: <u>Med. DENTÁRIA</u> Telefone: <u>278-265737</u>		Vinheta do Local de Prescrição	
R. DCI/Nome, dosagem, forma farmacêutica, embalagem		N.º Extensão	
1 <u>Azithromicina 500 (3comp).</u>		<u>1 (uma) ex</u>	
Posologia <u>Tomar 1cp/dia — 3 dias.</u>			
2 <u>Ibuprofeno 600 (20comp)</u>		<u>1 (uma) ex</u>	
Posologia <u>Tomar 1cp 8/8h — 3 dias</u>			
3 _____ Posologia _____			
4 _____ Posologia _____			
Validade: 30 dias Data: <u>2014.10.07</u> (aaaa/mm/dd)		Assinatura do Médico Prescritor (assinatura do Médico prescriptor)	



ANEXO 10: APRESENTAÇÃO “OBESIDADE: UNS QUILOS A MAIS, UNS ANOS A MENOS”

Nos meios de comunicação...



4

Desde pequenino...



“OBESIDADE INFANTIL NÃO É UM FENÓMENO TRANSITÓRIO E ACARRETA CONSEQUÊNCIAS AO LONGO DO PERCURSO DA VIDA.”

Ethelberg, Treatment, and Prevention of Obesity in Childhood and Adolescence: A Decade in Review. Current Spring-News, JOURNAL OF RESEARCH ON ADOLESCENCE 21(1), 129 – 152, 2011.

60% das crianças obesas serão adultos obesos

6



Nos meios de comunicação



<https://www.youtube.com/watch?v=h1BQPV-iCKU>

5



Desde pequenino...

- ▶ <https://www.youtube.com/watch?v=gV2U6C6Higg>



7

- ▶ 155 MILHÕES DE CRIANÇAS EM IDADE ESCOLAR COM EXCESSO DE PESO/OBESIDADE
- ▶ A OBESIDADE INFANTIL ESTÁ ASSOCIADA AO DESENVOLVIMENTO DE OUTRAS DOENÇAS GRAVES
- ▶ AS CRIANÇAS OBESAS ENFRENTAM AINDA GRAVES PROBLEMAS SOCIAIS E PSICOLÓGICOS



8

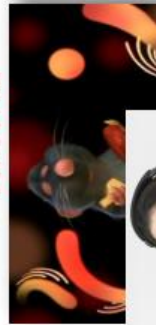
Porquê???

- ▶ Características do alimento



9

Marketing sensorial



Porquê???

- ▶ Características do alimento



<https://www.youtube.com/watch?v=c75Sb77Q>

10

Marketing sensorial



Porquê???

- ▶ Características do alimento



Etiquetas enganosas

Porquê???

- ▶ Regulação do sono



Sono curto



Maior ingestão!



**Obesidade
Diabetes
Hipertensão**

8-9h sono



11

Porquê???

- ▶ Densidade energética
- ▶ Duração refeição
- ▶ Emoções
- ▶ Contexto socioeconómico
- ▶ Genética
- ▶ Ambiente escolar, promoção do consumo e oferta alimentar



13

Por dentro...

<https://www.youtube.com/watch?v=eTMz11cblZc>

<https://www.youtube.com/watch?v=0i7uzVZVEkg>



Consequências



16

Por dentro...

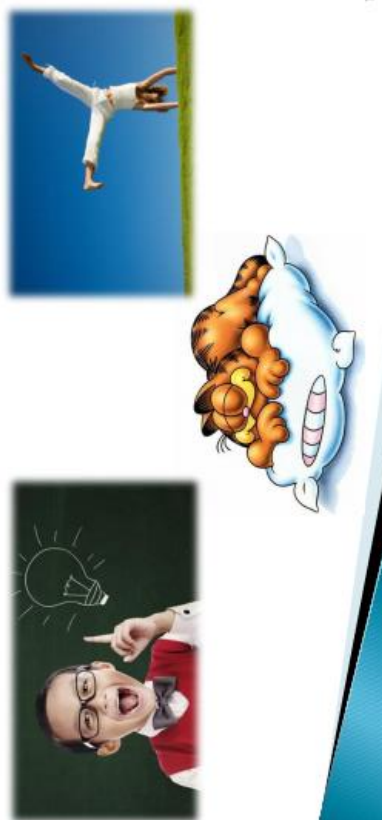
A doença cardiovascular é a principal causa de morte do Mundo Ocidental!

<https://www.youtube.com/watch?v=8ij3k50-C28>



15

No bom caminho!



17

Critérios para excesso de peso

- ▶ Índice de Massa Corporal (IMC)
- ▶ Perímetro abdominal



18



Critérios para excesso de peso

Índice de Massa Corporal (IMC)

- IMC = $\text{Peso (kg)} / \text{Estatura (m)}^2$

IMC	Classificação	Risco de doença
18,5-24,9	Peso normal	x
25-29,9	Excesso de peso	Aumentado
30-34,9	Obesidade de Classe 1	Moderado
35-39,9	Obesidade de Classe 2	Grave
≥ 40	Obesidade de Classe 3	Muito grave



19

Critérios para excesso de peso

Perímetro abdominal

Risco CM	Masculino	Feminino
Pouco risco	<94	<80
Risco aumentado	≥ 94	≥ 80
Risco muito aumentado	≥ 102	≥ 88



20

Soluções duvidosas

- <https://www.youtube.com/watch?v=dzrKEO8bsk>

Perda de peso eficaz

Erros comuns:

- × Grandes reduções calóricas
- × Refeições menos frequentes

Não se perde peso e ainda faz engordar mais!



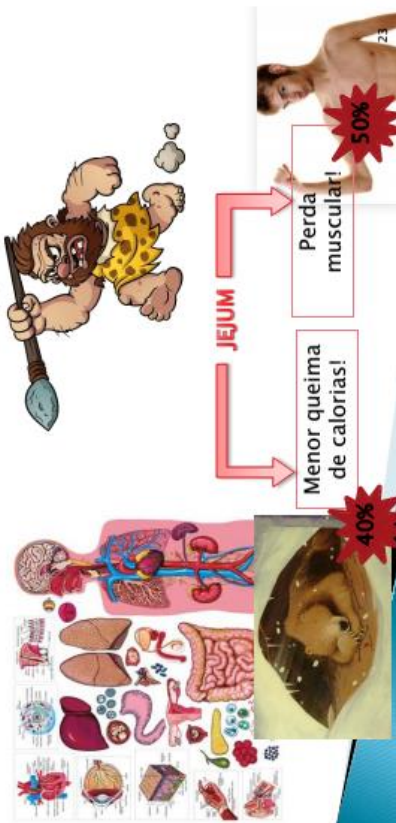
Porque vai CONTRA a nossa biologia!!!



21



Funcionamento biológico

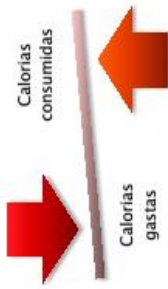


Trabalha com a biologia!

- Estimular o corpo a queimar gordura **gradualmente** e durante um **maior período de tempo!**

- 1) Déficit calórico LIGEIRO

Consumir ~15% a ~20% calorias necessárias para manter o nosso peso actual!



- 2) Manter ALTA frequência de refeições



Exercício

- Melhor humor
- Maior resistência cardiovascular
- Maior crescimento de neurónios
- Menor risco de cancro e diabetes
- Perda de peso???

O QUE???



Exercício

- Melhor humor
- Maior resistência cardiovascular
- Maior crescimento de neurónios
- Menor risco de cancro e diabetes
- Perda de peso???

O QUE???



26

25



Solução

- ✗ Correr todos os dias
- ✗ Não intensificar
- ✗ Treinos muito longos



Alimentação

- ▶ Distribuição dos macronutrientes



27

28

Alimentação

- ▶ <https://www.youtube.com/watch?v=ji6sn4ldwo0>

Alimentação



29

30



Alimentação



31

Alimentação



32

Alimentação



33

Alimentação



Proteína induz crescimento muscular e sacia o apetite



Cálcio reduz a absorção de gordura e aumenta a sua excreção





Alimentação



35

Geral



36

Não é preciso ser coelho!



37

Beleza ideal?

How did our idea of beauty become so distorted?



38

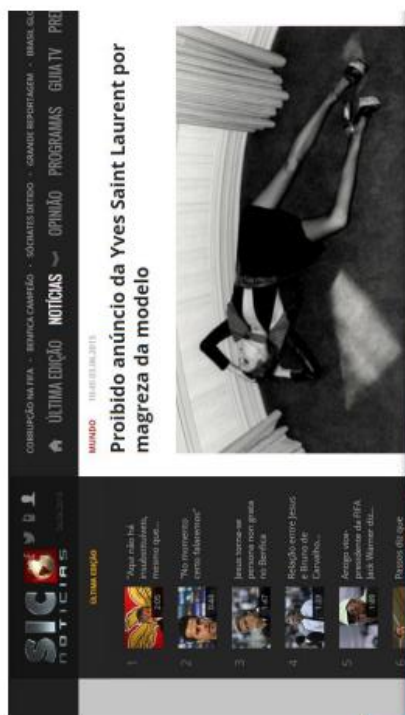


Anorexia nervosa



39

Beleza ideal?



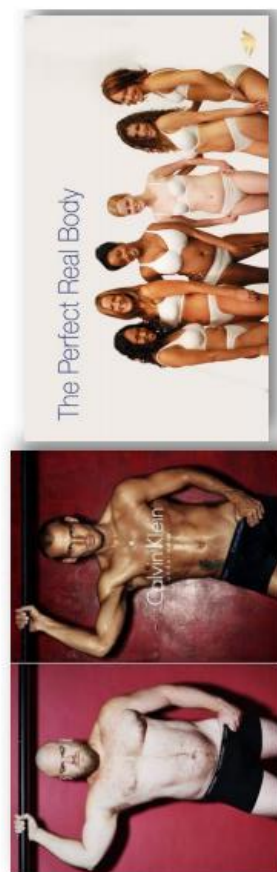
40

Beleza ideal?



41

Beleza ideal?



42



Beleza ideal?



43

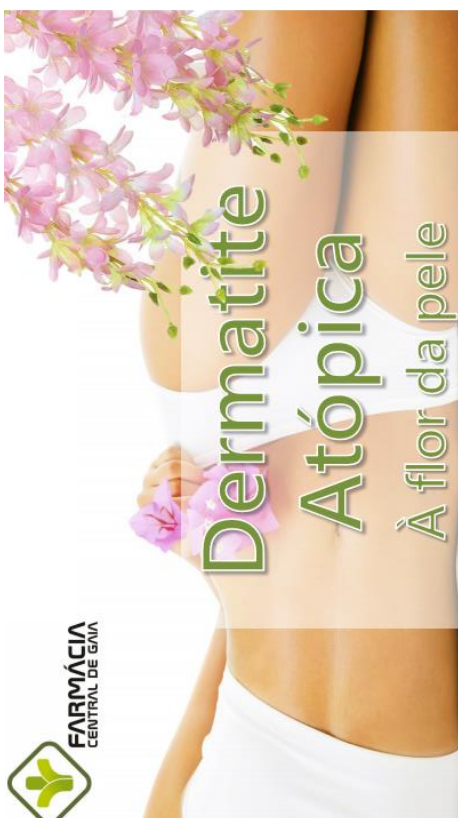
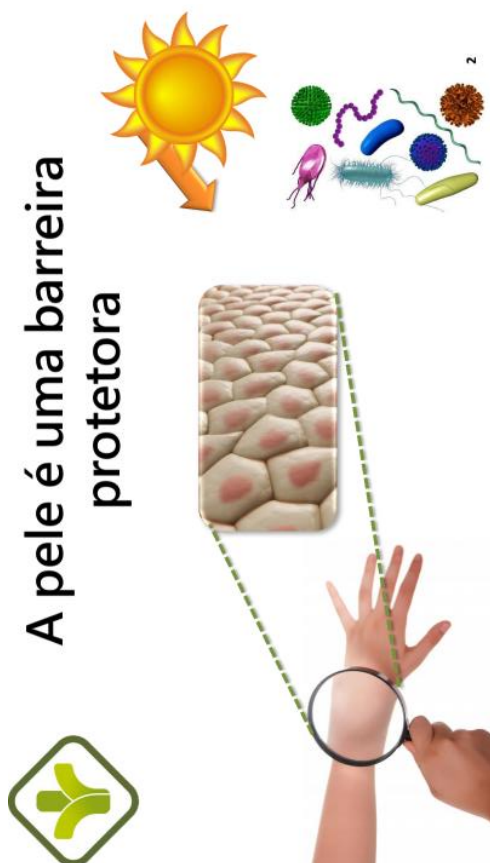
FIM



44



ANEXO 11: APRESENTAÇÃO “DERMATITE ATÓPICA: À FLOR DA PELE”



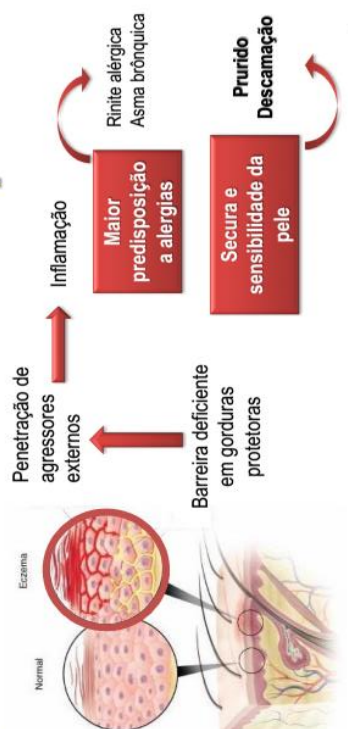
Dermatite atópica

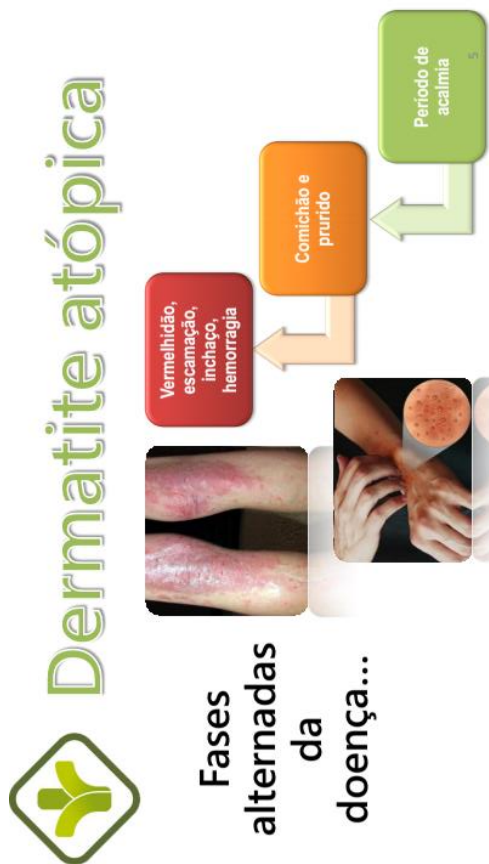


O que é?

Inflamação cutânea de evolução **crônica** que se manifesta em **prurido** e **eczemas**

Dermatite atópica





Dermatite atópica

Quem afecta?

É a inflamação da pele mais frequente em **crianças!**

Porém normalmente desaparece aos 3 a 4 anos de idade...



Em 80% dos casos, manifesta-se durante o primeiro ano de vida!

Dermatite atópica

E na idade adulta?

Tendência a melhorar, apesar de a pele se manter seca e reativa



Mas é possível a doença só se começar a manifestar na idade adulta!



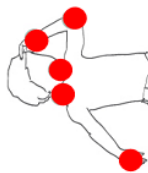
Dermatite atópica

Zonas afectadas?

Menores de 2 anos



2 a 10 anos



Maiores de 10 anos



9



Dermatite atópica

Não existe cura! Mas há maneiras de prevenir e aliviar os sintomas...



Dermatite atópica



Evitar

- Banhos quentes e prolongados
- Sabonetes e detergentes agressivos
- Lãs e fibras sintéticas
- Esfregar a pele com toalha após o banho
- Ambientes aquecidos, secos e poeirentos
- Coçar as lesões
- Transpirar em excesso

Optar por

- Lavagens menos frequentes
- Óleos e cremes hidratantes sem perfumes e gordurosos
- Aplicar hidratante logo após o banho e ao longo do dia
- Roupas de algodão
- Secar pele ligeiramente com a toalha



Dermatite atópica

Tratamento da secura da pele?



Durante o **banho** aplicar **óleos de banho**



Após o **banho**, aplicar **emolientes** na pele ainda húmida

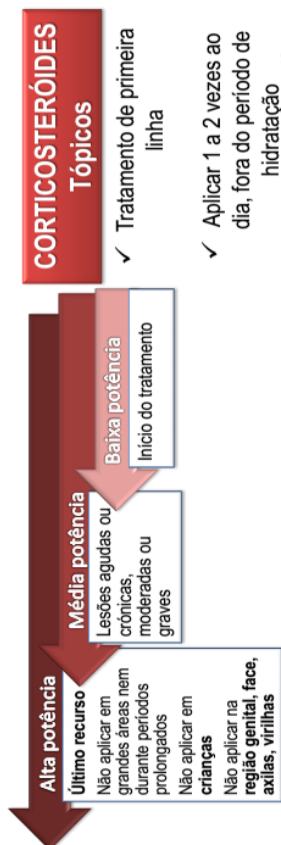
12

11



Dermatite atópica

Tratamento da inflamação?



13



Dermatite atópica

Tratamento da inflamação?



ANTI-HISTAMÍNICOS
de primeira geração

✓ Aliviam prurido

✓ Favorecem sonolência
(aplicar ao deitar)



14



Dermatite atópica



Tratar **sempre** da pele mesmo depois de as lesões desaparecerem!



15



Dermatite atópica



Peça sempre aconselhamento do seu farmacêutico

16



ANEXO 12: FLYER “PÉ DIABÉTICO”

O pé diabético é uma consequência das duas complicações mais frequentes na Diabetes:

- * **Aterosclerose** - a acumulação de placas de gordura e outras substâncias "entope" as artérias do pé, impedindo assim o aporte de sangue aos pés e provocando défice de oxigénio (isquemia) nestes. Isto leva a que os pés fiquem debilitados e tenham dificuldade em cicatrizar feridas (úlceras), podendo, em casos graves, causar morte dos tecidos (necrose) e requerer amputação para evitar a contaminação dos tecidos saudáveis mais próximos. O pé diabético é responsável pela maioria das amputações em Portugal.
- ** **Neuropatia** - degeneração dos nervos que chegam aos pés. Como estes nervos são responsáveis pelas sensações cutâneas, quando a Diabetes acelera a destruição destes neurónios, perde-se alguma ou a totalidade da sensibilidade dos pés.

PÉ DIABÉTICO

Proteja-se!
Conheça os sinais e sintomas

* pé isquémico

** pé neuropático

TODOS OS DIABÉTICOS DEVEM FAZER UMA AVALIAÇÃO ANUAL DOS PÉS

A pele do pé diabético é sensível e mais susceptível a lesões, infeções, queimaduras e deformações pelo que há que evitar tudo o que seja agressivo para o pé:

- * Lavar os pés todos os dias com água tépida, e gel ou sabonete pH neutro
- * Secar bem os pés
- * Usar unhas bem aparadas
- * Usar meias de lã e algodão, sem costuras nem elásticos
- * Usar calçado confortável e ajustado ao pé
- * Manter pele suave, macia e sem calos
- * Manter boa circulação de sangue nos pés
- * Controlar sempre o nível de açúcar no sangue!





PRÁTICAS TUTELADAS EN OFICINA DE FARMÁCIA



15 Enero – 15 Abril
2015

Titular Miriam Varela Serrano

Alumna Mariana Vilar Gonçalves Oliveira

Las prácticas de 3 meses en oficina de farmacia están incluidas en el *Mestrado Integrado de Ciências Farmacêuticas da Faculdade de Farmácia da Universidade do Porto*.

Local: Farmacia Miriam Varela Serrano – Calle Isla de Ons 22, 28035 Madrid

Período: 15 enero hasta 15 abril de 2014

Relatório elaborado por

(Mariana Vilar Gonçalves Oliveira)

Farmacéutica titular

(Miriam Varela Serrano)

DECLARACIÓN DE INTEGRIDAD

Yo, Mariana Vilar Gonçalves Oliveira (100601169), alumna de *Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas da Faculdade de Farmácia da Universidade do Porto* declaro que he actuado con absoluta integridad en esta memoria. En este sentido, se confirma que no incurrió en plagio (el acto por el cual una persona, incluso por omisión, asume la autoría de una obra intelectual o partes de ellas). Más se establece que todas las frases tomadas de trabajos anteriores se hacen referencia o se escriben con nuevas palabras, e en este caso se coloca la cita bibliográfica de la fuente.

Faculdade de Farmácia da Universidade do Porto, ____ de _____ de _____

Firma: _____

AGRADECIMIENTOS

Esta fue una experiencia muchísimo enriquecedora a nivel profesional y personal. El ambiente en la oficina de farmacia fue estupendo, con muy bueno humor y paciencia acompañando la evolución de mi trabajo, por parte de todo el equipo sin excepción, y también por parte de los clientes más habituales. Me hicieron sentir completamente integrada en esta familia, y ayudaron con las barreras lingüísticas al principio. Me siento muy agradecida por la vuestra constante disponibilidad y por confiar en mí hasta el punto de haberme dado libertad para participar en todas las tareas de farmacia, incluyendo hacer atendimento tan temprano.

Gracias a Miriam, titular de mi farmacia y tutora por la posibilidad de realizar estas prácticas y por su asistencia dispensada, sin ella esta jornada jamás habría sido posible.

Gracias a Sonia, quien pasó más tiempo conmigo, por haberme enseñado tanto sobre la actividad farmacéutica, sus lecciones hicieron de mí una mejor profesional y sus consejos valiosos, así como su incesante optimismo, paciencia inagotable y total disponibilidad me enriquecieron muchísimo.

Gracias a Elena por todo su tiempo dedicado en todas sus lecciones y por su constante amabilidad.

Gracias a Sara y a Paloma, vuestro bueno humor y complicidad hicieran mis prácticas muy divertidas.

Gracias a Patricia por su simpatía y disponibilidad, me alegro de haberte conocido aunque solo haya al final.

Gracias a Isabel por su alegría y por hacer las tardes más musicales.

Agradezco aún a Profesora Doctora Marcela Segundo por su incansable dedicación a las prácticas tuteladas de Erasmus.

Espero poder integrar en Portugal todo lo que aprendí aquí, seguro que me será muy útil en mi progreso.

.

ÍNDICE

DECLARACIÓN DE INTEGRIDAD.....	iii
AGRADECIMIENTOS	iv
ÍNDICE	v
ÍNDICE DE ABREVIATURAS	vii
ÍNDICE DE IMÁGENES Y TABLAS.....	viii
1. INTRODUCCIÓN.....	1
1.1 Sistema Sanitario Español	1
1.2. Prestación farmacéutica.....	3
1.3. Oficina de farmacia	4
2. HISTORIA DE LA FARMACIA MIRIAM VARELA SERRANO	4
3. ORGANIZACIÓN DEL ESPACIO FÍSICO Y FUNCIONAL DE LA FARMACIA ...	5
3.1 Localización y aspecto exterior.....	5
3.2 Horario	6
3.3 Recursos humanos	6
3.4 Organización del espacio físico	6
3.4.1. Área de servicio público	6
3.4.2. Rebotica.....	7
3.4.3. Laboratorio	8
4. SISTEMA INFORMÁTICO	8
5. GESTIÓN DE STOCK, APROVISIONAMIENTO Y ALMACENAJE DE ESPECIALIDADES FARMACEUTICAS.....	9
5.1. Gestión de stock	9
5.2. Pedidos	9
5.3. Recepción	10
5.4. Devoluciones	10
5.5. Almacenamiento	11
6. SÍMBOLOS, SIGLAS Y LEYENDAS EN CARTONAJE DE LAS ESPECIALIDADES.....	12

7. DISPENSACIÓN.....	13
7.1. Medicamentos sin receta médica	14
7.2. Medicamentos con receta médica	15
7.3. Medicamentos psicótropos y estupefacientes.....	17
7.4. Medicamentos veterinarios	17
7.5. Productos sanitarios	18
8. FORMULACIÓN MAGISTRAL.....	18
9. CONTABILIDAD Y GESTIÓN ECONÓMICA	20
10. OTROS CUIDADOS DE SALUD EN LA FARMACIA	21
11. CONCLUSIÓN.....	22
12. BIBLIOGRAFIA.....	23

ÍNDICE DE ABREVIATURAS

ASSS – Asistencia Sanitaria de la Seguridad Social

AEMPS – Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios

CAFV – Centro Autonómico de Farmacovigilancia

C.G.C.O.F – Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos

COFM – Colegio Oficial de Farmacéuticos de Madrid

DCI – Denominación Común internacional

DH – Diagnóstico Hospitalario

DNI – Documento Nacional de Identidad

ECM – Especial Control Médico

EFG – Especialidades Farmacéuticas Genéricas

EFP – Especialidades Farmacéuticas Publicitarias

ISFAS – Instituto Social de las Fuerzas Armadas

IVA – Impuesto al Valor Agregado

MUFACE – Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado

MUGEJU – Mutualidad General de Justicia

NIE – Número de Identificación de Extranjeros

PVA – Precio de Venta de Almacén

PVL – Precio de Venta de Laboratorio

PVP – Precio de Venta al Público

SNS – Sistema Nacional de Salud

SRS – Servicio Regional de Salud

TLD – Tratamiento de Larga Duración

TSI – Tarjeta Sanitaria Individual

ÍNDICE DE IIUSTRACIONES Y TABLAS

Ilustración 1 - Tarjeta Sanitaria Individual de la Comunidad de Madrid.....	1
Ilustración 2 - Mapa de distribución de las Comunidades Autónomas.....	9
Ilustración 3 - Competencias de las administraciones públicas en materia sanitaria.....	10
Ilustración 4 - Aspecto exterior de la farmacia (izquierda), con los respectivos anuncios..	13
Ilustración 5 - Báscula y contenedor SIGRE.....	14
Ilustración 6 - Mostradores y punto de venta.....	15
Ilustración 7 - Rebotica con cajoneras deslizantes (derecha).....	15
Ilustración 8 - Local de preparación con material de laboratorio (arriba) y puerta deslizante (abajo).....	16
Ilustración 9 - Logotipo del sistema informático BitFARMA.....	16
Ilustración 10 - Siglas y símbolos del cartón y precinto.....	20
Ilustración 11 - Aparato <i>Accutrend® Plus System</i>	28
Ilustración 12 - Ejemplo de cartón ELDONCARD® 2511 para determinación del grupo sanguíneo.....	29
Tabla 1 - Código del beneficiario y su aportación.....	24
Tabla 2 - Porcentaje de aportación sobre el precio del medicamento.....	24

1) INTRODUCCIÓN

1.1 Sistema Sanitario Español

El Sistema Nacional de Salud (SNS) se configura como el conjunto coordinado de los servicios de salud de la Administración del Estado y los servicios de salud de las comunidades autónomas que integra todas las funciones y prestaciones sanitarias que, de acuerdo con la ley, son responsabilidad de los poderes públicos. ^[1]

En 1978 la Constitución española marcó legalmente el inicio del actual Sistema Nacional de Salud, reconociendo el derecho a la protección de la salud y la obligación de los poderes públicos a organizar un régimen público de Seguridad Social. El SNS de España fue creado en 1986 con la Ley General de Sanidad, siendo que en 1989 se universalizó el derecho a la asistencia sanitaria pública a todos los ciudadanos



españoles independientemente de su situación económica y laboral, obteniendo acceso a los servicios sanitarios públicos a través del documento que identifica a cada ciudadano como usuario en todo el Sistema Nacional de Salud, la Tarjeta Sanitaria Individual (Ilustración 1). ^[1]

Ilustración 1 - Tarjeta Sanitaria Individual de la Comunidad de Madrid^[1]

Todos los extranjeros ciudadanos de la Unión Europea no registrados ni autorizados como residentes en España pueden recibir asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles en situaciones de urgencia por enfermedad grave o accidente (hasta la situación de alta médica), de asistencia al embarazo, parto y puerperio y si son menores de 18 años, a través de la Tarjeta Sanitaria Europea. ^[1]

La condición de asegurado a través del SNS la reúnen todos aquellos que son trabajadores por cuenta ajena o por cuenta propia, pensionistas del sistema de la seguridad social y los que reciben cualquier otra prestación periódica (como los demandantes de empleo). Si no se cumpliera ninguno de los anteriores, las personas de nacionalidad española o de algún Estado miembro de la Unión Europea, del Espacio Económico Europeo o de Suiza que residan en España y los extranjeros titulares de una autorización para residir en territorio español, podrán ostentar la condición de asegurado siempre que acrediten que no superan el límite de ingresos determinado reglamentariamente. ^[1]

Serán beneficiarios de un asegurado, siempre que residan en España, el cónyuge o persona con análoga relación de afectividad, quien deberá acreditar la inscripción oficial correspondiente; serán también beneficiarios el ex-cónyuge a cargo del asegurado, los descendientes del mismo que sean menores de 26 años o que tengan una discapacidad en grado igual o superior al 65%. ^[1]

Todas aquellas personas que no tengan la condición de asegurado o beneficiario podrán obtener la prestación de asistencia sanitaria mediante el pago de la correspondiente contraprestación o cuota derivada de la suscripción de un convenio especial. ^[1]

Los asegurados de regímenes especiales de la Seguridad Social gestionados por la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado (MUFACE), la Mutualidad General Judicial (MUGEJU) y el Instituto Social de las Fuerzas Armadas (ISFAS), pueden optar por provisión sanitaria pública (SNS) o privada (entidades de seguro). Las personas adscritas en dichas mutualidades que optan por recibir asistencia sanitaria a través de las entidades de seguro deberán ser atendidas en los centros sanitarios concertados por estas entidades; si recibieran asistencia sanitaria en centros sanitarios públicos, el gasto derivado será reclamado al tercero obligado. ^[1]

Existe una Política Nacional en Salud coordinada por el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad que es responsable por la gestión de las áreas de salud de las Comunidades Autónomas y a nivel local por los Ayuntamientos e Corporaciones locales. La Administración Central del Estado mantiene, a través de Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA) la gestión de la asistencia sanitaria en las ciudades con estatuto de autonomía de Ceuta y Melilla. ^[4]

La Política Autonómica es compuesta por 17 Servicios Regionales de Salud (Ilustración 2), que son la estructura administrativa y de gestión que integra todos los centros, servicios y establecimientos de la propia comunidad, diputaciones, ayuntamientos y cualesquiera otras administraciones territoriales intracomunitarias. La coordinación y cooperación entre las Comunidades Autónomas es asegurada por la Ley de Cohesión y Calidad (2003).



Ilustración 2 - Mapa de distribución de las Comunidades Autónomas ^[1]

Las competencias de las administraciones públicas en materia sanitaria están distribuidas según la Ilustración 3. En el ejemplo concreto de Madrid su Servicio Regional de Salud es el llamado

CONSEJO INTERTERRITORIAL DEL SNS	ADMINISTRACIÓN DEL ESTADO	Bases y coordinación de la sanidad
		Sanidad exterior
		Política del medicamento
		Gestión de INGESA
	COMUNIDADES AUTÓNOMAS	Planificación Sanitaria
		Salud Pública
		Gestión Servicios de Salud
CORPORACIONES LOCALES		Salubridad
		Colaboración en la gestión de los Servicios Públicos

Ilustración 3 - Competencias de las administraciones públicas en materia sanitaria ^[1]

SERMAS (Servicio Madrileño de Salud). ^[1]

1.2. Prestación farmacéutica

Los servicios básicos previstos por el SNS engloban prevención, diagnóstico, y terapéuticas rehabilitadoras de promoción y mantenimiento de la salud, así que la prestación de los farmacéuticos es decisiva.

En pacientes no hospitalizados comprende la prescripción de aquellos medicamentos que han sido autorizados y registrados por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS), una “agencia estatal adscrita al Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad responsable de garantizar a la sociedad, desde la perspectiva de servicio público, la calidad, seguridad, eficacia y correcta información de los medicamentos y productos sanitarios, desde su investigación hasta su utilización, en interés de la protección y promoción de la salud de las personas, de la sanidad animal y el medio ambiente”. ^[2]

A nivel de la financiación pública de medicamentos, en farmacia hospitalaria los medicamentos dispensados en el ámbito hospitalario no tienen copago, mientras en farmacia ambulatoria los medicamentos y/o productos sanitarios que se dispensan al paciente están sujetos a la aportación del usuario en el momento de la dispensación. ^[1]

El farmacéutico es también responsable por la prescripción de las fórmulas magistrales y los preparados oficiales elaborados por las oficinas de farmacia según lo establecido en el Formulario Nacional, y las vacunas antialérgicas y bacterianas; excluyendo los productos de utilización cosmética, dietéticos, aguas minerales, elixires, dentífricos y otros productos sanitarios, los medicamentos calificados como publicitarios, los medicamentos homeopáticos, los efectos y accesorios de los que se realice publicidad dirigida al público general. ^[1]

1.3. Oficina de farmacia

Según la Ley 16/1997, de 25 de abril, de regulación de servicios de las Oficinas de Farmacia, las oficinas de farmacia son “establecimientos sanitarios privados de interés público”, sujetos a la planificación sanitaria que establezcan las Comunidades Autónomas, en las que el farmacéutico titular (propietario de las mismas, asistido, en su caso, de ayudantes o auxiliares) deberá prestar los siguientes servicios básicos a la población:

- La adquisición, custodia, conservación y dispensación de los medicamentos y productos sanitarios;
- La vigilancia, control y custodia de las recetas médicas dispensadas;
- La garantía de la atención farmacéutica, en su zona farmacéutica, a los núcleos de población en los que no existan oficinas de farmacia;
- La elaboración de fórmulas magistrales y preparados oficinales, en los casos y según los procedimientos y controles establecidos;
- La información y el seguimiento de los tratamientos farmacológicos a los pacientes;
- La colaboración en el control del uso individualizado de los medicamentos, a fin de detectar las reacciones adversas que puedan producirse y notificarlas a los organismos responsables de la farmacovigilancia;
- La colaboración en los programas que promuevan las administraciones sanitarias sobre garantía de calidad de la asistencia farmacéutica y de la atención sanitaria en general, promoción y protección de la salud, prevención de la enfermedad y educación sanitaria;
- La colaboración con la Administración sanitaria en la formación e información dirigidas al resto de profesionales sanitarios y usuarios sobre el uso racional de los medicamentos y productos sanitarios;
- La actuación coordinada con las estructuras asistenciales de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas;
- La colaboración en la docencia para la obtención del título de Licenciado en Farmacia, de acuerdo con lo previsto en las Directivas Comunitarias, y en la normativa estatal y de las Universidades por las que se establecen los correspondientes planes de estudio en cada una de ellas.^[3]

2) HISTORIA DE LA FARMACIA MIRIAM VARELA SERRANO

Esta farmacia fue fundada hace cerca de 47 años por Maria Luísa Aparício Bustos, siendo que después en 2007 pasó para la actual titular Miriam Varela Serrano.

3) ORGANIZACIÓN DEL ESPACIO FÍSICO Y FUNCIONAL DE LA FARMACIA

3.1 Localización y aspecto exterior

La Farmacia Miriam Varela Serrano se sitúa en el barrio de Lacoma, específicamente en la calle Isla de Ons nº 22, 28035 Madrid. La farmacia se sitúa acerca de tres ambulatorios, uno de atención especializada y dos de atención primaria, un hospital público universitario, el Hospital de la Paz, y otro privado, el Hospital Rubén Internacional, y una clínica, la Clínica Centro. Cercano hay muchos médicos afiliados a entidades de Regímenes Especiales, así que muchos de los clientes están asegurados por las mutualidades generales ISFAS y MUFACE. Además existen cerca otras clínicas privadas, como una clínica dental y otra veterinaria, y una farmacia de 12h.

Se trata de una zona residencial cuyos principales pacientes son ancianos, siendo que la farmacia se encuentra a pocos metros de un centro para mayores y familias con niños pequeños, casi todos habitantes del barrio hace muchos años, así que ya están fidelizados. Considerando que la mayor parte de los clientes tienen movilidad reducida, la entrada de la farmacia tiene su acceso facilitado por una rampa (Ilustración 4).

La cruz verde perpendicular a la fachada del edificio distingue la farmacia de los otros establecimientos de la calle. La entrada está compuesta por puertas de cristales automáticas, con el nombre de la titular inscrito. En las puertas se puede ver también anunciado que la farmacia tiene receta electrónica y que hacen análisis de glucemia, colesterol total y grupos sanguíneos. Al lado de la entrada existe un cajetín donde se exponen las farmacias de guardia.



Ilustración 4 - Aspecto exterior de la farmacia (izquierda), con los respectivos anuncios

3.2 Horario

La Farmacia Miriam Varela Serrano tiene un horario de jornada partida, así que está abierta por la mañana de las 9:30h hasta las 14:00h y por la tarde de las 17:00h hasta las 20:30h, de lunes a sábado. Mi horario de prácticas fue de las 10:00h hasta las 20:00h con el respectivo intervalo desde las 14:00h hasta las 17:00h.

Antiguamente, tal como en Portugal, era obligatorio que en cada distrito de Madrid cada farmacia hiciese turnos por la noche, rotando mensualmente, pero a día de hoy eso sólo toca a las farmacias de 12 horas de trabajo, por tanto esta farmacia no hace turnos nocturnos. Como todas las farmacias que no son de horario de 12 horas, aquí se indican las guardias de servicio farmacéutico de urgencia de las farmacias más cercanas que están abiertas al público en el propio día (incluyendo días fines de semana y días festivos) hasta las 23:00h o de día y noche (desde las 9:30h hasta las 9:30h del día siguiente).

3.3 Recursos humanos

El equipo de la farmacia es consistido por la farmacéutica titular Miriam Varela Serrano, la farmacéutica Patricia de Diego, la auxiliar farmacéutica Sonia Pardo, y la empleada de limpieza, Isabel Navarro. Me acompañaran también dos estudiantes de Farmacia de la Universidad Complutense, Paloma Jiménez Gil y Sara Gomes Pérez, que hicieran también aquí sus prácticas tuteladas.

3.4 Organización del espacio físico

La farmacia está dividida en cuatro áreas distintas: área de servicio público, rebotica, laboratorio y aseos.

3.4.1. Área de servicio público

En el área de servicio público se atiende a los clientes. La iluminación y la amplitud del espacio facilitan la visualización de los clientes, permitiendo una mejor comunicación entre farmacéutico-cliente, y de los productos en exposición, para que el cliente identifique rápidamente los de su interés.

En esta zona hay una báscula que mide también altura y índice de grasa, una silla que se utiliza para el momento de medir la presión arterial y un contenedor SIGRE, que sirve como punto de reciclaje de los medicamentos caducados cuando se tratan de cajas o envases vacíos (Ilustración 5). “SIGRE Medicamento y Medio Ambiente es una entidad sin ánimo de lucro



Ilustración 5 - Báscula y contenedor SIGRE

creada para garantizar la correcta gestión medioambiental de los envases y restos de medicamentos de origen doméstico”. Es constituida por que representan a los agentes que forman la cadena del medicamento: CGCOF, FARMAINDUSTRIA y Fedifar (Federación de Distribuidores de Farmacéuticos). Desde 2001 que es promovida por los laboratorios farmacéuticos y cuenta con la participación activa de las oficinas de farmacia y las empresas de distribución farmacéutica.^[4]

Aquí hay mostradores y dos puntos de venta con ordenadores y lectores ópticos de código de barras, un datáfono (Ilustración 6).

Los productos de parafarmacia (cosméticos, higiene oral, suplementos alimenticios, productos para embarazadas e infantiles) se encuentran en la parte

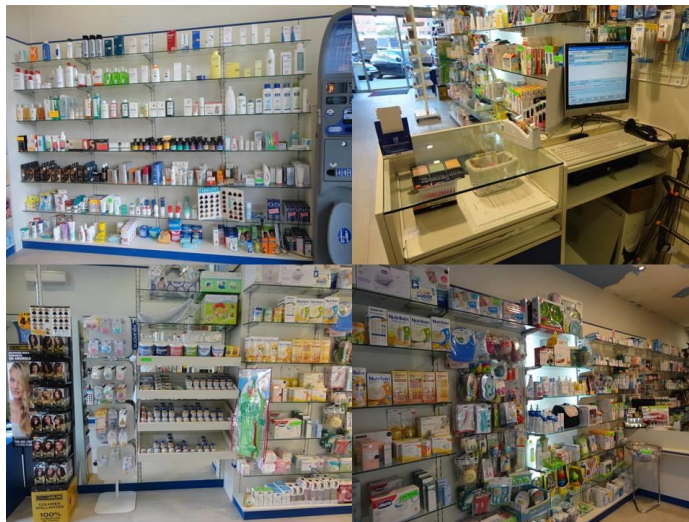


Ilustración 6 - Mostradores y punto de venta

accesible al cliente, organizados por marcas, mientras los de acceso exclusivo a los profesionales de la salud están por detrás de los mostradores, con varios medicamentos fitoterapéuticos, homeopáticos, artículos ortopédicos, medicamentos de venta libre, dispositivos médicos y otros productos que se cambian conforme la temporada (ej: medicamentos para las picaduras de mosquitos en el verano, antigripales en el invierno, etc).

3.4.2. Rebotica

Fuera de la zona de acceso público están almacenados en cajoneras deslizantes los medicamentos de uso exclusivo humano, siendo que entre ellos se encuentran los coparticipados por la seguridad social (eses presentan un picoteado que permite cortar los precintos y la sigla ASSS). Aquí también se colocan los dispositivos



Ilustración 7 - Rebotica con cajoneras deslizantes (derecha)

médicos (gasas, apósitos, esparadrapos, telas) y medicamentos para reponer en stock. Los medicamentos de uso veterinario están separados de los de uso exclusivamente humano, siendo que los medicamentos que requieren temperaturas bajas son conservados en la nevera.

En esta zona también se efectúa la recepción de pedidos y facturación de recetas.

3.4.3. Laboratorio

Esta farmacia tiene su propio laboratorio así que está capacitada para producir formulaciones orales (líquidas y sólidas) y formulaciones semi-sólidas, contando que no sean formulaciones esterilizadas. Sin embargo, siendo raro recibir pedidos para fórmulas magistrales y preparados oficinales, en esa situación lo costumbre es encargarlos a otras farmacias con mayor actividad de laboratorio.

El laboratorio cumple las normas obligatorias de local de preparación de la fórmula, siendo que está separado del resto de la farmacia (por una puerta de cristal deslizante), con superficies lisas y sin grietas, fáciles de limpiar, y con condiciones adecuadas de ventilación y temperatura para evitar contaminación (Ilustración 8).^[5] Siempre que se hace una preparación, el local de preparación, así como los materiales de preparación, son sujetos a procedimientos de higiene y limpieza.

En un almacén están colocadas las materias primas, por orden alfabético y contenidas en recipientes herméticos y etiquetados, así como los materiales de acondicionamiento.



Ilustración 8 - Local de preparación con material de laboratorio (arriba) y puerta deslizante (abajo)

4) SISTEMA INFORMÁTICO

El sistema informático de esta farmacia es BitFARMA, un software desarrollado por Tandem Innova. Es un software independiente (no depende de ningún centro de compras), lo que posibilita una gestión transparente de la farmacia. Está totalmente integrado con la base de datos del medicamento Bot Plus del CGCOF y está adaptado a todas las recetas electrónicas de España. Permite una trazabilidad real a través de la gestión independiente de lotes de stock, el cálculo automático del stock mínimo y lote de pedido, la comparación de precios entre proveedores, la generación automática de pedido a proveedores, crear informes personalizados, consultar estadísticas de ventas con coeficiente de rotación de las ventas estacionales, hacer gestión de packs, clientes y de botiquines.^[6]



Ilustración 9 - Logotipo del sistema informático BitFARMA

5) GESTIÓN DE STOCK, APROVISIONAMIENTO Y ALMACENAJE DE ESPECIALIDADES FARMACEUTICAS

5.1. Gestión de stock

Además del asesoramiento terapéutico, una oficina de farmacia tiene el objetivo de garantizar la constante disponibilidad de los medicamentos necesarios al paciente, lo que es asegurado por una gestión de stock eficaz. Las principales dificultades son prever los productos con mayor demanda y qué cantidad pedir, para que se consiga el máximo ahorro y también evitar la rotura de stock, una vez que junto con la responsabilidad social de la farmacia existen objetivos comerciales que hay que cumplir para que la facturación sustente su funcionamiento continuo en la comunidad. La forma de aumentar los lucros es a través del análisis del registro de ventas, que permite detectar los productos con más movimiento de ventas, y también con la optimización de los recursos disponibles en la farmacia (venta de productos de parafarmacia, análisis bioquímicos, utilización de la balanza). Para satisfacer las necesidades de los clientes hay que considerar factores las características de la comunidad en nivel de edades, condiciones económicas, tipo de enfermedades, tipo de prescripciones médicas, variabilidad de la demanda conforme la temporada, tipos de medicamentos conocidos (especialmente las medicinas no sujetas a receta médica que son publicitados en los medios de comunicación) y tiempo de aprovisionamiento. ^[3] Este tipo de conocimiento que permite conciliar todos estos factores es adquirido con la experiencia profesional.

5.2. Pedidos

En esta farmacia todos los días laborales se hacen dos órdenes de pedido, una al final de la mañana y otra al final de la tarde, directamente a los proveedores, que normalmente son Cofares o Alliance. Los pedidos pueden ser de reposición de productos, que sirven para garantizar una cantidad mínima en stock, o de compra directa a los laboratorios por transferencia del laboratorio al almacén. ^[3] Los laboratorios de genéricos que más venden en esta farmacia son Mylan, Ratiopharm, Alter, Cinfa, Sandoz, Kern Pharma, Teva y Stada.

En esta farmacia normalmente no hay estupefacientes en stock, sólo la cantidad mínima obligatoria de 3 ampollas de 3 envases de una ampolla de cloruro morfínico de 0,01 gramo, 1 envase de morfina comprimidos, 1 envase de metadona comprimidos y 2 envases de metadona inyectable. Así, los estupefacientes se piden puntualmente, sólo por encargo. Para realizar el

pedido de estupefacientes es necesario un talonario oficial de vales de entrega de estupefacientes, siendo que cada vale se utiliza para una sustancia o medicamento. El vale debe ser remitido a la entidad distribuidora, mientras que la matriz sirve de comprobante de la adquisición y queda en la oficina de farmacia. Tanto en el vale como en la matriz figurará el nombre de la farmacia, su localización, nombre de titular, estupefaciente (nombre, cantidad y proveedor), fecha, sello de la farmacia y firma del farmacéutico.^[3]

Sólo es posible la dispensación de los estupefacientes de la Lista I, como la morfina, con la presencia de una receta adjunta que es oficial de estupefacientes. Los estupefacientes de la Lista II y III no necesitan esta receta, pues sólo la receta ordinaria es válida.^[3]

5.3. Recepción

Tuve la oportunidad de participar en todo el proceso de la recepción de pedidos, desde dar entrada de los pedidos que llegaban (que podían ser de almacenes mayoristas, laboratorios o de encargos de otras farmacias) en el sistema informático hasta la revisión del pedido con la información descrita en el albarán. En el momento de recepción hay que confirmar si los productos recibidos fueran los solicitados, si el número de unidades recibidas corresponde al lote del pedido respectivo, si estas corresponden a lo que está escrito en el albarán y si todas las unidades están en buena condición de acondicionamiento. Se empieza por los termolábiles una vez que hay que colocarlos rápidamente en la nevera.^[3] En el caso de los estupefacientes, estos tienen que ser entrados fuera de la cubeta, directamente al farmacéutico. También hay que averiguar si la facturación del pedido está correcta, siendo que los precios pueden cambiar mediante el precio de laboratorio o en caso de mudanza de IVA (de 10% para 21% y viceversa). Con los medicamentos es siempre obligatorio un IVA de 4%.^[3] Después de revisar las facturas, los albaranes son entregados para la contabilidad por orden de entrada.

Es ventajoso pedir grandes cantidades ya que los proveedores favorecen económicamente las farmacias que compran mayor cantidad de sus productos, cobrando un PVA más reducido, lo mismo pasa con los laboratorios, cobrando menor PVL en ese caso. Sin embargo hay que tener en cuenta la dimensión de la demanda del producto y también su tiempo de vida útil, que es de 3 meses antes de su fecha de caducidad en el caso de los medicamentos.^[3]

5.4. Devoluciones

El producto es apartado en bolsas preparadas para la devolución e incluido con el pedido siguiente del proveedor correspondiente si ya no interesa, si fue cambiado por otro producto, si está en mal estado o si las unidades recibidas están en exceso. Así la devolución si puede clasificar en error por toma (de la parte de la farmacia), por puesta (de la parte del almacén), no recibido o defecto del producto. Si puede pedir un abono de vuelta o el envío del

producto correcto. En situación de remoción del producto del stock por su baja o por deterioración, estos se agregan a las devoluciones referidas anteriormente. ^[3] La devolución también puede consistir en productos caducados o no ya no demandados por parte de los clientes, que son colocados en los contenedores SIGRE para que los puedan destruir o reciclar debidamente.

Los estupefacientes caducados se devuelven al laboratorio, si han pasado menos de 6 meses desde la fecha de caducidad y al proveedor habitual si han pasado más de 6 meses. ^[3] Los almacenes establecen como plazo límite para devolución 10 días después de la recepción del pedido, asumiendo que el producto se encuentra en perfectas condiciones de acondicionamiento.

5.5. Almacenamiento

Tanto los productos de parafarmacia como los medicamentos están organizados mediante orden alfabético, por dosis, fecha de caducidad (siendo que los de fecha más cercana tienen prioridad de dispensación) y categorizados en formas farmacéuticas (formulaciones orales sólidas, jarabes, colirios, supositorios o óvulos, ampollas).

Jamás se dispensan los que no se encuentran en buen estado de conservación, así que hay que controlar cuidadosamente su conservación en nivel de la temperatura, grado de humedad y fechas de caducidad. Tuve la oportunidad de participar en todo el proceso de control del estado de conservación de stock, algo que me ayudó a ver las diferentes marcas comerciales en España.

En el área de servicio público y en la nevera todos los días se hace el registro y control de la temperatura a través de los termómetros existentes en estas áreas. La temperatura de la farmacia se debe mantener entre los 15-30 °C, registrándose en el anexo “Registro de la temperatura del local”). Los medicamentos que requieren temperaturas bajas (entre 2-8 °C) son conservados en la nevera, así que se hace un riguroso control de esta temperatura que se apunta en el anexo “Registro de temperatura del frigorífico”. Este tipo de medicamentos son marcados con un símbolo “*” en el envase. ^[3]

Relativamente a la caducidad, en cada mes se retiran los productos que van a caducar durante el mes siguiente junto a otros no conformes para su posterior devolución y abono. ^[3] En el momento de la recepción de los pedidos, siempre hay que mirar las fechas de caducidad antes de incorporar el pedido en el sistema. Los medicamentos que caducan en el mismo año son apartados.

6) SÍMBOLOS, SIGLAS Y LEYENDAS EN CARTONAJE DE LAS ESPECIALIDADES

El Real Decreto 1345/2007 de 11 de octubre regula el procedimiento de autorización, registro y condiciones de dispensación de los medicamentos de uso humano fabricados industrialmente, así que hay que conocer también el significado de los diferentes símbolos, siglas y leyendas presentados en el cartón de los envases (Ilustración 10).^[3]

Desde la entrada en vigor de la ley 29/2006 de “garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios” se usa el término “Medicamento de Uso Humano” y si ha introducido el concepto de Medicamento Genérico y el de Medicamento de uso veterinario. No obstante, debido a que este cambio no está totalmente desarrollado, siguen existiendo cajas con la denominación EFG y EFP.^[3]

Según la ley, sólo serán medicamentos los enumerados a continuación: los elaborados o en cuya fabricación intervenga un proceso industrial, fórmulas magistrales, preparados oficinales y medicamentos especiales. También tendrán tratamiento legal de medicamento las sustancias o combinaciones de sustancias autorizadas para su empleo en ensayos clínicos o para investigación en animales.^[3]

El cupón precinto es lo que indica los artículos financiados por las diversas entidades (indicado por la sigla ASSS (Asistencia Sanitaria de la Seguridad Social)). Es la parte del cartón que se extrae del artículo en cuestión para adherirlo a la receta como comprobante de su dispensación. Además de las siglas y símbolos con sus respectivos significados, en él debe figurar la información el nombre del artículo, laboratorio fabricante, dosificación, forma farmacéutica, número de dosis, código nacional, código de barras para lectura informatizada constituido por el equivalente a 13 dígitos (incluyendo el código nacional).^[3]

Entre estos símbolos hay destacar la línea negra rodeando la mitad superior del precinto significando que es solo dispensable con visado de inspección por parte del Servicio de Inspección correspondiente en el SNS o servicio similar en otras entidades. Puede también llevar un símbolo “I” que significa que no necesita de visado en determinadas dolencias.^[3]

SIGLAS Y SÍMBOLOS DEL CARTONAJE

○	Medicamento que necesita receta médica
●	Psicotropo incluido en el listado Anexo I RD 2829/77
⊖	Psicotropo incluido en el listado Anexo II RD 2829/77
●	Receta de Estupefaciente
☢	Material radiactivo
⚠	Gas medicinal comburente
❄	Conservar en frigorífico
⌛	Caducidad inferior a 5 años
♻	Reciclable por el Sigre
☀	Fotosensible
⚠	Afecta a la conducción y el manejo de maquinaria
ECP	Especial Control Médico
EFP	Especialidad Farmacéutica Publicitaria
EFG	Genérico
EQ	Bioequivalente
TLD	Tratamiento de Larga Duración/Dispensación Renovable
DH	Diagnóstico Hospitalario
H	Uso Hospitalario
MTP	Medicamento tradicional a base de plantas medicinales



Siglas y símbolos del cupón precinto

A.S.S.S.	Asistencia Sanitaria de la Seguridad Social
TLD	Tratamiento de Larga Duración/Dispensación Renovable
EFG	Especialidad Farmacéutica Genérico
DH	Diagnóstico Hospitalario
E	Antipsicóticos atípicos financiados con visado a mayores 75 años
●	Medicamento con "cíbero" es de aportación reducida, el paciente abona el 10% del coste hasta un máximo de 2,64 €
—	Línea negra rodeando la mitad superior del recuadro o "portería" indica cupón precinto diferenciado (CPD) por necesitar visado de inspección
ECM	Visado por ser de Especial Control Médico
▲	Visado por ser de Diagnóstico Hospitalario
I	Visado por estar financiado para determinada indicación

Ilustración 10 - Siglas y símbolos del cartonaje y precinto ^[3,7]

NOTA: El coste máximo de medicamentos con cíbero actualmente es de 4,26€

7) DISPENSACIÓN

La dispensación de medicamentos es la función propia y primordial de las Oficinas de Farmacia, definida por la Ley 19/1998 de Ordenación y Atención Farmacéutica de la Comunidad de Madrid como “el acto profesional de poner un medicamento a disposición del paciente por el farmacéutico o bajo su supervisión personal y directa y de acuerdo con la prescripción médica formalizada mediante receta, con las salvedades legalmente establecidas, informando, aconsejando e instruyendo al paciente sobre su correcta utilización.” ^[3] Aun así la intervención del farmacéutico es más proactiva que la simple entrega de los medicamentos, una vez que participa en seguimiento farmacoterapéutico, evitando que ocurran complicaciones como reacciones adversas, interacciones medicamentosas, mala administración e incumplimiento de la posología o duración. Además puede informar y aconsejar las medidas terapéuticas más eficaces, aunque no envuelvan medicamentos.

El farmacéutico está también integrado en el Sistema Español de Farmacovigilancia de medicamentos de humano (coordinado por el Ministerio de Sanidad y Consumo, a través de AEMPS), junto con los titulares de la autorización de comercialización y los profesionales sanitarios, para asegurar que los medicamentos disponibles en el mercado presenten una relación beneficio-riesgo favorable para la población en las condiciones de uso autorizadas. Las

ocurrencias de inseguridad medicamentosa tienen obligatoriamente que ser comunicadas mediante la tarjeta amarilla al Centro Regional de Farmacovigilancia, así como al médico prescriptor. Se deben comunicar todas las reacciones de medicamentos recientemente introducidos y las graves o raras a otros medicamentos (como vacunas, productos estomatológicos y quirúrgicos, DIU, suturas, lentes de contacto y líquidos también se consideran medicamentos) que llevan tiempo en el mercado. ^[3]

7.1. Medicamentos sin receta médica

Este tipo de medicamentos sirven para tratar síntomas menores que no requieren prescripciones médicas, así que es esencial que el farmacéutico conozca bien la patología, el estado del paciente (edad, alergias, enfermedades crónicas, embarazos, etc.) e los efectos de estos medicamentos para evitar efectos adversos de la automedicación. En situaciones en que el paciente no mejore sin medicación pasado 7 días o caso aunque con medicación no mejore pasado 3-4 días se debe aconsejar al paciente para ir al médico. ^[3]

Empecé mis prácticas en pleno invierno, así que atendía muchos clientes con síntomas de resfriados y gripe, teniendo que informarme bien de sus síntomas para distinguir las patologías y qué medicamentos dispensarles.

Los más comunes en caso de gripe (fiebre, dolores musculares, estornudos y tos) fueron comprimidos de FRENADOL®, ILVICO®, PHARMAGRIP FORTE®, COULDINA®, y BISOLFREN®, porque en general tienen todos un anti-inflamatorio non-esteroide (como ibuprofeno o ácido acetilsalicílico) o paracetamol (analgésico y antipirético), un descongestivo (como efedrina o fenilefrina), un anti-histamínico (como clorfenamida) y un antitusivo (como dextrometorfano). Hay antigripales muy populares coparticipados por la ASSS, como STOPCOLD®, EFFERALGAN® y ALGIDOL®, aunque como este último tiene codeína en su composición debe ser dispensado con receta médica. Para síntomas de resfriados, en caso de tos seca se recomienda primero pastillas para chupar (como STREPSILS®, STREPFEN®, GARYDOL®, HIBITANE®, BUCOMAX®, LIZIPAINA®, TANTUM VERDE®, FORMULATOS®, FARINGESIC®) y solo si no se atenúan los síntomas se recomienda un antitusivo, normalmente en jarabe. Para aliviar la tos productiva hay jarabes con mucolíticos como FORMULAMUCOL® (ambroxol), FORMULAEXPEC® (guaifenesina) para facilitar la eliminación de los mocos.

La gama más popular en esta farmacia para síntomas de resfriado y gripes son del laboratorio Cinfa. Mediante los síntomas del paciente y su edad se dispensa el CINFAMUCOL® (mucolíticos con carbocisteína o acetilcisteína) para el moco espeso, el CINFATÓS EXPECTURANTE® (dextrometorfano y guaifenesina) para tos productiva con flema, CINFATÓS® (dextrometorfano) para tos seca, CINFATÓS DESCONGESTIVO® para

tos improductiva con congestión nasal y CINFATÓS COMPLEX® para tos improductiva con congestión nasal y con fiebre. ^[8]

7.2. Medicamentos con receta médica

Según el Real Decreto 1718/2010, de 17 de diciembre, sobre receta médica y órdenes de dispensación, la receta médica es el documento de carácter sanitario, normalizado y obligatorio mediante el cual los médicos prescriben a los pacientes los medicamentos o productos sanitarios sujetos a prescripción médica, para su dispensación por un farmacéutico. Las recetas son válidas en todo el territorio nacional y viene en la lengua oficial del Estado y lengua cooficial en las comunidades autónomas. Las recetas médicas, públicas o privadas, pueden emitirse en soporte papel y en soporte electrónico, y deberán ser complementadas con una hoja de información al paciente. ^[3]

Los datos obligatorios que hay que confirmar en cada receta antes de dispensar son los datos de identificación del paciente (nombre y apellido; año de nacimiento; código de identificación personal (CIP); número de DNI en las recetas privadas, con psicótropos o estupefacientes), los datos del medicamento (DCI, dosis y vía de administración), los datos del médico prescriptor (identificación, población, nº de colegiado y firma), número de orden de receta, fecha de prescripción y fecha prevista de dispensación. ^[3]

Generalmente en procesos agudos y en la primera prescripción de en procesos crónicos, la prescripción se hará por principio activo, pero en procesos crónicos de continuidad de tratamiento, para que no se cambie la medicación, la prescripción podrá ser realizada por denominación comercial, que esté incluida en el sistema de precios de referencia (la importancia que se financia por la Seguridad Social de las prestaciones de las especialidades farmacéuticas que están incluidas en cada uno de los conjuntos homogéneos) o sea menor precio dentro de su agrupación homogénea. Hay también excepciones, cuando el médico escribe la receta con la leyenda “Prescripción por necesidad terapéutica”, hay que dispensar solo el medicamento prescrito, sin que sea posible su sustitución. ^[3]

En las recetas de SNS, la farmacia puede dispensar el medicamento 10 días a partir de la fecha de prescripción o 5 días antes. En la receta electrónica también se puede adelantar 5 días antes, aunque el plazo de validez de la prescripción se puede extender hasta un máximo de 28 días, mediante la duración del tratamiento, posología e cantidad de medicamento por envase. Cuando se trate de un medicamento visado, el plazo cuenta a partir de la fecha del visado. Existen casos excepcionales como las vacunas antialérgicas y bacterianas individualizadas, donde el plazo será de 90 días a partir de la fecha, y en la prescripción de isotretinoína, donde, además de ser obligatorio la co-prescripción de un anticonceptivo en mujeres fértiles debido a su potencial teratogénico, el plazo es de 7 días desde la fecha de prescripción. ^[3]

Sólo se puede consignar un envase por receta de papel, con la excepción de los antibióticos del grupo antibióticos del grupo JO1 (antibacterianos para uso sistémico) (excepto los grupos JO1M, JO1R y JO1E), insulinas en viales multidosis, somatropina, estupefacientes (tratamiento no superior a 30 días), productos dietoterápicos y recetas de tratamiento de larga duración (en el margen superior derecho del envase se encuentra la sigla TLD).^[8]

En virtud del Real Decreto 177/2014, de 21 de marzo, cuando un medicamento prescrito tiene un precio superior al de referencia, es sustituido en el acto de la dispensación por la especialidad farmacéutica genérica de menor precio. Cuando no exista esta especialidad de sustitución, por no encontrarse disponible en los almacenes o por no estar incluida en la prestación farmacéutica de la Seguridad Social, se dispensa a precio de referencia. En los casos de sustitución, la especialidad farmacéutica deberá tener la misma composición, cualitativa y cuantitativa en sustancias medicinales, dosificación, forma farmacéutica y presentación.^[3]

Al contrario de los medicamentos sin receta, estos son coparticipados por el SNS o incluidos en los Regímenes Especiales de MUFACE, de ISFAS y de MUGEJU, así como de las demás entidades, consultas médicas, establecimientos o servicios sanitarios similares públicos o privados. MUFACE, ISFAS y MUGEJU tienen recetas propias y una aportación del 30%, mientras las del SNS tienen una aportación respecto al PVP (Precio de Venta al Público), que varía en función de la renta y del carácter de pensionista que tenga o no el usuario. Así desde el 1 de julio de 2012, las recetas de SNS llevan impreso un código que corresponde al beneficiario por su renta anual (**Tabla 1**).^[3]

Tabla 3 - Código del beneficiario y su aportación^[3]

CÓDIGO	APORTACIÓN
TSI 1	Exentos
TSI 2	10%
TSI 3	40%
TSI 4	50%
TSI 5	60%

La oficina de farmacia cobrará en el momento de cada dispensación la aportación que indique la receta y el sistema reembolsará al paciente el dinero que proceda según su desembolso previo y el tope mensual que le corresponda (solo pensionistas, porque los activos no tienen tope mensual).

Tabla 4 - Porcentaje de aportación sobre el precio del medicamento^[3]

USUARIO	ACTIVO	PENSIONISTA
– Pensiones no contributivas – Sin subsidio de desempleo – Síndrome tóxico (SDTX) * - y personas con discapacidad – Rentas de integración social	0%	0%

–Accidentes de trabajo y enfermedad profesional (ATEP)**		
Rentas inferiores a 18 000€	40%	10% - Límite mensual de 8,26€
Rentas entre 18 000 y 100 000€	50%	10% - Límite mensual de 18,59€
Rentas superiores a 100 000€	60%	60% - Límite mensual de 62€

*El síndrome tóxico se refiere a una enfermedad que apareció en España en Mayo de 1981 y se manifestó en sujetos que consumían un aceite de colza

adulterado

Esa independencia impide que se utilice la receta electrónica igualmente nivel nacional, así que un residente de la comunidad de Madrid no podrá utilizar su tarjeta sanitaria fuera de su comunidad, siendo que por ejemplo en esa situación los gastos de un pensionista en medicamentos no contarán para llegar a su tope de aportación.

7.3. Medicamentos psicótrópos y estupefacientes

Debido al elevado potencial de dependencia, estos medicamentos requieren cuidados más especiales, siendo obligatorio en el momento de dispensación apuntar en la receta el nombre y DNI del cliente que retira el medicamento (que no tiene que ser necesariamente el paciente) y los datos del médico prescriptor. Después de dispensar hay que apuntar en el libro recetario el número de la receta, siendo que las recetas se deberán quedar archivadas en la farmacia durante 2 años. Una fórmula magistral que contenga alguna de estas sustancias, tiene los mismos requisitos.

Desde el 1 de febrero de 2005 es obligatorio que los antipsicóticos atípicos o antipsicóticos de segunda generación (amisulprida, aripiprazol, clozapina, olanzapina, quetiapina, risperidona y zotepina) tengan un visado para mayores de 75 años que es válido en recetas de la Consejería de Sanidad Y Consumo de la Comunidad de Madrid.^[3,9] En estas recetas para mayores de 75 años el médico tiene que firmar e indicar la fecha de nacimiento del usuario. En el caso de los estupefacientes es necesaria la receta oficial de estupefacientes, válida por 10 días. Sólo se pueden dispensar de 1 a 4 envases por un máximo de 30 días y solo especialidades o fórmulas magistrales. Además del libro recetario, la dispensación se apunta también en el libro de Contabilidad de Estupefacientes. Hay también que entregar anualmente al COFM las recetas de estupefacientes, enviando una relación de los movimientos de estupefacientes.^[3]

7.4. Medicamentos veterinarios

La ley 26/2006 define “medicamento veterinario” como una sustancia o combinación de varias como poseedora de propiedades curativas/preventivas de enfermedades animales. Su dispensación requiere receta, dado que algunos se pueden usar como estupefacientes, así que

todos los productos vendidos son apuntados en el libro recetario y las recetas archivadas durante 5 años.^[3]

7.5. Productos sanitarios

Un producto sanitario es destinado a ser usado con fines de diagnóstico, prevención, control, tratamiento o alivio de una enfermedad, compensación de una lesión o de una deficiencia, investigación, sustitución o modificación de la anatomía o de un proceso fisiológico y regulación de la concepción.^[3] Según el Real Decreto 9/1996, de 15 de enero, los productos sanitarios con aportación reducida (requiriendo así el cupón-precinto de la ASSS en la receta), denominado “Efectos y Accesorios”, son aparatos de inhalación, sondas, bolsas de recogida de orina, colectores de pene y accesorios, bolsas de colostomía, bolsas de ileostomía, bolsas de urostomía, accesorios de ostomía, apósitos de ostomía, irrigación de ostomía y sus accesorios, sistemas de colostomía continente, y las cánulas de traqueotomía y laringectomía.^[10]

Como la aparición de heridas es muy frecuente, los productos sanitarios de aportación normal son más comunes, así que aquí hay mucha salida de algodones, gasas, vendas, esparadrapos. Otros del mismo grupo que también se venden son los parches oculares, tejidos elásticos, cánulas rectales y vaginales, duchas vaginales y absorbentes para la incontinencia urinaria.^[10]

7.6. Visado de Inspección

Necesitan de este visado medicamentos de Diagnóstico Hospitalario (DH), Especial Control Médico (ECM), vacunas y otros artículos como dietoterápicos, medias de compresión normal, pañales de incontinencia y colectores femeninos, productos dietoterápicos financiados por el SNS, etc., que las autoridades sanitarias estiman que, siendo reembolsables, deben ser controlados y restringidos. Existe también la modalidad de autovisado que es un procedimiento de menor control que lleva a cabo el mismo médico prescriptor sobre su propia prescripción en los casos que establecen las autoridades sanitarias, como recetas para absorbentes de incontinencia y para los antipsicóticos atípicos en pacientes de más de 75 años de edad.^[3]

8) FORMULACIÓN MAGISTRAL

Esta farmacia está legalmente autorizada a producir Fórmulas Magistrales y Preparado Oficinales, o sea, “medicamentos reconocidos como tales y definidos en la Ley 29/2006 de garantías y uso racional del medicamento y productos sanitarios”, ley en la que, además, se citan requisitos generales para su prescripción, elaboración, dispensación y control, tanto para uso humano como para uso veterinario. Las Fórmulas Magistrales son destinadas a un paciente individualizado, así que se puede adaptar la composición para que cumplimente la prescripción médica.^[3]

Todas las normas legales básicas y fundamentales relacionadas con la Formulación Magistral están referenciadas en el Decreto 175/2001 de 23 de febrero, en la que se especifican “objeto y definiciones” y se dan normas en cuanto a personal, locales y utillaje, documentación, materias primas y material de acondicionamiento, elaboración y dispensación. En todas estas normas legales se hace referencia al “Formulario Nacional”, documento práctico de uso y consultas cotidianas que tiene carácter de tenencia obligatoria en las Oficinas de Farmacia y en los servicios farmacéuticos legalmente autorizados en los que se elaboren fórmulas magistrales y preparados oficinales.^[3] Contiene así los procedimientos normalizados de trabajo (generales, de elaboración de formas farmacéuticas, de operaciones farmacéuticas, de procedimientos de control de producto), las monografías de materias prima (de principios activos y de excipientes), las monografías de fórmulas magistrales tipificadas (recogidas en este libro por razón de su frecuencia, uso y utilidad) y preparados oficinales, las monografías de principios activos de fitoterapia y las monografías de preparados oficinales.^[11]

Como forma de garantía de calidad y también de trazabilidad, la documentación respectiva tiene que ser elaborada, fechada y firmada por el farmacéutico. La documentación básica es constituida por la documentación general (procedimientos normalizados de limpieza de la zona o local de preparación y del material, de mantenimiento y calibración del material y los equipos así como normas de higiene personal), documentación relativa a materias primas (registro, especificaciones y ficha de control de calidad), al material de acondicionamiento, a fórmulas magistrales y preparados oficinales (procedimiento normalizado de elaboración y control; guía de elaboración, control y registro).^[3]

En lo relativo a las materias primas para la elaboración de fórmulas magistrales y preparados oficinales, estos “deberán ser sustancias de acción e indicación legalmente reconocidas en España, siendo que en caso contrario se requerirá autorización expresa del Ministerio de Sanidad y Consumo”.^[3] En la dispensación de preparados oficinales hay un límite máximo abonable de 100 gramos o 250 ml por receta de SNS.^[3]

El material de acondicionamiento tiene que ser adecuado a la naturaleza, forma farmacéutica y estabilidad de la fórmula magistral o preparado oficial para pueda garantizar su correcta conservación hasta la fecha de caducidad, siendo que en los preparados oficinales y fórmulas magistrales tipificadas se establece de acuerdo con la caducidad que figure en la monografía correspondiente del Formulario Nacional, mientras que en el resto de las fórmulas magistrales la fecha se establecerá en función de la duración del tratamiento prescrito.^[3]

En las etiquetas es obligatorio poner la denominación del preparado oficial o la fórmula magistral tipificada, la composición cualitativa y cuantitativa completa, la forma farmacéutica, vía de administración y cantidad dispensada, el número de registro, el número de lote (en el caso de preparados oficinales), la fecha de elaboración y plazo de validez o fecha de

caducidad, las condiciones de conservación, y el nombre del paciente en el caso de las fórmulas magistrales. ^[3]

Además hay que proporcionar al paciente la información acerca de la composición, forma farmacéutica, dosis unitaria, número de dosis, vía de administración, posología y también los contactos de la farmacia.

9) CONTABILIDAD Y GESTIÓN ECONÓMICA

La contabilidad y gestión en la farmacia es la responsabilidad del titular de farmacia, así que es necesario que sea hecho por un farmacéutico. La margen profesional en la farmacia de oficina está regulada por el gobierno según el Real Decreto 5/2000 de 23 de junio y Real Decreto 2402/04 de 30 de diciembre. ^[3]

El margen profesional de las Oficinas de Farmacia por dispensación y venta al público de especialidades farmacéuticas de uso humano se fija en el 27,9% sobre el PVP sin impuestos, para aquellas especialidades cuyo PVL sea igual o inferior a 91,63 euros, siendo que superior a ese valor de PVL el margen es de 38,37 euros por envase. Para los envases clínicos el margen es del 10% y en las EFP se admiten descuentos al público de hasta un 10%. En el resto de los productos (cosmética, higiene, dietética, etc.) los precios no son fijos, así que la farmacia lo establece mediante la competencia y lo más conveniente a sus clientes. ^[3]

El IVA es un impuesto que agrava lo precio de los bienes y servicios, siendo su base imponible el precio del bien o servicio. Mediante la coparticipación del producto, su IVA puede ser del tipo: superreducido (4%), reducido (10%) y normal (21%). Todos los medicamentos de uso humano y sustancias medicinales, fórmulas magistrales, productos intermedios destinados a su obtención, tienen un IVA del 4%. Los medicamentos veterinarios, productos sanitarios, material, equipo e instrumental utilizado para prevenir y diagnosticar enfermedades tienen IVA del 10%, aunque pueden aumentar hasta el 21%. El resto, incluyendo los de parafarmacia y las materias primas para obtención de fórmulas, tiene un IVA del 21%. ^[3]

Las oficinas de farmacia están exentas de llevar el registro de los libros de IVA y de hacer las liquidaciones, a cambio han que pagar el recargo de equivalencia (de 0,5% para el IVA de 4, de 1,4% para el IVA de 10% y de 5,2% para el IVA de 21%). ^[3]

Para finalidad de declaración fiscal de contribución del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas ante la Administración tributaria, es obligatorio conservar durante el plazo máximo de prescripción los justificantes y documentos acreditativos de las operaciones, rentas, gastos, ingresos, reducciones y deducciones. Las recetas privadas hay que conservarlas por un periodo de tiempo máximo de 5 años para los medicamentos de uso humano en animales, 2 años para los psicótrópos y estupefacientes y de 3 meses para el resto. ^[3]

10) OTROS CUIDADOS DE SALUD EN LA FARMACIA

No obstante según el Real Decreto 2708/1982 y la ley 14/1970, para obtener el título de Especialista farmacéutico en Análisis Clínicos es necesario tener un título de licenciado en farmacia y haber cursado la formación en la especialización y superar las pruebas de evaluación.

^[3] El farmacéutico ejerciente en una oficina de farmacia comunitaria puede realizar algunos análisis elementales y algunas determinaciones analíticas sencillas. ^[3] La realización de estas pruebas es importante para detectar precozmente enfermedades y para controlar la enfermedad en los pacientes crónicos. Estos tipos de sistemas de análisis normalmente proporcionan resultados inmediatos y son fáciles de manejar.

En esta farmacia es posible hacer pruebas de glucosa y del colesterol total, parámetros bioquímicos importantes considerando el número creciente de diabéticos e hipercolesterolémios en la población global, incluyendo en España. Estas dos pruebas se hacen con recurso al sistema *Accutrend® Plus System*, cuya base es la lectura de sangre capilar en tiras de análisis. (Ilustración 11). ^[12]



Ilustración 11 - Aparato *Accutrend® Plus System* ^[12]

La hiperglucemia junto con valores de colesterol elevado son causas de riesgo para la hipertensión, enfermedad muy común en los clientes de esta farmacia, así que puede practicar mucho la medición de la tensión arterial con un aparato electrónico. Son normales los niveles de máximos de presión arterial sistólica (máxima) entre 120-129 mmHg, y los de diastólica (mínima) entre 80 y 84 mmHg. También pueden considerarse normales cifras más bajas, siempre que no provoquen ningún síntoma. La presión arterial es considerada normal-alta cuando las cifras de presión arterial sistólica están entre 130-139 mmHg, y las de diastólica entre 80-89 mmHg. En diabéticos, los niveles superiores a 140/85 mmHg también se consideran altos. Hay que tener también en cuenta causas naturales para tener la tensión arterial un poco elevada, como insuficiente reposo antes de la medición, stress emocional o toma indebida del antihipertensivo, que se debe tomar por lo menos 2 horas antes de la medición. ^[13]

Además de estas pruebas, también es posible determinar en esta farmacia el grupo sanguíneo con el *ELDONCARD® 2511-1 ABO-Rh Home Blood Typing Test Kit* (Ilustración 12). ^[14]

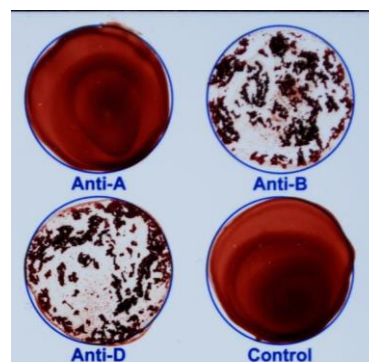


Ilustración 12 - Ejemplo de cartón *ELDONCARD® 2511* para determinación del grupo sanguíneo ^[12]

11) CONCLUSIÓN

Hay muchas diferencias entre la oficina de farmacia en España y en Portugal, empezando por el hecho de que el SNS español está dividido en comunidades autónomas, así que las normas de una oficina de farmacia en Madrid no serán exactamente iguales a una de otra comunidad, a diferencia de Portugal, donde estas normas son las mismas por todo el territorio.

Estos 3 meses de prácticas me posibilitaron una perspectiva interior de la actividad farmacéutica española. Me enteré del funcionamiento del SNS español, contactando con recetas de SISCATA, de las de los regímenes especiales, y también con las de situaciones especiales (recetas fuera de la comunidad de Madrid y de situaciones de síndrome tóxico), así como con el funcionamiento de la receta electrónica, algo que empieza ahora a existir en Portugal y que es revolucionario, permitiendo un control mucho mayor de lo que es recetado y dispensado, así que promete ser el futuro de la dispensación de recetas en oficinas de farmacia no sólo aquí sino también en Portugal.

Me dé cuenta que hay muchos más productos coparticipados que en Portugal, siendo posible obtener recetas para productos como gasas y pañales absorbentes. Aparte de eso los pensionistas son muy beneficiados con la aportación, que además de ser baja, después de alcanzar el tope mensual, no pagan nada más en gastos de medicamentos recetados durante ese mes.

El farmacéutico es muchas veces el primer agente de salud con el cual las personas contactan antes de dirigirse a un centro de salud o urgencias, así que es una pieza esencial para proporcionar información sanitaria a través de campañas de salud, rastreos, mediciones bioquímicas, conjuntamente con la información sobre la correcta administración de medicamentos. Además de la experiencia de dispensación, gané muchos conocimientos en atendimento, aunque el idioma extranjero al principio fue un impedimento pero al final ya tenía más confianza y experiencia en aconsejar los clientes.

El ambiente en la farmacia era muy familiar, incluyendo con los clientes. Mi recepción por el equipo fue perfecta y todo el apoyo que recibí hicieron mi experiencia única e inolvidable. Adquirí muchos conocimientos que seguramente serán muy útiles en mi futuro.

12) BIBLIOGRAFIA

- [1] Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. *Sistema Nacional de Salud. SNS. España 2012*. Madrid (disponible en: www.msssi.gob.es);
- [2] AEMPS. Presentación de La AEMPS ¿Quiénes somos? Accesible en: <http://www.aemps.gob.es/laAEMPS/presentacion/home.htm> (accedido en 17 de marzo de 2015);
- [3] Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos de España. Farmacia Comunitaria en España. Accesible en: <http://www.portalfarma.com/Profesionales/organizacionfcolegial/profesionfarma/Paginas/colegiaciondatestadisticos.aspx> (accedido en 17 de marzo de 2015);
- [4] SIGRE. Qué es SIGRE. Accesible en: <http://www.sigre.es/sigre> (accedido en 17 de marzo de 2015);
- [5] Peinado II, Fernández RL, Borobio AMC, Ríos PG, Estevan MCL, Grillo FR, Martínez MJR (2014). *Prácticas Tuteladas en Farmacia Comunitaria*. 1ª ed. CERSA editorial, Madrid
- [6] BITFARMA. El programa. Accesible en: <http://www.bitfarma.com/El-programa/1.html> (accedido en 17 de marzo de 2015);
- [7] *MEDIMECUM 2012 – Guía de terapia farmacológica*. 17ª ed. Adis
- [8] Cinfa. Medicamentos sin prescripción (OTC). Accesible en: <http://www.cinfainternational.com/es/nuestros-productos/sin-prescripcion/#mucoliticos> (accedido en 17 de marzo de 2015);
- [9] AEMPS. Guía de Prescripción Terapéutica. Accesible en: <http://www.imedicinas.com/GPTage/Obrir.php?ident=ca04se02sb01gm01> (accedido en 17 de marzo de 2015);
- [10] Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos de España. Productos Sanitarios. Accesible en: <http://www.portalfarma.com/profesionales/parafarmacia/productosanitarios/Paginas/productos-sanitarios.aspx> (accedido en 17 de marzo de 2015);
- [11] AEMPS, Ministerio de Sanidad y Consumo (2007). *Formulario Nacional*. 1ª ed. Revisada y actualizada. Ediciones Díaz de Santos. Madrid;

[12] Roche. Accutrend® Plus system. Accesible en: <http://www.cobas.com/home/product/point-of-care-testing/accutrend-plus-system.html> (accedido en 17 de marzo de 2015);

[13] Fundación del Corazón. Hipertensión-tensión-alta. Accesible en: <http://www.fundaciondelcorazon.com/prevencion/riesgo-cardiovascular/hipertension-tension-alta.html> (accedido en 17 de marzo de 2015);

[14] Eldon Biologicals. EldonCard. Accesible en: <http://www.eldoncard.com/content/eldoncard> (accedido en 17 de marzo de 2015).

