



U. PORTO



FACULDADE DE FARMÁCIA
UNIVERSIDADE DO PORTO

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Realizado no âmbito do Mestrado Integrado
em Ciências Farmacêuticas

Farmácia do Bonfim

Marina Miguel Gonçalves Coimbra

2015

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

Relatório de Estágio Profissionalizante

Farmácia do Bonfim

Fevereiro de 2015 a julho de 2015

Marina Miguel Gonçalves Coimbra

Orientador: Dra. Maria Fernanda Oliveira

Tutor FFUP: Prof. Doutora Maria Beatriz Vasques Neves Quinaz
Garcia Guerra Junqueiro

Setembro de 2015

Declaração de Integridade

Eu, Marina Miguel Gonçalves Coimbra, abaixo assinada, nº 200907266, aluna 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

Este estágio, como última etapa de um percurso de cinco anos, encerra um capítulo da minha vida repleto de experiências e emoções, no qual o conhecimento foi o principal catalisador do meu crescimento enquanto ser humano e profissional. Das pessoas que cruzaram este meu caminho, quero agradecer às que ajudaram a moldá-lo e a orientar-me:

À Dra. Maria Fernanda Oliveira, minha orientadora de estágio, agradeço a possibilidade de estagiar na Farmácia do Bonfim e todo o conhecimento, simpatia e dedicação que me transmitiu ao longo de seis meses.

À professora Dra. Beatriz Quinaz, minha tutora, agradeço a disponibilidade e preocupação demonstrada.

Ao Dr. Fernando Toca, ao Dr. Filipe, ao Sr. Henrique e à Vera, que me acompanharam todos os dias, agradeço a amizade, paciência e orientação.

À Diana, minha colega de estágio, agradeço a amizade e companheirismo que tanta força me deram, ao partilharmos esta experiência inesquecível.

À Sofia, não posso deixar de agradecer o facto de estar sempre presente, mesmo à distância, e a amizade e cumplicidade constantes.

À Joana e à Sara, obrigada por me acompanharem há tantos anos, por serem uma grande fonte de motivação e exemplo a seguir e, acima de tudo, pela amizade sólida que nos une.

Ao David, obrigada pelo carinho e força que me transmitiu, por acreditar em mim e nunca deixar de me encorajar.

Por fim, um agradecimento especial à minha mãe, por ter proporcionado a minha entrada nesta aventura e ter feito tudo para que eu dispusesse das condições e tempo necessários à sua conclusão. Muito obrigada pelo carinho, dedicação e pelo amor incondicional.

Resumo

O estágio curricular em farmácia comunitária é a última etapa de um trajeto de 5 anos de formação académica. Para o estagiário, representa, em muitos casos, o primeiro contacto com a realidade da profissão farmacêutica, permitindo-lhe aplicar os conhecimentos obtidos nos semestres anteriores e continuar o seu processo de aprendizagem.

O meu estágio teve a duração de seis meses e foi realizado na Farmácia do Bonfim, de 2 de fevereiro a 31 de julho de 2015, sob a orientação da Dra. Maria Fernanda Oliveira.

A elaboração deste relatório de estágio tem como objetivo descrever o meu percurso na farmácia comunitária, as tarefas por mim executadas e o conhecimento que adquiri e materializei ao longo de seis meses. O relatório está dividido em duas partes.

A primeira parte referencia o funcionamento da Farmácia do Bonfim e as atividades próprias de um profissional de farmácia comunitária que aprendi e realizei, desde o primeiro contacto com o armazenamento de produtos até ao aconselhamento e dispensa de medicamentos.

A segunda parte inclui os temas aprofundados por mim, que deram origem a trabalhos desenvolvidos com o intuito de adquirir conhecimentos que me permitissem efetuar um aconselhamento de qualidade.

O primeiro tema aborda o papel do sal no desenvolvimento da hipertensão arterial, incluindo noções acerca da patologia e referências aos hábitos da população portuguesa relativamente ao uso deste mineral.

O segundo tema incide sobre os cuidados a ter durante a exposição solar, salientando os efeitos nefastos de uma exposição excessiva.

O terceiro tema pretende descrever sumariamente o conceito de cistite aguda não complicada e as formas de prevenção desta doença.

Para os três temas foram elaborados panfletos informativos.

Finalmente, é descrita a realização de um inquérito sobre o projeto VALORMED e a atitude demonstrada pela população perante o mesmo.

O percurso que efetuei durante este período permitiu-me, portanto, adquirir e consolidar variados conhecimentos e compreender a responsabilidade de um farmacêutico e a importância que este assume na sociedade.

Índice

Declaração de Integridade	III
Agradecimentos	IV
Resumo	V
Índice	VI
Lista de abreviaturas	IX
Índice de figuras	IX
Índice de tabelas	IX
Índice de anexos	X
Parte I – Atividades desenvolvidas no estágio	1
1. Introdução	1
2. Farmácia do Bonfim	1
2.1. Horário de funcionamento	2
2.2. Recursos humanos	2
2.3. Organização do espaço físico	3
2.3.1. Espaço exterior	3
2.3.2. Espaço interior	3
2.4. Sistema informático	5
3. Gestão de <i>stocks</i>	6
3.1. Realização de encomendas	6
3.2. Receção de encomendas	7
3.3. Armazenamento	7
3.4. Controlo de prazos de validade	8
3.5. Devoluções	9
4. Dispensa de medicamentos	9
4.1. Medicamentos sujeitos a receita médica	10
4.1.1. Receita médica	10
4.1.2. Aviamento da receita médica	11
4.1.3. Receita eletrónica	12
4.1.4. Comparticipação	12
4.1.5. Medicamentos psicotrópicos e estupefacientes	13
4.1.6. Receituário e faturação	14

4.2. Medicamentos não sujeitos a receita médica	15
4.3. Medicamentos de uso veterinário	15
4.4. Medicamentos homeopáticos.....	16
4.5. Medicamentos manipulados	17
5. Outros serviços disponíveis na farmácia.....	17
5.1. Determinação de parâmetros fisiológicos e bioquímicos	17
5.2. Prestação de primeiros socorros.....	17
5.3. VALORMED	18
6. Cronograma de atividades	18
8. Formações	20
7. Aconselhamento farmacêutico	21
PARTE II – Apresentação dos temas desenvolvidos	24
1. A hipertensão arterial e a influência do sal.....	24
1.1. Escolha do tema	24
1.2. Objetivos	24
1.3. Hipertensão arterial.....	24
1.4 Sal.....	28
1.5. O caso de Portugal	31
1.6. Conclusões	32
2. Exposição Solar: consequências e proteção.....	33
2.1. Escolha do tema	33
2.2. Objetivos	33
2.3. O papel do sol.....	33
2.4. Radiação Ultravioleta	34
2.5. Fotótipo de pele	36
2.6. Protetor solar.....	37
2.7. Outras medidas de proteção	38
2.8. Conclusões	39
3. Cistite aguda não complicada	41
3.1. Escolha do tema	41
3.2. Objetivos	41
3.3. Definição da patologia.....	41
3.4. Diagnóstico	42

3.5. Tratamento.....	42
3.6. Cistite recorrente.....	43
3.7. Prevenção da cistite.....	44
3.8. Conclusões	44
4. VALORMED	46
4.1. Escolha do tema	46
4.2. Objetivos	46
4.3. Conteúdo do inquérito.....	46
4.4. Resultados do inquérito	46
4.5. Conclusões	47
Referências Bibliográficas.....	48
Anexos	52
Anexo 1 - Farmácia do Bonfim.....	52
Anexo 2 – Panfleto informativo sobre a hipertensão arterial e a influência do sal	56
Anexo 3 – Panfleto informativo sobre os cuidados na exposição solar	58
Anexo 4 – Panfleto informativo sobre a cistite	60
Anexo 5 – Inquérito VALORMED	62

Lista de abreviaturas

FB – Farmácia do Bonfim

MNSRM – Medicamento não sujeito a receita médica

MSRM – Medicamento sujeito a receita médica

PVP – Preço de venda ao público

IVA – Imposto sobre o valor acrescentado

ANF – Associação Nacional das Farmácias

HTA – Hipertensão arterial

OMS – Organização Mundial de Saúde

PHYSA – Portuguese Hypertension and Salt Study

UV – Ultravioleta

UVA – Ultravioleta A

UVB – Ultravioleta B

IUV – Índice ultravioleta

FPS – Fator de proteção solar

ITU – Infecção do trato urinário

Índice de figuras

Figura 1 Fatores ambientais que influenciam a intensidade da radiação UV 35

Figura 2 Categorias de exposição à radiação UV 35

Índice de tabelas

Tabela 1 Definição e classificação dos níveis da pressão arterial 26

Tabela 2 Escala de fotótipos de Fitzpatrick..... 37

Índice de anexos

Anexo 1 Farmácia do Bonfim

Espaço exterior.....	48
Zona de espera.....	48
Área de atendimento.....	48
Balcão de atendimento.....	48
Expositores da entrada.....	49
Gabinete de atendimento personalizado.....	49
Área de receção de encomendas.....	49
Gavetas deslizantes de armazenamento de MSRM.....	49
Frigorífico.....	49
Zona de armazenamento de MNSRM.....	50
Contentor VALORMED.....	50
Exemplo de validação de uma encomenda diária.....	50
Prateleiras de arquivo da faturação.....	50
Preparação de supositórios de glicerina e pesagem de bicarbonato de sódio para embalagem por unidose.....	51
Realização de um teste de gravidez.....	51
Cartaz alusivo ao Mês do Coração.....	51
Panfleto informativo sobre causas e tratamento da diarreia.....	51
Anexo 2 Panfleto informativo sobre a hipertensão arterial e a influência do sal.....	52
Anexo 3 Panfleto informativo sobre os cuidados na exposição solar.....	54
Anexo 4 Panfleto informativo sobre a cistite.....	56
Anexo 5 Inquérito VALORMED.....	58
Inquérito VALORMED distribuído na Farmácia do Bonfim.....	58
Resultados dos inquéritos VALORMED.....	59

Parte I – Atividades desenvolvidas no estágio

1. Introdução

O estágio curricular em farmácia comunitária conclui os cinco anos do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas, constituindo a primeira oportunidade real para consolidar os conhecimentos teóricos obtidos no decorrer da formação universitária em ambiente profissional. Com esta etapa, o estudante adquire as competências práticas necessárias para poder prestar serviços farmacêuticos de qualidade e adaptar-se às mudanças constantes desta área da saúde.

A Farmácia Comunitária é um dos espaços de saúde de mais fácil acesso para a população, pelo que assume uma importância acrescida na educação desta no que concerne à promoção da saúde e ao uso racional dos medicamentos e dos dispositivos médicos. É de salientar o papel crucial do farmacêutico no acompanhamento individualizado dos utentes, o qual permite a monitorização cuidada da evolução da doença e da terapêutica instituída.

O meu estágio curricular decorreu na Farmácia do Bonfim, no Porto, de 2 de fevereiro a 31 de julho de 2015, tendo contribuído grandemente para a minha formação enquanto farmacêutica, possibilitando-me o contacto com a realidade profissional e facultando-me competências para a resolução dos mais diversos problemas que possam surgir no decorrer da atividade.

2. Farmácia do Bonfim

A Farmácia do Bonfim (FB) está localizada na Rua do Bonfim, n.º 73, freguesia do Bonfim, concelho do Porto. Esta é uma zona central da cidade, com infraestruturas nas suas imediações que lhe permitem uma afluência de público com uma certa variabilidade de contextos sociais e económicos e de diferentes faixas etárias. Destacam-se alguns hotéis e residenciais, estabelecimentos de ensino do pré-escolar ao secundário, um centro de saúde, clínicas de medicina

dentária e dois tribunais. É, ainda, importante referir a presença de uma estação de metro e de paragens de autocarros muito próximas da FB, que permitem um acesso fácil a este estabelecimento, o que torna possível a existência de utentes habituais provenientes de zonas mais distantes, para além daqueles que habitam na Rua do Bonfim e nas suas proximidades. Existe, com estes utentes, uma relação de proximidade maior, pelo que o acompanhamento farmacêutico é mais personalizado e eficiente.

Uma grande percentagem dos utentes que frequenta regularmente a FB é idosa e/ou encontra-se em situações económicas desfavoráveis.

2.1. Horário de funcionamento

O horário praticado na FB é o seguinte:

- De segunda-feira a sexta-feira, das 8h30 às 19h30;
- Ao sábado, das 9h às 13h e das 14h30h às 18h, exceto nos meses de julho e agosto, durante os quais a FB encerra no período da tarde.

Nos dias de turno de serviço permanente, a partir das 22h e até às 8h30 do dia seguinte, a farmácia passa a dispensar os medicamentos através do postigo de atendimento existente na montra de rua.

A FB garante um horário de funcionamento de acordo com o regulamentado por lei para as farmácias de oficina [1].

2.2. Recursos humanos

A equipa da FB era, durante os seis meses de estágio, constituída pelos seguintes elementos:

- Dra. Maria Fernanda Oliveira – Diretora técnica e proprietária;
- Dr. Fernando Toca – Farmacêutico adjunto;
- Dr. Filipe Oliveira – Farmacêutico;
- Henrique Fernandes – Técnico de farmácia;
- Vera Costa – Técnica de farmácia;
- Nilza Soares – Auxiliar de limpeza;
- Damião Ribeiro – Indiferenciado;
- Dr. Fernando Isaac – Contabilista.

Nos primeiros 4 meses de estágio, integrou também a equipa a estagiária da Faculdade de Farmácia da Universidade do Porto Diana Durães.

A obrigatoriedade legal da presença de, pelo menos, um diretor técnico e um outro farmacêutico [2], está, portanto, assegurada pelo quadro da FB.

2.3. Organização do espaço físico

Conforme indicado no Decreto-Lei n.º 307/2007, de 31 de agosto, a FB dispõe de instalações adequadas que garantem a segurança, conservação e preparação dos medicamentos, assim como a acessibilidade, comodidade e privacidade dos utentes e da equipa técnica [3].

2.3.1. Espaço exterior

A FB tem um exterior característico e que permite a sua fácil identificação, possuindo um letreiro com a designação da farmácia, o símbolo “cruz verde” devidamente iluminado e a cruz identificativa das Farmácia Portuguesas. Na montra existe informação acerca da direção técnica e do horário de funcionamento e logotipos referentes ao Espaço Animal e ao Cartão Saúde. Existe, ainda, um dispensador de apoio ao atendimento no período noturno dos turnos de serviço permanente (anexo 1).

O acesso à FB é facilitado pela ausência de desníveis ou outros obstáculos, conforme o disposto nas Boas Práticas Farmacêuticas para a farmácia comunitária [4].

2.3.2. Espaço interior

A FB tem o seu espaço interior dividido em 9 áreas principais (anexo 1):

- A área de atendimento ao público – esta área compreende a zona de balcões de atendimento (quatro balcões, separados fisicamente por meio de expositores verticais de modo a proporcionar a máxima privacidade possível durante o atendimento, equipados com computadores, impressora de talões e receitas e leitor ótico de códigos de barras e com superfície transparente para visualização de artigos neles expostos, de acordo com a época do ano ou promoções em vigor), a zona de espera (conjunto de cadeiras para utentes e acompanhantes e mesa de desenho

e brinquedos para as crianças, devidamente posicionados para permitir a livre circulação de utentes e pessoal), uma balança eletrónica com tensiómetro (permite aos utentes avaliar parâmetros como a pressão arterial, a altura, o peso, o índice de massa corporal e a percentagem de gordura corporal), lineares para exposição de produtos de dermocosmética e puericultura na zona de espera, lineares de medicamentos veterinários, higiene oral, suplementos alimentares e medicamentos não sujeitos a receita médica (MNSRM) dispostos por sazonalidade atrás dos balcões de atendimento, o contentor VALORMED, nichos de exposição de produtos sazonais na zona de entrada da farmácia e sinalização de saída e equipamento anti-incêndios;

- O gabinete de atendimento personalizado – local reservado à realização de testes bioquímicos (determinação de glucose, triglicéridos, colesterol e testes de gravidez), munido dos aparelhos e tiras necessários, contentor de resíduos selado, tensiómetro e balança, e onde se realizam atendimentos que necessitam de uma maior privacidade e confidencialidade. O gabinete possui um sanitário e uma área de arrumos adjacentes;
- A área de receção de encomendas e armazenamento de medicamentos sujeitos a receita médica (MSRM) – aqui encontram-se um computador, um leitor ótico de códigos de barras, uma impressora de talões e receitas e uma impressora comum, para dar entrada às encomendas que chegam a esta zona nos contentores apropriados. Caso se trate de MSRM ou de produtos que necessitam de ser armazenados em câmara frigorífica, são prontamente recolhidos para gavetas deslizantes (existe um grupo de gavetas para os medicamentos de marca registada e um outro para medicamentos genéricos) ou para o referido frigorífico, ambos inseridos neste espaço;
- A área de laboratório – neste espaço existe uma bancada de trabalho com lavabo incorporado e armários contendo os materiais necessários para a preparação e acondicionamento de medicamentos manipulados, assim como as respetivas fichas de preparação, Formulário Galénico Português e Farmacopeia Portuguesa;
- A área reservada ao trabalho administrativo e conferência do receituário;

- O armazém de *stock* de medicamentos injetáveis, vaginais, rectais, oftálmicos e soluções e suspensões orais;
- O armazém de *stock* de MNSRM, dermocosmética, produtos veterinários e dispositivos médicos;
- Escritório ou gabinete da Diretora Técnica, onde se encontra uma variedade de livros técnicos;
- Vestiário e sanitário adjacente.

2.4. Sistema informático

O sistema informático implementado na FB é o Sifarma 2000® (Glintt Farma). Este software é bastante intuitivo, auxiliando nas várias tarefas realizadas diariamente na farmácia, como as vendas, a realização e receção de encomendas, o controlo de psicotrópicos, a gestão das fichas dos utentes, a faturação das receitas dos múltiplos organismos, a gestão de stocks e o controlo de prazos de validade, devoluções, entre outros.

O Sifarma 2000® faculta, ainda, informação relativa a cada medicamento existente na sua base de dados, nomeadamente no que diz respeito a indicações terapêuticas, posologias, efeitos adversos e interações medicamentosas.

É relevante destacar o sistema de verificação dos produtos dispensados, recentemente adotado pela FB, que permite confirmar que o produto a ser vendido corresponde ao que foi prescrito pelo médico, recomendado pelo farmacêutico ou solicitado pelo utente, de forma a evitar erros, maioritariamente de dosagens e formas farmacêuticas.

Cada elemento da equipa técnica possui um nome de utilizador e uma palavra-passe que lhe permitem aceder ao programa.

Ter utilizado o Sifarma 2000® durante o estágio permitiu-me ficar a conhecer este sistema com bastante pormenor, o que se revela vantajoso uma vez que é o utilizado pela maioria das farmácias a nível nacional.

3. Gestão de *stocks*

A gestão lógica e ponderada dos *stocks* de uma farmácia é dos fatores mais relevantes a ter em conta quando se considera o seu equilíbrio financeiro, bem como a qualidade do serviço prestado aos seus utentes. É necessário existir um controlo rigoroso dos valores de *stock* mínimo e máximo, auxiliado pelo sistema informático. Desta forma é possível evitar ruturas e conseguir satisfazer as necessidades diárias dos utentes mas, ao mesmo tempo, impedir que se acumulem excessos de produtos que, mais tarde, se tornariam difíceis de escoar e prejudicariam a farmácia a nível económico. Fatores como a rotatividade e a sazonalidade de um produto têm a maior influência no controlo dos *stocks*.

3.1. Realização de encomendas

As encomendas podem ser efetuadas a fornecedores que estão a cargo da distribuição grossista ou diretamente aos laboratórios. A escolha dos fornecedores tem em conta as condições financeiras por eles oferecidas e a frequência e a qualidade das entregas. As encomendas diretas são realizadas por intermédio de Delegados de Vendas que, periodicamente ou quando solicitada a sua presença, visitam a FB, conseguindo obter-se descontos e bonificações, tanto mais vantajosos quanto maior o número de unidades encomendadas. Estas são, sobretudo, praticadas para MNSRM, medicamentos genéricos e produtos de dermocosmética, puericultura e veterinária.

As encomendas diárias são feitas tendo como base uma proposta gerada pelo sistema informático no fim do dia de trabalho, a partir dos valores máximos e mínimos de *stock* dos produtos. Esta proposta, sob a forma de listagem, é analisada, geralmente pela Diretora Técnica, sendo depois feita uma triagem dos produtos que efetivamente vão ser encomendados, tendo em conta o seu histórico de vendas. Na eventualidade de um utente necessitar urgentemente de um determinado produto não existente na farmácia, é feita, através do sistema informático ou por telefone, uma encomenda instantânea.

Na FB, a entrega das encomendas diárias é assegurada pelos dois maiores distribuidores a nível nacional, em duas voltas, uma de manhã e outra de tarde.

3.2. Receção de encomendas

A receção das encomendas deve ser feita de modo cuidado, a fim de evitar erros de *stock*. Os produtos encomendados chegam à farmácia acondicionados em contentores próprios e característicos do fornecedor em questão. Caso se trate de produtos de frio, o contentor tem uma cor diferente dos restantes e o seu interior é adaptado para conservar uma temperatura inferior, sendo rapidamente identificado e os seus produtos rececionados e armazenados com prioridade. Cada encomenda traz anexada a fatura, em duplicado, ou guia de remessa correspondentes.

Os produtos que dão entrada na farmácia são inseridos no sistema informático através da leitura ótica dos códigos de barras ou da inserção manual dos seus códigos de referência. Posteriormente, são confirmados os dados que constam na fatura e modificados no sistema os parâmetros necessários, os quais podem ser: número de embalagens rececionadas, preço de faturação, preço de venda ao público (PVP), prazo de validade, bonificações e margem. O prazo de validade que fica registado é sempre o mais curto presente na farmácia. No final, o número total de produtos registados, o valor total a liquidar e o imposto sobre o valor acrescentado (IVA) são apresentados no ecrã e comparados com o que se encontra descrito na fatura. Caso existam incongruências, estas são reportadas ao fornecedor. São impressas etiquetas com o código de barras, o PVP e o IVA relativas aos produtos de venda livre, que são, posteriormente, neles colocadas. O documento comprovativo de receção é impresso e arquivado juntamente com a fatura respetiva, até ser sujeito a posterior controlo administrativo.

3.3. Armazenamento

Após ser concluída a receção dos produtos, é efetuado o seu armazenamento.

Produtos de dermocosmética, veterinária, higiene oral, suplementos alimentares, puericultura, dietética e MNSRM são armazenados nos lineares que se encontram na área de atendimento ao público e o excedente é guardado no armazém até ser necessário efetuar reposições. Os anti-inflamatórios não esteroides e contracetivos encontram-se, também, nesta mesma área, embora acondicionados em gavetas, sem acesso direto ao utente.

Os MSRM são acondicionados em dois módulos de gavetas deslizantes, um destinado aos medicamentos de nome comercial e outro aos medicamentos genéricos. Aqui, as embalagens são ordenadas atendendo à ordem alfabética (do nome comercial ou da designação comum internacional, conforme o módulo), à dosagem (da mais baixa para a mais elevada), à quantidade de unidades por embalagem (da mais baixa para a mais alta) e da composição mais simples para as associações de moléculas. Os psicotrópicos e estupefacientes são armazenados separadamente, em armário próprio. Os produtos que necessitam de conservação pelo frio, como as insulinas, vacinas e certos colírios e pomadas, são guardados no frigorífico.

Medicamentos injetáveis, vaginais, retais, colírios e soluções e suspensões são armazenados em prateleiras.

Todos os produtos, independentemente do local onde se encontrem, são dispostos segundo o princípio *First Expired First Out* (FEFO), garantindo, assim, que os produtos de validade mais curta são dispensados antes dos restantes, promovendo a boa gestão dos *stocks*.

Todas as áreas de armazenamento de medicamentos se encontram monitorizadas relativamente à temperatura e humidade, sendo esses valores registados, diariamente, no início e no fim do dia de trabalho. A FB tem uma temperatura ambiente geral inferior a 25°C e uma temperatura do frigorífico entre os 2 e os 8°C.

3.4. Controlo de prazos de validade

O controlo dos prazos de validade é crucial para garantir que a dispensa de medicamentos ocorre sem prejuízo para a saúde do utente, uma vez que só assim se garante a segurança e a eficácia dos mesmos.

Na FB, para além da rigorosa confirmação dos prazos de validade dos produtos que chegam nas encomendas, o controlo é efetuado no início de cada mês, sendo impressa uma listagem, gerada pelo sistema informático, dos produtos com validade a expirar nos 6 meses seguintes. Produtos com validade inferior a 2 meses são devolvidos aos fornecedores, sendo os restantes assinalados como prioritários na dispensa. Posteriormente, efetuam-se as correções de validades necessárias no sistema.

3.5. Devoluções

Periodicamente, existe a necessidade de efetuar devoluções de produtos aos respetivos fornecedores. Os principais motivos dessas devoluções são:

- Prazos de validade expirados ou a expirar;
- Embalagens ou produtos danificados;
- Envio de produtos não encomendados ou encomendados por engano;
- Recolha de medicamentos imposta pela Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I.P. (INFARMED).

Este processo implica a emissão de uma nota de devolução para o fornecedor, onde consta o nome do(s) produto(s), o número de embalagens, o preço de faturação, o número da fatura correspondente e o motivo da devolução. É, então, emitida uma nota de devolução, em triplicado, sendo que o original e o duplicado são recolhidos, juntamente com os produtos, pelo fornecedor e o triplicado é arquivado na farmácia até futura regularização. A devolução é, de imediato, comunicada à autoridade tributária através do sistema informático.

O fornecedor emite, depois, uma nota de crédito com o valor dos produtos devolvidos ou troca-os por produtos iguais. Em casos excecionais, a devolução não é aceite e os produtos retornam à farmácia, passando pelo processo de quebras para que deixem de constar no *stock* informático.

4. Dispensa de medicamentos

A dispensa de medicamentos é o ato pelo qual o farmacêutico é mais reconhecido, sendo das atividades mais importantes por ele realizadas. Esta compreende a cedência de medicamentos ao utente, após avaliação prévia da medicação, mediante uma prescrição médica ou em caso de automedicação ou indicação farmacêutica, certificando-se que o utente recebe toda a informação necessária ao correto, seguro e eficaz uso dos medicamentos [4]. A informação fornecida deve incluir a posologia, o modo de administração e conservação, contraindicações, possíveis efeitos secundários, interações medicamentosas e alimentares e validade de uso.

O farmacêutico tem, portanto, um papel fundamental na orientação dos utentes para o uso racional do medicamento, promovendo o máximo benefício do tratamento e, conseqüentemente, a saúde dos seus utentes.

4.1. Medicamentos sujeitos a receita médica

De acordo com o Decreto-Lei n.º 176/2006, de 30 de agosto, são considerados MSRM os medicamentos com uma das seguintes características:

- Podem constituir um risco para a saúde do doente, direta ou indiretamente, mesmo quando usados para o fim a que se destinam, caso sejam utilizados sem vigilância médica;
- Podem constituir risco, direto ou indireto, para a saúde, quando são utilizados com frequência em quantidades consideráveis para fins diferentes daqueles a que se destinam;
- Contêm substâncias, ou preparações à base das mesmas, cuja atividade ou reações adversas é indispensável aprofundar;
- Destinam-se a ser administrados por via parentérica.

Estes medicamentos apenas podem ser dispensados mediante a apresentação de uma receita médica válida, prescrita por um profissional de saúde competente.

4.1.1. Receita médica

A prescrição de medicamentos é efetuada com recurso à receita médica e por via eletrónica. Existem, no entanto, algumas exceções ao abrigo da atual lei que permitem a prescrição através de receitas manuais:

- Falência do sistema informático;
- Inadaptação fundamentada do prescritor, confirmada e validada;
- Prescrição ao domicílio;
- Outras situações até um máximo de 40 receitas médicas por mês.

É obrigatória a prescrição por denominação comum internacional da substância ativa, forma farmacêutica, dosagem e posologia. A utilização de marcas ou nomes de titulares de introdução no mercado é, no entanto, possível, no caso de apenas existir o medicamento original de marca ou desde que a

exceção seja devidamente justificada por parte do prescritor, em local próprio. As exceções podem ser:

- a) Prescrição de medicamento com margem ou índice terapêutico estreito, conforme informação prestada pelo INFARMED;
- b) Fundada suspeita, previamente reportada ao INFARMED, de intolerância ou reação adversa um medicamento com a mesma substância ativa, mas identificado por outra denominação comercial;
- c) Prescrição de medicamento destinado a assegurar a continuidade de um tratamento com duração estimada superior a 28 dias.

No caso das exceções a) e b), o utente não pode exercer direito de opção, e, quando a exceção aplicada é a c), esse direito está limitado a medicamentos com preço inferior ao do prescrito.

É possível serem prescritos até quatro medicamentos diferentes por receita, num total de quatro embalagens por receita e duas embalagens por medicamento. Nos casos em que se trate de medicamentos que se apresentem sob a forma de embalagem unitária, podem ser prescritos até quatro embalagens do mesmo.

Medicamentos contendo substâncias estupefacientes ou psicotrópicas e dispositivos de controlo da glicemia abrangidos pelo Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes não podem ser prescritos concomitantemente com outros medicamentos na mesma receita.

Uma receita é válida por um período de 30 dias, a contar da data da sua emissão, exceto no caso de se tratar de uma receita renovável, a qual pode conter até três vias, cada uma delas válida durante 6 meses.

Uma receita eletrónica apenas é considerada válida se apresentar os seguintes elementos: número da receita, local da prescrição, identificação do médico prescritor, identificação do utente, regime de comparticipação, prescrição propriamente dita, data de prescrição, assinatura do prescritor [5].

4.1.2. Aviamento da receita médica

Após confirmação da validade da receita, é processado o seu aviamento. Como em todas as funções do farmacêutico, é essencial que este se faça com a máxima responsabilidade e cuidado, verificando sempre se os medicamentos

aviados correspondem àqueles que foram prescritos. Esta tarefa encontra-se controlada pelas funcionalidades de verificação do Sifarma 2000®.

Aviada a receita, é impressa no verso da mesma a informação relativa à faturação, onde constam o nome da farmácia, o número da venda, o organismo responsável pela comparticipação, os medicamentos dispensados e respetivos códigos de barras, o preço total, o preço de referência, o valor da comparticipação, o valor a pagar e local para o utente assinar, declarando que lhe foram dispensados os medicamentos prescritos e informações sobre os mesmos e que exerceu, se aplicável, o direito de opção.

A receita é, depois, carimbada, datada e rubricada pelo farmacêutico, sujeita a verificação pela Diretora Técnica e arquivada juntamente com as restantes receitas correspondentes ao mesmo organismo de comparticipação.

4.1.3. Receita eletrónica

Em meados do mês de junho passou a ser possível o aviamento das receitas de forma automática, com o sistema de receitas eletrónicas. Este procedimento requer que o utente apresente a receita com a guia de tratamento anexada, uma vez que é imprescindível a leitura ótica do código de acesso presente na mesma. Existe, ainda, um código que respeita ao direito de opção do utente, utilizado nos casos em que este opta por um medicamento com PVP superior aos dos cinco com PVP mais baixo. Os medicamentos prescritos são apresentados automaticamente pelo sistema informático e o organismo de comparticipação já se encontra selecionado, excetuando os casos em que exista um subsistema. Se a receita for aviada sem erros, o número de lote impresso no seu verso é o 99, e na existência de erros, o número de lote é o 98, estando sujeitas a verificação.

4.1.4. Comparticipação

A comparticipação do Estado no preço dos medicamentos é atribuída aos utentes de acordo com quatro possíveis escalões: para o escalão A, a comparticipação é de 90% do PVP; para o escalão B, de 69% do PVP; para o escalão C, de 37% do PVP e para o escalão D, de 15% do PVP. Cada escalão abrange grupos e subgrupos farmacoterapêuticos específicos. A comparticipação

depende, ainda, do organismo participante, sendo que a maioria dos utentes possui apenas um organismo. Pensionistas cujo rendimento total anual não exceda 14 vezes o salário mínimo nacional têm uma comparticipação adicional de 5%, caso se trate do escalão A, ou de 15%, para os restantes escalões. É possível usufruir de um segundo organismo de comparticipação, situação designada por “Sistema de Complementaridade”, beneficiando de uma comparticipação adicional mediante apresentação do cartão referente a esse organismo.

Existem situações em que o utente beneficia de uma comparticipação superior, sendo para isso necessário que o prescriptor indique, em local apropriado da receita, o despacho ou portaria correspondentes à patologia do paciente [6,7].

4.1.5. Medicamentos psicotrópicos e estupefacientes

Os medicamentos psicotrópicos e estupefacientes constituem um grupo farmacêutico com ação no sistema nervoso central, passível de alterar comportamentos e provocar dependência e tolerância. Como tal, e para tentar impedir o seu uso para fins ilícitos, estão sujeitos a uma legislação própria que abrange a sua prescrição, distribuição e dispensa. O INFARMED é o órgão responsável pela fiscalização da comercialização destas substâncias.

Estes medicamentos são adquiridos pela farmácia do mesmo modo que os restantes. No entanto, aquando da sua receção, é entregue à farmácia um documento em duplicado, que o farmacêutico assina e carimba, comprovando a receção. O original é arquivado na farmácia por um período mínimo de três anos e o duplicado é enviado ao fornecedor.

Como já foi mencionado, as substâncias psicotrópicas e estupefacientes são obrigatoriamente prescritas numa receita que não contenha nenhum outro tipo de medicamento. Ao dispensar estes medicamentos, o sistema informático impede o fim da venda sem o registo de certas informações, nomeadamente: número da receita, nome do médico prescriptor, nome e morada do utente e nome, morada, número do bilhete de identidade/ cartão do cidadão e idade do adquirente. A receita original é fotocopiada, sendo enviada para o organismo responsável pela comparticipação e a fotocópia arquivada na farmácia por um período mínimo de

três anos. O farmacêutico pode recusar o aviamento destas receitas quando existirem dúvidas quanto à sua autenticidade e validade.

Trimestralmente, a farmácia envia ao INFARMED um registo das entradas destas substâncias e, anualmente, o balanço das entradas e saídas.

4.1.6. Receituário e faturação

Quando uma receita é aviada, o sistema informático atribui-lhe um número de lote e um número de série, que constam no verso impresso da receita. No final do dia de trabalho, todas as receitas são conferidas e, caso existam erros, corrigidas. Posteriormente, são separadas por organismo e, dentro deste, por lote. Cada lote é composto por 30 receitas. No último dia de cada mês é feito o fecho dos lotes, sendo impresso e anexado um verbete de identificação para cada um deles. São, também, impressos em quadruplicado a relação do resumo de lotes e a fatura mensal.

No caso das receitas cujo organismo responsável pela comparticipação é o Serviço Nacional de Saúde, estas são enviadas, juntamente com os documentos impressos, para o Centro de Conferência de Faturas, até ao quinto dia do mês seguinte. São devolvidas à farmácia duas cópias da fatura mensal e da relação do resumo de lotes, devidamente carimbadas, sendo uma das cópias enviada à Associação Nacional de Farmácias (ANF) e a outra arquivada na farmácia.

As receitas de outros organismos, juntamente com os respetivos documentos, são enviadas, até ao décimo dia do mês seguinte, para o departamentos de faturação da ANF, que as distribui pelos vários organismos.

O pagamento das comparticipações é, em todos os casos, realizado por intermédio da financeira Finafarma, através de uma entidade bancária.

Apesar da verificação rigorosa da validade das receitas que é efetuada diariamente na FB, ocorrem situações de devolução das receitas à farmácia por deteção de irregularidades, acompanhadas da devida justificação. Estas receitas não são, portanto, comparticipadas e a farmácia entra em prejuízo, podendo, em certos casos, corrigir o erro e proceder a nova faturação.

4.2. Medicamentos não sujeitos a receita médica

Os MNSRM são todos aqueles que não obedecem às características obrigatórias para classificação como MSRM, nomeadamente, o facto de não constituírem risco para a saúde do utente quando utilizados para o fim a que se destinam ou outros distintos, mesmo sem vigilância médica. Como tal, a sua dispensa não requer a apresentação de receita médica e, na maioria dos casos, não são comparticipáveis [8].

Os MNSRM são utilizados para prevenir, tratar ou aliviar problemas de saúde de carácter não grave. São, normalmente, alvo de indicação farmacêutica ou utilizados na automedicação. Para que possa efetuar um aconselhamento de qualidade e dispensar o MNSRM mais adequado, o farmacêutico tem a responsabilidade de obter informação suficiente para lhe permitir avaliar o problema de saúde do utente. Assim, através de uma comunicação adequada, deve conseguir obter dados sobre os sintomas que motivaram a visita à farmácia e duração dos mesmos, outros problemas de saúde manifestados pelo doente, medicamentos que este toma e alergias medicamentosas. Caso se verifiquem as condições para a instauração de tratamento com MNSRM, o farmacêutico faz uso da sua formação atualizada sobre indicação farmacêutica nos transtornos menores, considerando princípios ativos, doses, formas farmacêuticas, frequência de administração e duração do tratamento para selecionar o medicamento adequado e fornecer a informação necessária ao utente.

Na FB, como seria de esperar, a procura e dispensa de MNSRM variam consoante a época do ano. Nos meses de fevereiro a abril, os medicamentos antigripais e antitússicos/expetorantes eram os que tinham maior volume de vendas, durante a primavera, os anti-histamínicos eram dispensados frequentemente e nos meses de verão havia uma grande procura de formulações para queimaduras solares. Analgésicos, antipiréticos, anti-inflamatórios não esteroides, laxantes, antidiarreicos e antiácidos têm uma grande rotatividade durante todo o ano.

4.3. Medicamentos de uso veterinário

Os medicamentos de uso veterinário podem, tal como os destinados a uso humano, ter consequências negativas, neste caso na saúde dos animais. Como

tal, é necessário que o farmacêutico possua uma formação apropriada para poder aconselhar e dispensar os produtos mais adequados à patologia ou condição do animal sem comprometer a eficácia e a segurança. Também neste caso é necessária a recolha da informação ao utente, para que se consiga ajustar a dose e duração do tratamento à espécie, porte e idade do animal.

A FB faz parte da rede nacional de farmácias aderentes ao Espaço Animal, um serviço que tem como objetivo melhorar a qualidade da dispensa e do aconselhamento de medicamentos e outros produtos veterinários. Este serviço aposta na formação adequada e permanente dos farmacêuticos, proporcionando, ainda, um apoio técnico-científico de retaguarda em caso de dúvidas que possam surgir durante o aconselhamento. Como aderente, a FB possui um *stock* de produtos veterinários com maior variedade do que o de uma farmácia comum, sendo, portanto, bastante procurada por donos de animais de estimação e companhia, principalmente de cães e gatos. A maioria dos produtos procurados e dispensados são os desparasitantes internos e externos, seguidos pelos produtos de higiene.

4.4. Medicamentos homeopáticos

Define-se medicamento homeopático como o “medicamento 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” [8]. Os medicamentos homeopáticos, pelo seu carácter de MNSRM e pela ausência de efeitos adversos e boa tolerabilidade que apresentam, são cada vez mais reconhecidos pela população e dispensados pelas farmácias. A FB possui uma variedade destes produtos que lhe permite dar resposta aos problemas de saúde menores mais frequentes, como gripes, constipações, tosse, alergias, dor de garganta, insónia e queimaduras. No entanto, a sua rotação não é muito significativa. De salientar que estes são bem identificados pelos turistas estrangeiros que recorrem à FB, ao invés do utente português, que ainda não está devidamente elucidado sobre o seu uso.

4.5. Medicamentos manipulados

Um medicamento manipulado é uma fórmula magistral ou preparado oficial preparado e dispensado sob a responsabilidade de um farmacêutico. Por fórmula magistral define-se aquela que é preparada em farmácia de oficina ou hospitalar segundo receita médica personalizada, enquanto um preparado oficial é preparado segundo direções de uma farmacopeia ou formulário, em farmácia de oficina ou hospitalar, destinado a ser dispensado diretamente aos doentes desse espaço. [9] Esta preparação é cada vez menos frequente, devido à evolução da indústria farmacêutica, mas é uma forma eficaz de personalizar a terapêutica, adaptando-a às necessidades dos doentes.

Na FB, a preparação de medicamentos manipulados não é habitual, principalmente devido à ausência de prescrição médica, sendo, apenas, de referenciar a preparação de supositórios de glicerina, que são preparados oficiais com bastante procura, especialmente pelos utentes habituais da FB (anexo 1).

5. Outros serviços disponíveis na farmácia

5.1. Determinação de parâmetros fisiológicos e bioquímicos

Uma vez que o ato farmacêutico abrange, cada vez mais, atividades para além da dispensa de medicamentos, a FB disponibiliza a realização da determinação de diversos parâmetros fisiológicos e bioquímicos, entre eles a medição da pressão arterial, altura, peso, índice de massa corporal, percentagem de massa gorda, glicemia capilar, colesterol total, triglicerídeos e, ainda, testes de gravidez (anexo 1). O controlo da pressão arterial é a monitorização efetuada com maior frequência nesta farmácia.

5.2. Prestação de primeiros socorros

A FB encontra-se preparada para receber casos de ferimentos ligeiros, apesar de estes ocorrerem com pouca frequência, possuindo os materiais necessários e pessoal com aptidão para a elaboração de pequenos curativos.

Casos de resolução mais complicada ou na presença de sintomas indicativos de urgência são reencaminhados para equipas profissionais de socorro (INEM).

5.3. VALORMED

A VALORMED é uma sociedade cujo objetivo é gerir os resíduos procedentes de embalagens vazias e medicamentos fora de uso, que são entregues nas farmácias pelos utentes ou provêm de recursos agrícolas, recolhendo-os e tratando-os de forma segura [10]. O reconhecimento por parte do público é promovido através de campanhas publicitárias e da informação transmitida pelas equipas das farmácias, sendo a prática da entrega de embalagens e medicamentos fora do prazo ou fora de uso cada vez mais comum e vista como uma atitude responsável para com o ambiente e a saúde pública.

A FB possui um contentor da VALORMED, utilizado frequentemente pelos seus utentes, que, quando completo, é selado, pesado e recebe a identificação da farmácia, sendo, posteriormente, recolhido pelo fornecedor responsável pela entrega das encomendas diárias da farmácia (anexo 1).

6. Cronograma de atividades

Atividades	Fevereiro	Março	Abril	Maio	Junho	Julho
Armazenamento de produtos						
Receção de encomendas						
Controlo de prazos de validade						
Atendimento ao público						
Determinação de parâmetros bioquímicos						
Formações						

Desde os primeiros dias do estágio, uma das tarefas que fui orientada a realizar foi o armazenamento dos produtos que eram rececionados pelos técnicos de farmácia. Este procedimento diário, juntamente ao controlo dos prazos de validade iniciado no segundo mês, permitiu ambientar-me aos locais de armazenamento e exposição de todos os tipos de produtos, assim como ao *stock* existente, nomes comerciais, formas farmacêuticas e aspeto exterior das embalagens.

Comecei, também, desde cedo, a contactar com o sistema informático, explorando os vários menus e observando os outros trabalhadores a utilizá-lo para as mais variadas tarefas, até ser autorizada a realizá-las pessoalmente, primeiro com supervisão e depois autonomamente. Isto permitiu-me tirar partido do enorme auxílio que o Sifarma 2000® confere ao profissional farmacêutico.

Uma vez que o meu horário de trabalho incluiu, essencialmente, o período da tarde, não tive muitas oportunidades de determinar parâmetros que exigissem um jejum de, pelo menos, 8 horas por parte do utente, pelo que a medição da pressão arterial foi o mais frequentemente realizado. Esta era uma tarefa diária e muitos dos utentes que a requisitavam eram regulares na FB, pelo que me possibilitou o desenvolvimento de relações farmacêutico-utente mais próximas. Em função dos resultados das avaliações, procedia à recomendação de medidas relacionadas com a alimentação e a atividade física, indicava a realização de medições regulares, questionava o utente quanto à medicação eventualmente existente e sugeria o aconselhamento médico, quando necessário.

O contentor da VALORMED também me foi apresentado no início do estágio, assim como a explicação dos procedimentos para a sua selagem e recolha, pelo que passei a realizar essa tarefa com regularidade.

A partir de meados do segundo mês, fui iniciada na receção de encomendas. Este processo requer uma atitude de grande concentração e organização, para que não ocorram erros ao nível do *stock* e do preço dos produtos e valores totais das faturas. Por esse motivo, esta tarefa foi efetuada com supervisão durante as primeiras semanas.

Em relação à realização de encomendas, tanto diárias como diretas, tive a oportunidade de observar o seu processamento com a Diretora Técnica. Quando iniciei o atendimento, pude realizar encomendas instantâneas a partir do sistema informático e por telefone.

Ao terceiro mês comecei a efetuar os primeiros atendimentos com supervisão, após bastante tempo a observar como decorriam, o tipo de questões que eram colocadas pelo farmacêutico e pelo utente, quais os passos necessários para efetuar a venda e que atitude devia ser adotada para uma comunicação eficiente. Aqui, mais uma vez, necessitei de ter uma postura de grande concentração para conseguir avaliar corretamente a situação do utente e evitar erros, nomeadamente de posologia. Aviar receitas médicas tornou-se um processo mais fácil e seguro com a instalação do sistema de receitas eletrónicas, embora com o comprometimento da velocidade desta aplicação e consequente demora no atendimento.

Tive a oportunidade de observar diversas vezes a preparação de supositórios de glicerina, um dos poucos manipulados executados na FB.

Visto que a FB é aderente do cartão Saúde, anteriormente designado cartão das Farmácias Portuguesas, incentivei bastantes utentes a adquirir o mesmo, explicando-lhes as vantagens e a facilidade de utilização. Procedi, ainda, à marcação dos produtos abrangidos por este programa.

No âmbito do marketing farmacêutico, foi dedicado algum tempo à elaboração de material de divulgação de produtos, serviços e campanhas promocionais, tanto promovidas pelas marcas de MNSRM e dermocosmética como pela própria farmácia, em dias comemorativos como o dia do pai e o dia da mãe e períodos como o Mês do Coração (maio) e a época balnear. Também contribuí para a elaboração de montras e lineares apelativos, de modo a tentar gerar competitividade e estimular a compra (anexo 1).

8. Formações

É imprescindível que o farmacêutico se mantenha atualizado relativamente às constantes evoluções do sector, para assim poder efetuar o aconselhamento mais adequado em todas as situações. Com esse propósito, foi-me dada a oportunidade de frequentar várias formações durante o meu estágio curricular, tanto decorridas no interior da farmácia como noutras instituições.

Seguidamente apresento, por ordem cronológica, a lista de formações externas à farmácia a que assisti.

19 de fevereiro de 2015 – ISDIN – Afeções dermatológicas e pele oleosa com imperfeições. Hotel Bessa, Porto. 3 horas.

23 de fevereiro de 2015 – Espaço Animal – Vendas cruzadas e novos produtos. ANF, Porto. 3 horas.

26 de fevereiro de 2015 – Pharmanord – Terapêutica nutricional com Q10 na patologia cardiovascular e terapêutica nutricional com crómio na resistência à insulina. Hotel Holiday Inn, Vila Nova de Gaia. 3 horas.

15 de abril de 2015 – ANF – “Emagrecer” – para dois pesos, várias medidas. ANF, Porto. 3 horas.

16 de abril de 2015 – Aboca – Libramed e Adiprox para controlo de peso. Hotel Porto Palácio, Porto. 3 horas.

21 de abril de 2015 – ISDIN – Novidades de proteção solar e gama Bexident. Hotel Bessa, Porto. 3 horas.

23 de abril de 2015 – Vichy – Innovation tour: beauty is magic. Caves Callen, Vila Nova de Gaia. 6 horas.

7 de maio de 2015 – ANF – Receita médica eletrónica. ANF, Porto. 3 horas.

12 de maio de 2015 – Distrifa – A resposta da fitoterapia para os principais pedidos de conselho na farmácia. Ipanema Park Hotel, Porto. 6 horas.

26 de maio de 2015 – Espaço Animal. ANF, Porto. 3 horas.

28 de maio de 2015 – ISDIN – Proteção solar. Ipanema Park Hotel, Porto. 3 horas.

7. Aconselhamento farmacêutico

O aconselhamento é uma das áreas do ato farmacêutico mais importantes e que requerem maior responsabilidade. O farmacêutico deve conseguir comunicar com o utente usando linguagem verbal e corporal que transmitam confiança, conhecimento, empatia, respeito e segurança. Relativamente à linguagem verbal, é essencial que o farmacêutico consiga colocar as questões apropriadas para a recolha de toda a informação necessária para um aconselhamento eficaz e seguro, sem comprometer a privacidade do utente. Deve, obviamente, saber ouvir o utente, explicar-lhe os aspetos essenciais sobre a medicação eventualmente

aconselhada e indicar medidas não farmacológicas complementares ou isoladas que beneficiam diversos problemas de saúde.

No decorrer do meu estágio na FB, tive a oportunidade de prestar aconselhamento a vários utentes, inicialmente com auxílio e supervisão dos restantes membros da equipa e, posteriormente, de modo individual, fazendo uso dos conhecimentos adquiridos ao longo dos restantes anos do curso e no início do estágio. A seguir encontram-se descritos alguns dos episódios de aconselhamento por mim realizados.

Muitos foram os casos de utentes que visitaram a FB com o intuito de obter um tratamento farmacológico para a tosse. Uma vez que o tipo de tosse é determinante para a escolha do medicamento mais eficaz, começava por interrogar o utente acerca do mesmo e da duração deste sintoma. Existem, no mercado, várias opções para tosse seca ou produtiva. No caso da tosse seca, irritativa, que constitui um grande incómodo para o utente, o aconselhamento passou por um dos antitússicos disponíveis, sendo o dextrometorfano um dos princípios ativos mais comuns. Para tosses produtivas, os expetorantes mucolíticos acetilcisteína, ambroxol e bromexina foram os mais frequentemente recomendados. Havia, no entanto, situações em que os utentes não conseguiam caracterizar a tosse, ou afirmavam ser de ambos os tipos, dependendo da altura do dia. Após me ser dado a conhecer pela Diretora Técnica o produto GrinTuss®, que contém propriedades hidratantes do muco para ajudar à sua eliminação e de adesão à mucosa, limitando o contacto com agentes irritantes, passei a recomendá-lo nestes casos e em circunstâncias em que os utentes mostrassem preferência por formulações naturais. O feedback relativo a este produto, considerado dispositivo médico, foi bastante positivo, o que me incentivou a continuar a recomendá-lo. Um outro caso envolveu o pai de uma bebé de 9 meses, que, após ser informado de que a tosse é um mecanismo natural de defesa e expulsão de substâncias nocivas e não deve ser eliminada, sob o risco de acumulação destas substâncias, insistiu em adquirir tratamento farmacológico, uma vez que a tosse parecia incomodativa para a bebé e uma consulta de pediatria não urgente tinha um tempo de espera incomportável. Após ponderar sobre todas as opções, aconselhei o xarope homeopático Stodal®, por ser o único recomendado para crianças com idade inferior a 1 ano. Em todas as situações fiz referência à importância da hidratação, tanto por ingestão de água como por

inalação de vapor de água, pelo seu efeito demulcente e expetorante, e ao facto de a tosse poder ser indicativa de certas patologias ou efeitos adversos a medicamentos.

Existiram várias oportunidades de atendimento a utentes estrangeiros, uma vez que, como já referido, existem hotéis nas imediações da FB e que esta se situa no centro da cidade. A maioria procurava analgésicos e anti-inflamatórios, fazendo referência especificamente aos princípios ativos paracetamol e ibuprofeno. Ocorreu, no entanto, uma situação em que uma utente alemã procurava um medicamento para alívio da obstipação não comercializado em Portugal. Uma vez que esse medicamento era em enema, sugeri a marca Dagragerl®. No entanto, a utente mostrou-se reticente em adquiri-lo, perguntando se possuíamos uma solução que fosse mais natural, pelo que lhe aconselhei o dispositivo médico sob a forma de clister Melilax®. Devido ao tamanho da embalagem e ao facto de a utente não conhecer o produto, esta revelou hesitação na decisão, pelo que optei por lhe facultar uma das amostras fornecidas à farmácia pelo laboratório, juntamente com a informação de medidas não farmacológicas, como a ingestão de grandes quantidades de água e alimentos ricos em fibra. No dia seguinte, a mesma utente regressou à farmácia, agradecendo o aconselhamento prestado e solicitando uma embalagem de Melilax®, uma vez que tinha conseguido efeitos superiores ao clister vendido no seu país.

Uma utente referenciou não conseguir controlar o seu apetite, o que a impedia de diminuir o seu peso. Após exclusão dos produtos à base de crómio, por ter sido indicado que o apetite não era voltado para os alimentos doces, aconselhei o XLS Medical Redutor de apetite®.

Uma outra utente afirmou que o seu filho de 14 anos tinha, recorrentemente, valores de colesterol total acima de 200mg/dL e que pretendia optar por um medicamento à base de substâncias naturais antes de consultar o seu médico, na esperança que, com isso, conseguisse baixar os valores para intervalos mais saudáveis. Juntamente com a recomendação urgente de agendar uma consulta com o médico, aviei uma embalagem de Arkosterol®, após certificar-me de que o doente não tinha problemas hepáticos e renais. Sugeri, também, importantes mudanças de hábitos para auxiliar no controlo dos valores de colesterol total, nomeadamente alimentares e relativos à atividade física.

PARTE II – Apresentação dos temas desenvolvidos

1. A hipertensão arterial e a influência do sal

1.1. Escolha do tema

No decorrer do estágio, a medição da pressão arterial foi uma tarefa que tive oportunidade de realizar com bastante frequência. Todos os dias, vários utentes recorriam a este serviço prestado pela FB, tanto para efetuar medições casuais como para controlo rotineiro de uma hipertensão diagnosticada. Dedicou-se, inclusivamente, o mês de maio à medição gratuita da pressão arterial. Após obter os resultados, era habitual discuti-los com os utentes, explicando-lhes o significado dos seus valores e tentando averiguar que medidas eram por eles conhecidas e adotadas para tratamento ou prevenção da hipertensão arterial (HTA). Com este procedimento pude verificar que, apesar de ser amplamente reconhecido que o uso excessivo de sal na alimentação é contraproducente no tratamento da HTA, a maioria dos utentes não modificou os seus hábitos de consumo. Contudo, o aspeto que mais me incentivou a aprofundar a temática da relação entre o sal e a HTA foi o facto de a quantidade diária de sal recomendada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) ser desconhecida pela totalidade da população questionada. Foi elaborado um panfleto informativo sobre esta temática, realçando os cuidados que devem ser adotados para controlo da HTA.

1.2. Objetivos

- Informar ou relembrar a população sobre a definição de hipertensão, o seu papel como principal causa de doenças cardiovasculares e a importância das medidas não farmacológicas para o seu tratamento e prevenção;
- Esclarecer os utentes sobre a quantidade de sal para consumo diário atualmente recomendada pela OMS, reforçando os malefícios do seu uso excessivo.

1.3. Hipertensão arterial

A hipertensão arterial é uma doença de alta prevalência a nível mundial, afetando cerca de 40% da população acima dos 25 anos. Está presente em

homens e mulheres em proporções semelhantes, sendo mais frequente nos países em desenvolvimento [11]. Prevê-se que, devido ao crescimento e envelhecimento da população, aliados à prática generalizada de fatores de risco comportamentais (como dietas prejudiciais, consumo de tabaco e álcool, estilos de vida sedentários, stresse constante e excesso de peso), esta prevalência venha a aumentar nos próximos anos [12,13].

Identificada como o principal fator de risco para a mortalidade, estima-se que a HTA seja responsável por cerca de 12,8% das mortes anuais em todo o mundo (aproximadamente 7,5 milhões) [14]. Está intimamente relacionada com o desenvolvimento de doença cardiovascular [12,15], a maior causa de morte a nível mundial [16], europeu [17] e nacional [18]. No total, a doença cardiovascular foi origem de 31% dos óbitos em 2012 (aproximadamente 17,5 milhões) [19].

Com estes valores, pode concluir-se que um controlo adequado da HTA é imprescindível para se conseguir uma redução da mortalidade global.

A HTA é uma doença caracterizada pela elevação persistente da pressão do sangue ao circular no interior das artérias, acima dos valores considerados normais. A pressão arterial é medida em milímetros de mercúrio (mmHg) e indicada por dois valores numéricos, um correspondente à pressão arterial sistólica (PAS) e outro à pressão arterial diastólica (PAD), ou seja, à pressão exercida nas artérias quando o coração contrai ou relaxa, respetivamente. Considera-se pressão arterial ótima quando o valor da pressão sistólica é inferior a 120 mmHg e o da pressão diastólica é inferior a 80 mmHg². A tabela 1 representa a classificação da pressão arterial revista em 2013 pela *European Society of Hypertension* (ESH) e pela *European Society of Cardiology* (ESC) [20], a qual foi adotada pela Direção-Geral da Saúde (DGS) [18]. Há quem distinga, ainda, um estado de pré-hipertensão, que engloba as classificações “normal” e “normal alta”, a fim de identificar os indivíduos com risco elevado de desenvolver hipertensão [21].

Um indivíduo é, portanto, considerado hipertenso quando a sua PAS é de, pelo menos, 140 mmHg e/ou a sua PAD de 90 mmHg, no mínimo. Estes valores devem ser determinados no decorrer de vários dias, com o mesmo equipamento, à mesma hora e no mesmo braço para serem significativos.

Tabela 1 Definição e classificação dos níveis da pressão arterial (adaptado de [8])

Classificação da pressão arterial	PAS (mmHg)	PAD (mmHg)	
Ótima	<120	e	<80
Normal	120 – 129	e/ou	80 – 84
Normal alta	130 – 139	e/ou	85 – 89
Hipertensão de grau 1 (ligeira)	140 – 159	e/ou	90 – 99
Hipertensão de grau 2 (moderada)	160 – 179	e/ou	100 – 109
Hipertensão de grau 3 (grave)	≥ 180	e/ou	≥110
Hipertensão sistólica isolada	≥140	e	<90

Em cerca de 90% dos casos, não é possível determinar uma causa específica para o aparecimento da HTA, sendo esta designada por HTA essencial ou primária. Atribui-se o seu desenvolvimento a causas ambientais e genéticas. Em situações em que a HTA seja provocada por doenças ou estados determináveis, normalmente de etiologia renal, vascular ou endócrina, esta passa a ser designada por HTA secundária [22,23].

Uma pressão arterial constantemente acima do normal faz com que as artérias alarguem para além dos limites considerados saudáveis, ficando sujeitas a danos irreversíveis, como uma maior probabilidade de rutura, acumulação de placas ateroscleróticas, formação de coágulos e estreitamento ou bloqueio, o que impede a oxigenação suficiente de tecidos e órgãos, sendo de especial importância os rins e o cérebro. Tudo isto obriga o coração a exercer mais força para conseguir bombear o sangue, prejudicando o músculo e as suas válvulas [24]. Como consequência destes acontecimentos, diversas patologias podem surgir, sendo as mais comuns os ataques cardíacos, a insuficiência cardíaca, os acidentes vasculares cerebrais, a insuficiência renal, a perda de visão e a diminuição da função cognitiva [12]. Por estes motivos se considera a HTA a principal causa de desenvolvimento de doenças cardiovasculares.

Frequentemente, um indivíduo com HTA não manifesta qualquer sintoma, principalmente nos primeiros anos após a mesma se instalar. Em certos casos, porém, podem surgir sintomas como cefaleias, sensação de falta de ar, tonturas, dor no peito, palpitações, epistaxe, visão desfocada e mal-estar difuso [12,23]. Uma vez que a HTA é considerada uma “ameaça silenciosa”, é de extrema importância não ignorar estes sintomas, apesar de não serem específicos desta doença em particular.

A HTA é uma doença que permanece não controlada caso a medicação indicada e mudanças no estilo de vida não sejam efetuadas. Como tal, é necessário um empenho constante por parte dos pacientes para que a adesão à terapêutica seja máxima e o risco cardiovascular reduzido.

Algumas estratégias para diminuir este risco incluem:

- Prevenção e tratamento da obesidade, visando atingir um Índice de Massa Corporal não superior a 25Kg/m^2 e uma circunferência abdominal inferior a 102 cm, no caso dos homens, e 88 cm, no caso das mulheres;
- Redução do consumo de álcool para 20-30 g nos homens e 10-20 g nas mulheres e pessoas de peso reduzido;
- Adotar uma dieta rica em frutas e vegetais (300-400 g/dia), fibras, proteínas vegetais, peixe (duas vezes por semana, pelo menos) e produtos diários com teor reduzido de gorduras totais e saturadas;
- Cessação tabágica;
- Prática regular de atividade física aeróbica moderada, durante um mínimo de 30 minutos, 5 a 7 dias por semana;
- Diminuição dos níveis de stresse;
- Redução do consumo de sal para o máximo de 5 g/dia [20].

É igualmente importante efetuar medições regulares da pressão arterial e manter o registo das mesmas.

Nos casos em que a adoção das medidas não farmacológicas não é suficiente para manter a pressão arterial abaixo dos 140/90 mmHg, é iniciada a farmacoterapia. Existem, atualmente, várias classes de medicamentos anti-hipertensores disponíveis no mercado, pelo que a prescrição é individualizada de acordo com as características de cada um. É de notar que mais de dois terços dos indivíduos com HTA não conseguem controlar a sua doença com recurso à monoterapia, sendo necessário combinar dois ou mais agentes anti-hipertensores de diferentes classes [21].

Para além de contribuírem para a promoção da saúde e diminuição da mortalidade, a redução do risco cardiovascular e a deteção precoce da HTA são economicamente favoráveis às populações e governos, uma vez que os custos dos tratamentos das diversas complicações associadas a uma HTA não controlada são, indiscutivelmente, superiores.

1.4 Sal

O sal utilizado na alimentação é um composto denominado cloreto de sódio. É o condimento mais antigo utilizado pelo Homem.

Durante milhões de anos, os antecessores da espécie humana ingeriram alimentos cujo teor de sal não chegava aos 0,25g por dia. Pensa-se que tenha sido há cerca de 5000 anos que a capacidade conservante do sal foi descoberta, na China. A partir daí, passou a ter uma elevada importância económica, ao fornecer a possibilidade de manter os alimentos num estado próprio para consumo durante longos períodos e, assim, permitir o desenvolvimento de populações. Durante anos, foi o produto mais comercializado por todo o mundo, pelo que o seu consumo aumentou drasticamente, atingindo o máximo em meados de 1870. Aquando da descoberta da refrigeração, o sal deixou de ser necessário na preservação dos alimentos, passando então a ser ingerido em menores quantidades. No entanto, este consumo voltou a aumentar com o aparecimento em massa das comidas processadas, com alto teor de sal [25]. Devido ao ser poder palatilizante (aumento dos atributos sensoriais positivos dos alimentos), é incitado o seu uso abusivo, podendo mesmo considerar-se que se trata de uma dependência. Regista-se, hoje, um consumo de 9-12 g/dia de sal em grande parte das regiões do mundo [26].

O sal, enquanto fornecedor do catião sódio, é essencial à sobrevivência humana: participa na transmissão de impulsos nervosos e na contração muscular e é responsável pelos equilíbrios hídrico e ácido-base. O organismo tem mecanismos que permitem a retenção de sódio mas tem alguma dificuldade em eliminar o excesso, pelo que o seu consumo deve ser bastante moderado [27].

Um excesso de sódio implica retenção de água e, consequentemente, o aumento do volume sanguíneo. Este aumento pode provocar um aumento da pressão exercida sobre as artérias e, assim, explicar a relação entre o consumo de sal e o desenvolvimento de HTA. No entanto, teorias mais recentes defendem que o mecanismo envolvido nesta relação pode estar relacionado com o facto de um aumento de sal potenciar os efeitos da angiotensina-II na ativação simpática, levando ao aumento da resistência vascular periférica [28].

Para além dos seus efeitos na pressão arterial, o consumo de sal tem outras consequências prejudiciais para a saúde:

- Provoca retenção de sal e água, aumentando o risco de edemas, principalmente nas mulheres (exacerba a celulite);
- Tem um efeito direto na promoção do acidente vascular cerebral, independente do seu papel na HTA;
- Promove a hipertrofia do ventrículo esquerdo, também independentemente do aumento da pressão arterial;
- Aumenta o risco de cancro do estômago, por irritar a parede deste órgão e, assim, permitir uma infeção por *H. pylori*;
- Promove a osteoporose, uma vez que a ingestão de sal é proporcional à excreção de cálcio, levando, não só, a uma maior absorção intestinal, como à mobilização do cálcio dos ossos;
- Exacerba os sintomas de asma (embora os estudos nesta área sejam, ainda, relativamente contraditórios);
- Potencia, indiretamente, a obesidade, pelo papel que tem no aumento das bebidas ingeridas que, em muitos casos, possuem elevadas doses de açúcar adicionado [25].

Um estudo de 2013 compilou ensaios que envolveram reduções do consumo de sal, durante, pelo menos, quatro semanas. Os resultados mostraram que:

- Em indivíduos hipertensos, uma diminuição do consumo de sal de 9,5g/dia para 5,1g/dia (-4,4g/dia) gerou uma redução da pressão arterial de 148/93 mmHg para 143/90 mmHg;
- Em indivíduos normotensos, uma diminuição do consumo de sal de 8,9g/dia para 4,5g/dia (-4,4g/dia) gerou uma redução da pressão arterial de 127/77 mmHg para 124/76 mmHg.

Conseguiu-se, assim, comprovar que uma redução moderada do consumo de sal durante longos períodos de tempo reduz efetivamente os valores de pressão arterial, principalmente em indivíduos com HTA instalada. Se for tido em conta o facto de a HTA ser a causa primordial das doenças cardiovasculares, é possível concluir que reduzir o sal na alimentação mundial reduz substancialmente o impacto destas doenças [26].

Com base em várias evidências, a OMS concebeu uma *guideline* com recomendações sobre o consumo de sódio, na qual consta: “A OMS recomenda a redução do consumo de sódio para reduzir a pressão arterial e o risco de doença cardiovascular, acidente vascular cerebral e doença coronária em adultos. A OMS recomenda a redução para <2 g/dia de sódio (5 g/dia de sal) em adultos”. No caso das crianças, este valor deve ser ajustado com base nas suas necessidades energéticas [29].

Um outro estudo mostrou que, caso fosse efetuada uma redução de 15% (cerca de 1,5-2,3g/dia) na ingestão diária de sal, quase 8,5 milhões de mortes por DCV seriam evitadas. Implementar a estratégia de redução de sal teria um custo de 0,09 dólares por pessoa por ano [30]. Esta redução é, portanto, uma intervenção de diminuição do risco de doenças cardiovasculares com enorme custo-eficácia. No entanto, implementar estratégias desta índole exige uma forte cooperação entre governos, sociedades, profissionais de saúde e indústria alimentar, pelo que ainda são de reduzido número os casos em que tais ações foram efetuadas.

No âmbito pessoal e diário, existem medidas efetivas que ajudam a reduzir o sal consumido, como por exemplo:

- Reduzir, gradualmente, o uso de sal no tempero das refeições;
- Não colocar saleiros na mesa;
- Analisar a lista de ingredientes dos alimentos para garantir que não possuem compostos com sódio;
- Evitar os alimentos em conserva;
- Lavar os alimentos enlatados, a fim de lhes retirar parte do sódio presente;
- Evitar alimentos e refeições pré-confecionadas;
- Verificar o conteúdo em sal dos alimentos processados e dar preferência aos que possuem teores reduzidos;
- Usar substitutos do sal convencional (normalmente misturas contendo cloreto de potássio e cloreto de sódio);
- Realçar o sabor dos alimentos com recurso a ervas aromáticas e especiarias [27].

1.5. O caso de Portugal

A Sociedade Portuguesa de Hipertensão elaborou um estudo (PHYSA – Portuguese HYpertension and SAlt Study) com o intuito de estudar a prevalência, a consciência, o tratamento e o controlo da hipertensão e o consumo de sódio pela população adulta portuguesa, comparando os resultados com os de um estudo idêntico prévio, realizado em 2003.

Foi recrutado, de forma aleatória, um grupo de 3720 indivíduos, utentes de centros de saúde nacionais, ao qual foram efetuados questionários que procuravam obter informação sobre características sociodemográficas, história pessoal e familiar de doenças crónicas e presença de HTA e comorbilidades, entre outros fatores. Foram efetuadas medições da pressão arterial (em duas visitas com duas semanas de intervalo), da altura, do peso e das circunferências abdominal e da anca. O consumo de sal foi determinado a partir da recolha da urina de 24h.

Foi determinada uma prevalência de HTA de 42,2%, semelhante à de 42,1% registada em 2003 e à prevalência global da doença. Como em vários outros estudos já realizados, foi revelado um aumento da prevalência com a idade.

Verificou-se que apenas 76,6% dos doentes hipertensos sabe que tem a patologia, sendo que o aumento da idade e o facto de ser mulher aumenta esta percentagem. Este valor sofreu um grande aumento comparativamente ao ano de 2003, em que era de 45,7%. O tratamento e controlo da doença também cresceram significativamente (de 38,9% para 74,9% e de 11,2% para 42,6%, respetivamente). Associa-se este progresso ao aumento da informação da população nacional e à modificação e aumento do uso da medicação anti-hipertensora. Mais de metade do controlo (56,4%) é obtido com recurso a mais de dois fármacos. 8,1% dos indivíduos tratados não conseguiram atingir o controlo, ao que se atribui a designação de hipertensão resistente.

Relativamente ao consumo de sal, calculou-se que o seu valor médio diário era de 10,7g (11g/dia no caso dos hipertensos e 10,5g/dia no caso dos normotensos), praticamente o dobro do recomendado. Em 2006, dois estudos realizados em populações mais reduzidas, em Portugal, indicavam um valor de 11,9g/dia, pelo que se verificou uma ligeira redução. Apenas 4,3% dos indivíduos

avaliados cumpriam a recomendação de consumo máximo de 5g de sal por dia [31].

1.6. Conclusões

Os números de prevalência da HTA (tanto a nível mundial como no caso português), o seu estimado aumento futuro e o grau de risco que representam para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares justificam, para além de um tratamento e controlo adequados, um esforço direccionado para a prevenção desta doença. Para isso, mudanças nos hábitos de vida devem ser insistentemente encorajadas. A redução do consumo de sal é uma das alterações recomendadas, tendo sido provado que consegue reduzir os níveis de pressão arterial, principalmente em doentes com HTA já instalada. Este efeito pode ajudar a diminuir o número e as doses dos medicamentos anti-hipertensores utilizados, que é uma questão bastante valorizada pelos doentes. Com base nas recomendações da OMS, a quantidade máxima de sal que deve ser ingerida diariamente é de 5g.

O professor Jorge Polónia, um dos autores do estudo PHYSA, defende que “reduzir a ingestão de sal será, provavelmente, a medida de saúde pública com mais impacto na redução da mortalidade cardiovascular na população portuguesa”.

É neste âmbito que o farmacêutico deve ter um papel ativo, educando e sensibilizando os utentes para os benefícios de uma ingestão adequada de sal. A realização do panfleto informativo (anexo 2) e a sua entrega aos utentes da farmácia procurou auxiliar esta tarefa. Aos utentes que efetuavam medições da pressão arterial, para além de lhes facultar o referido panfleto, expliquei de modo sumário mas esclarecedor a importância que a moderação da ingestão de sal constitui na promoção da sua saúde cardiovascular e as medidas alternativas que poderiam adotar. Os utentes foram recetivos à informação dispensada, mostrando motivação para cumprir o limite aconselhado de 5g de sal diário ao notar que este pode ser medido como, aproximadamente, meia colher de sopa. Aqueles que já praticavam este hábito de controlo de sal referiram que o mesmo auxiliou a diminuir os valores de pressão arterial sistólica e diastólica.

2. Exposição Solar: consequências e proteção

2.1. Escolha do tema

A realização deste segundo tema foi incentivada após ter tido a oportunidade de frequentar duas formações relativas à proteção solar. Com a aproximação da época balnear, os lineares da FB foram sendo adaptados, nomeadamente a área da dermocosmética, que passou a dar mais destaque aos protetores solares e formulações pós-solares. Foram, também, surgindo ações promocionais que abrangiam estes produtos. No entanto, notei que a procura dos mesmos sofreu um aumento pouco significativo e que havia grande dificuldade, por parte dos utentes, em compreender a necessidade do seu uso frequente, sendo difícil inculcar-lhes a ideia de que a proteção solar é indispensável à prevenção do envelhecimento cutâneo e, principalmente, do cancro da pele.

Por este motivo, resolvi elaborar um panfleto informativo que abordasse as consequências da exposição solar não protegida e os cuidados a ter de forma a evitá-las.

2.2. Objetivos

- Alertar a população para as consequências de uma exposição solar não protegida;
- Fornecer indicações sobre os cuidados a ter durante a exposição solar;
- Incentivar o uso de protetor solar, enfatizando os seus benefícios na promoção da saúde.

2.3. O papel do sol

O sol emite vários tipos de radiação, sendo a ultravioleta (UV) a responsável pelo bronzeado tão desejado por grande parte da população mundial, dependendo dos hábitos culturais. Antes do século XX, a pele escurecida pelo sol era sinónimo de baixo estrato social e de trabalho no campo, enquanto uma pele pálida expressava pureza e a capacidade monetária de cuidar da aparência. Após a descoberta dos benefícios da fototerapia para o tratamento da tuberculose, seguida de várias outras patologias, a exposição solar passou a ser vista como desejável e saudável e a estar ligada a atividades lúdicas e à possibilidade de

viajar para destinos tropicais. Hoje em dia, porém, sabe-se que a radiação UV é responsável por 90% dos casos de cancro da pele, para além do envelhecimento cutâneo, lesões oculares e supressão do sistema imunitário, pelo que deveria ser do conhecimento geral que o bronzado não é possível sem prejudicar a saúde a vários níveis [32].

No entanto, o sol também confere benefícios, muitos deles proporcionados pela vitamina D que é sintetizada como resultado da ação da radiação UV na pele. O mais reconhecido é o contributo para uma normal densidade óssea, permitindo o correto crescimento dos ossos nas crianças e a prevenção da osteoporose, por estimulação da absorção do cálcio obtido através da alimentação. Outras patologias que podem ser prevenidas com a obtenção de doses adequadas de vitamina D incluem doenças cardiovasculares (como a hipertensão), esclerose múltipla, diabetes mellitus tipo I, artrite reumatoide, asma, doenças infecciosas (destacando-se as infeções virais sazonais, como a gripe) e vários tipos de cancro, nomeadamente o da mama e o do cólon. O tratamento de doenças como a psoríase ou o eczema é beneficiado pelo uso da fototerapia. Para além disso, é também reconhecido o poder do sol como potenciador da produção de endorfinas, contribuindo para o bem-estar, e controlador do ritmo circadiano, cessando a produção de melatonina durante o dia (indivíduos expostos à luz solar de manhã têm a sua produção de melatonina mais cedo, induzindo o sono mais facilmente) [33].

2.4. Radiação Ultravioleta

Parte do espectro eletromagnético do sol compreende a radiação UV, que abrange um intervalo de comprimentos de onda de 100 a 400 nm, podendo dividir-se este intervalo em três: de 100 a 280 corresponde à radiação UVC, de 280 a 315 à UVB e de 315 a 400 à UVA. Quanto menor o comprimento de onda, mais nociva é a radiação, mas menos capacidade esta tem de penetrar na pele. Assim, a radiação UVC é integralmente absorvida pela camada de ozono e apenas 10% da radiação UVB e a quase totalidade da radiação UVA chegam à superfície terrestre, exercendo os seus efeitos na pele.

A intensidade da radiação UV à superfície sofre a influência de vários fatores, como a altura do sol, a latitude, a altitude, a presença de ozono, a reflexão, entre outros (figura 1).

O conceito de Índice Ultravioleta (IUV) foi criado para encorajar a população a reduzir a exposição solar, ao informar sobre o nível de radiação UV na superfície terrestre em determinada altura. É uma escala adotada a nível global, que começa no nível 1 para a radiação menos intensa, sendo que quanto mais elevado for o índice, maior o potencial de lesão cutânea e ocular e menos tempo é necessário para tais efeitos ocorrerem. Podem agrupar-se os valores em categorias de exposição (figura 2). Os valores do IUV em Portugal variam, em média, entre 3 e 6 para os meses entre Outubro e Abril (correspondente à categoria “moderada”), e entre 9 e 10 para os meses entre Maio e Setembro (categoria “muito alta”)

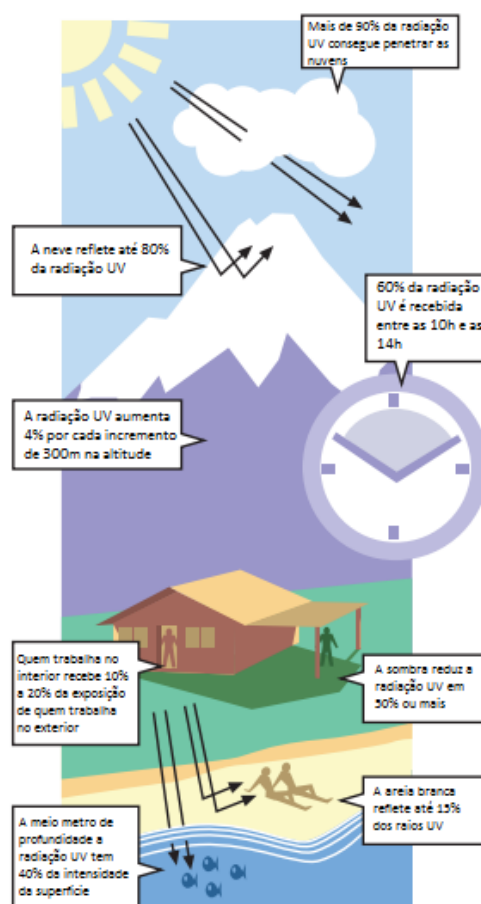


Figura 1 Fatores ambientais que influenciam a intensidade da radiação UV (adaptado de [24])

BAIXO UV 1 UV 2 Não é necessário proteção	MUITO ALTO UV 8 UV 9 UV 10 CUIDADO! Utilizar óculos de Sol com filtro UV, chapéu, t-shirt, guarda-sol, protector solar e evitar a exposição das crianças ao Sol.
MODERADO UV 3 UV 4 UV 5 NÃO ESQUECER! Óculos de Sol e protetor solar.	EXTREMO UV 11 UV 12 PERIGO! Evitar o mais possível a exposição ao Sol. Aproveite para descansar em casa
ALTO UV 6 UV 7 ATENÇÃO! Utilizar óculos de Sol com filtro UV, chapéu, t-shirt e protetor solar.	

Figura 2 Categorias de exposição à radiação UV (adaptado de [36])

A radiação UVA é 30 a 50 vezes mais prevalente do que a UVB, correspondendo a 95% do total de radiação UV que atinge a superfície da Terra. É capaz de penetrar vidro e nuvens, tendo uma intensidade praticamente constante ao longo de todo o dia e em qualquer época do ano. Esta radiação penetra a pele mais

profundamente que a radiação UVB, sendo altamente responsável pelo fotoenvelhecimento e pelo desenvolvimento de alguns tipos de cancro cutâneo. É também a principal causa do tom bronzeado que a pele adquire após exposição solar, o qual resulta de lesões ao DNA das células da pele, que escurecem como tentativa de prevenção de lesões adicionais. São estes danos que podem desencadear o desenvolvimento do cancro.

A radiação UVB é a principal responsável pelo eritema ou queimadura solar, exercendo a sua ação ao nível da epiderme. Potencia o envelhecimento e o bronzeado, mas em menor extensão, comparativamente à UVA. É, no entanto, a maior causa do aparecimento de cancro da pele. Ao contrário da radiação UVA, a sua intensidade varia de acordo com a estação do ano, a hora do dia ou a localização [37].

A radiação UV foi classificada pela OMS como um carcinogénico para os humanos, sendo a causa primordial do carcinoma das células basais e do carcinoma das células escamosas [38] e, possivelmente, do melanoma [39]. Em 2000, foram diagnosticados mais de 200000 casos de melanoma, tendo a mesma patologia provocado 65000 mortes [40].

2.5. Fotótipo de pele

As queimaduras são dependentes do tempo de exposição solar e do tipo de pele. Esta é classificada segundo a sua suscetibilidade para queimar ou bronzear quando submetida à radiação UV e características como o seu tom (dependente da quantidade de melanina determinada geneticamente), a cor dos olhos e a cor do cabelo. Para uniformizar esta classificação foi criada uma escala de 6 fotótipos pelo dermatologista Thomas Fitzpatrick, em 1975 (tabela 2). Indivíduos de qualquer fotótipo devem sempre adotar medidas de proteção solar, mas aqueles que possuem fotótipos inferiores devem reforçar estes cuidados, pois o seu risco de queimaduras e de desenvolver cancro cutâneo é superior [41].

Tabela 2 Escala de fotótipos de Fitzpatrick (adaptado de [42])

Fototipo	Características
I	Pele clara; cabelo ruivo ou loiro; olhos azuis; com sardas; pele queima sempre e nunca bronzeia
II	Pele clara; cabelo ruivo ou loiro; olhos azuis, verdes ou castanho-claros; pele normalmente queima e bronzeia com dificuldade
III	Pele clara a média; cabelo louro escuro a castanho; olhos de cor variável; pele por vezes queima e bronzeia gradualmente
IV	Pele morena clara; cabelo castanho; olhos castanhos; pele bronzeia facilmente e raramente queima
V	Pele morena escura; bronzeia muito facilmente e queima muito raramente
VI	Pele negra; bronzeia sempre e nunca queima

2.6. Protetor solar

Um protetor solar adequado possui uma mistura de ingredientes que, quando aplicado segundo as recomendações, protege a pele dos efeitos dos dois tipos de radiação UV: UVA e UVB. As substâncias que compõem um protetor solar podem ser químicas (orgânicas) ou físicas (inorgânicas), conforme absorvem a radiação UV, convertendo-a em energia térmica, ou refletem essa radiação. Os agentes químicos mais utilizados são o PABA (ácido para-aminobenzóico), seus derivados (ex.: Padimato O) e avobenzona e os agentes físicos mais comuns são o dióxido de titânio e o óxido de zinco. A maioria destas substâncias é mais eficaz contra apenas um tipo de radiação UV e, portanto, o protetor ideal contém vários tipos de substâncias para que possa conferir uma proteção de largo espectro.

Para classificar a proteção contra a radiação UVB é utilizado o Fator de Proteção Solar (FPS), o qual mede o tempo que demora a aparecer eritema na pele protegida em relação ao tempo que o mesmo demora a aparecer na pele não protegida [43]. Um FPS 15 filtra, aproximadamente, 93% da radiação UVB, enquanto um FPS 30 filtra cerca 97% e um FPS 50 cerca 98% [44]. A proteção contra a radiação UVA é indicada por um círculo com a sigla UVA no seu interior.

O veículo da formulação do protetor solar afeta em larga escala a adesão da população à sua aplicação frequente, pelo que novas moléculas são constantemente desenvolvidas, com o intuito de melhorar a sua cosmetividade e incentivar o seu uso. As loções e os cremes são os mais comuns, sendo os geles

mais indicados para peles oleosas e acneicas ou zonas pilosas, os *sticks* para áreas pequenas como o contorno dos olhos e dos lábios e os *sprays*, pela sua conveniência, para utilizar em crianças [43]. Por outro lado, há que ter em atenção o facto de uma pele sensível, nomeadamente a das crianças, beneficiar de uma formulação que seja o menos irritante possível, pelo que protetores químicos devem ser evitados nestes casos [45].

É importante que o protetor solar seja resistente à água e à transpiração. A *Food and Drug Administration* (FDA) define um protetor resistente à água como aquele que, após duas exposições de 20 minutos à água, mantém as suas propriedades fotoprotetoras intactas. No entanto, em caso de banhos ou sempre que ocorra transpiração excessiva, é aconselhável repetir a aplicação.

O protetor deve ser aplicado generosa e uniformemente em todas as áreas do corpo que vão estar expostas, 15 a 30 minutos antes dessa exposição. Para que mantenha a eficácia, deve ser reaplicado de 2 em 2 horas ou em intervalos menores, em caso de banho ou transpiração. As mãos são uma parte do corpo frequentemente negligenciada no que concerne à proteção solar. Uma vez que são, juntamente com o rosto, um dos locais que mais expostos se encontram à radiação UV, são também dos que mais rapidamente apresentam marcas derivadas ao fotoenvelhecimento. O uso diário de um creme hidratante nas mãos que inclua ingredientes para proteção solar deve ser encorajado. É, também, importante não esquecer a zona do couro cabeludo em indivíduos calvos, uma vez que esta área está sujeita a uma intensa exposição solar.

A proteção conferida contra a radiação UV promove um falso sentimento de segurança, levando a população a prolongar o tempo de exposição solar. É crucial salientar aos consumidores destes produtos que este comportamento é prejudicial e que o protetor solar apenas serve para limitar os efeitos nocivos do sol [43].

2.7. Outras medidas de proteção

Para garantir uma proteção o mais eficaz possível, é recomendável adotar alguns comportamentos adicionais à aplicação do protetor solar:

- Limitar a exposição solar entre as 10h e as 16h, horário em que a intensidade da radiação UV é superior;

- Procurar a sombra durante as horas em que a radiação UV é mais intensa e quando não for possível estar no interior de um edifício;
- Usar óculos que protejam contra 99% a 100% da radiação UVA e UVB, para reduzir o risco de doenças oftalmológicas como as cataratas e proteger a pele sensível do contorno dos olhos;
- Utilizar chapéus de abas largas que protejam o rosto, as orelhas e a nuca;
- Vestir roupa leve de cores fortes;
- Informar-se sobre o IUV diariamente, para adequar mais facilmente as medidas de proteção solar à intensidade da radiação UV [46,47].

2.8. Conclusões

Apesar de o sol ser essencial à vida na Terra, o ser humano não está preparado para receber a sua radiação UV sem qualquer tipo de proteção. Sendo definida como um agente carcinogénico, esta radiação provoca variados danos irreversíveis, que podem ser evitados em grande escala com a simples alteração de certos hábitos.

Continua a existir uma grande lacuna na informação da população sobre a proteção solar, pelo que o uso do protetor não está a ser feito com a frequência adequada. O papel do farmacêutico passa por colmatar essa falha, instruindo acerca dos efeitos nocivos de uma exposição solar desprotegida, enfatizando o risco de desenvolver cancro da pele e de fotoenvelhecimento precoce, apresentando medidas básicas de proteção solar e fazendo um aconselhamento personalizado do protetor solar mais adequado ao fotótipo e às preferências do utente.

A minha intervenção nesta área passou por incentivar o uso do protetor solar a todos os utentes que procuravam aconselhamento na área da dermocosmética, especialmente a partir do mês de junho, com a chegada do calor, época em que a população está mais receptiva a informação deste âmbito.

Com a distribuição dos panfletos informativos, procurei alertar os utentes acerca dos efeitos nocivos da radiação UV, fazendo-lhes notar que a proteção solar é essencial durante todo o ano. Foi, por eles, demonstrado interesse aquando da receção destes panfletos e informação complementar o que, em certos casos, contribuiu para a decisão de compra de um protetor solar de rosto

para aplicação diária. O público mais recetivo a este aconselhamento foi o feminino, essencialmente devido ao carácter preventivo do envelhecimento cutâneo dos protetores solares, juntamente com a existência de formulações que associam propriedades antirrugas e anti manchas.

3. Cistite aguda não complicada

3.1. Escolha do tema

Foi muito comum durante o estágio assistir ao relato, por parte de utentes do sexo feminino, de sintomas típicos de infeções do trato urinário inferior. Reparei que a maioria referia apresentar esses sintomas recorrentemente. Decidi, assim, aprofundar o meu conhecimento nessa área, tendo consequentemente surgido a ideia de compilar um conjunto de definições e cuidados básicos num panfleto simples para distribuição na FB.

3.2. Objetivos

- Conhecer a prevalência global da cistite aguda;
- Elucidar a população sobre as causas, prevenção e tratamento desta doença.

3.3. Definição da patologia

As infeções do trato urinário (ITU) não complicadas são das doenças infecciosas mais comuns da atualidade, verificando-se com maior frequência nas mulheres sexualmente ativas. Considera-se que uma ITU é não complicada quando não se registam comorbilidades, alterações funcionais ou obstrutivas do aparelho urinário, imunossupressão ou gravidez. Em Portugal, estima-se que cerca de 50 a 60% das mulheres apresentará, pelo menos, um episódio de ITU ao longo da vida, sendo que 90% das mesmas deverão ser cistites (infeção circunscrita à bexiga) [48]. Quando atingirem os 24 anos, cerca de 1 em cada 3 mulheres terá já tido uma ITU [49].

As cistites são provocadas por bactérias, normalmente de uma única espécie (infeção monomicrobiana), com origem frequente na flora intestinal de homens e mulheres, sendo a *Escherichia coli* o principal agente patogénico (causa de 70-80% dos casos), seguida de *Proteus mirabilis* (5-9%). Após atingirem a entrada da uretra, ascendem à bexiga e, mais raramente, aos rins, podendo originar uma pielonefrite. Normalmente, estas bactérias são eliminadas pelo fluxo da urina e pelas propriedades antimicrobianas da mesma. No entanto, a presença de certos fatores de virulência nas bactérias e determinadas

características associadas ao hospedeiro facilitam a colonização e a lesão do epitélio urinário[50].

3.4. Diagnóstico

O diagnóstico de uma cistite aguda não complicada é, geralmente, feito de forma empírica, uma vez que os sintomas são extremamente característicos:

- Disúria;
- Urgência miccional;
- Polaquiúria;
- Sensação de esvaziamento incompleto da bexiga;
- Dor suprapúbica;
- Ausência de corrimento vaginal;
- Hematúria;
- Urina com cheiro fétido.

Os primeiros sintomas referidos são os de ocorrência mais frequente. A probabilidade de corresponderem a cistite é de 50% quando isolados e de 90% se combinados [48,49,51]. Pode ser realizado um exame complementar de tira reativa, mas não é muito habitual. Doentes com infeções recorrentes, sintomatologia atípica ou pielonefrite não complicada são os únicos a quem se recomenda a realização da urocultura [51].

3.5. Tratamento

O tratamento da cistite aguda não complicada é feito com recurso à antibioterapia, sendo que a escolha se deve basear em princípios como:

- Padrões de suscetibilidade/resistência dos agentes uropatogénicos de uma determinada região;
- Eficácia demonstrada em estudos clínicos;
- Tolerância e reações adversas;
- Custo;
- Comodidade posológica;
- Disponibilidade [49].

De acordo com estes princípios, os antibióticos de primeira escolha em Portugal são a fosfomicina trometamol 3g dose única e a nitrofurantoína 100mg

de 12 em 12 horas durante 5-7 dias. O trimetoprim+sulfametoxazol 160+800mg de 12 em 12 horas durante 3 dias só deve ser utilizado em zonas cuja taxa de resistência da *Escherichia coli* seja inferior a 20%. Os beta-lactâmicos, como a amoxicilina+ácido clavulânico, e as quinolonas, como a norfloxacin e a ciprofloxacina, não são consideradas de primeira escolha devido ao aumento de resistências às mesmas. No entanto, as quinolonas são, ainda, consideradas tratamento de segunda escolha. [49,50].

Nos homens, é recomendado um tratamento de 7 dias, geralmente com trimetoprim+sulfametoxazol ou uma quinolona, devido ao seu maior poder de penetração nos tecidos [49].

Um inquérito realizado a médicos de clínica geral e urologistas a exercer em Portugal em 2008 revelou que os antibióticos mais frequentemente prescritos para tratamento empírico da cistite aguda não complicada na mulher são fosfomicina trometamol em tratamento de 1 ou 2 dias (33,8%), amoxicilina-ácido clavulânico em tratamento de 5-7 dias (18,9%), norfloxacin e em tratamento de 5-7 dias (10,8%), ciprofloxacina em tratamento de 3 dias (10,8%) e trimetoprim+sulfametoxazol em tratamento de 5-7 dias (9,4%) [50].

3.6. Cistite recorrente

Define-se ITU recorrente como o desenvolvimento de, pelo menos, 3 episódios em 12 meses.

Em mulheres jovens e saudáveis, a causa mais comum de cistites recorrentes são as relações sexuais. Outras origens incluem o uso de espermicidas, mudança de parceiro sexual, mãe com historial de ITU e ocorrência de ITUs na infância [49].

Para prevenir as recorrências são usadas 3 estratégias principais: mudança de comportamentos para evitar fatores de risco; profilaxia não antimicrobiana; profilaxia antimicrobiana. A profilaxia não antimicrobiana inclui a utilização de estrogénios por via vaginal em mulheres pós-menopausa, imunoprofilaxia (Uro-Vaxom®), profilaxia com probióticos, profilaxia com D-manose e profilaxia com produtos contendo *Vaccinium macrocarpon* (arando vermelho) ou o seu composto ativo proantocianidina tipo A (36mg/dia) [49,51]. A profilaxia antimicrobiana deve ser adotada caso os outros métodos falhem e deve ser individualizada e não

empírica. Pode ser uma profilaxia contínua, tendo o primeiro ciclo uma duração habitual de 6 meses, ou profilaxia pós-coito, quando existe evidência de que a relação sexual é a causa dos episódios de ITU [50].

3.7. Prevenção da cistite

Apesar de haver poucos estudos clínicos que comprovem a eficácia destas medidas na prevenção das ITU, é geral a sua recomendação:

- Beber, diariamente, um mínimo de 1,5 litros de líquidos;
- Procurar não estar mais de 4 horas sem urinar (exceto à noite);
- Urinar após as relações sexuais;
- Limpar e lavar a área urogenital da frente para trás;
- Evitar o uso de espermicidas;
- Não usar roupa interior apertada e de tecidos sintéticos [49,50].

3.8. Conclusões

Os episódios de cistite aguda não complicada são extremamente comuns em mulheres e são a causa de muitas visitas à farmácia por parte destas, mesmo antes da procura de um médico. O papel do farmacêutico prevê um conhecimento geral das causas e das hipóteses de tratamento da doença para que possa, assim, aconselhar as medidas preventivas e auxiliares de tratamento corretas e encaminhar as utentes para o médico, quando necessário.

Merece especial destaque a profilaxia com proantocianidina tipo A de arando vermelho pois, mesmo havendo opiniões divergentes e inconclusivas acerca da sua eficácia na prevenção de UTIs, é um produto que existe frequentemente nas farmácias e que deve ser objeto de aconselhamento farmacêutico nestas situações. Tal passará por adotar estratégias de vendas cruzadas com as receitas de antibióticos possivelmente prescritos ou mesmo pelo aconselhamento do produto por si só, em regime de prevenção ou tratamento de primeiros sintomas.

Após tomar conhecimento dos efeitos do arando vermelho, o meu aconselhamento, perante mulheres que apresentassem sintomas de cistite, passou a incidir sobre produtos contendo o seu princípio ativo, para alívio dos sintomas, juntamente com a recomendação para consulta médica e para a ingestão abundante de água.

O panfleto informativo elaborado teve como objetivo sensibilizar o público feminino para as medidas de prevenção que devem ser adotadas, sendo esta a informação destacada e explicada aquando da sua entrega.

Mais uma vez, a indicação de hábitos promotores da saúde, na sua maioria simples, mostrou que o meu papel, enquanto farmacêutica, não se restringe à dispensa de medicamentos, sendo muito voltado para a educação personalizada do utente e consequente prevenção de inúmeras patologias.

4. VALORMED

4.1. Escolha do tema

Com o intuito de promover a divulgação do projeto VALORMED e consciencializar os utentes da FB para a sua importância ambiental, foi-me proposta a elaboração de questionários de resposta rápida acerca do reconhecimento deste mesmo projeto por parte da comunidade. A propósito da implementação da lei de tributação dos sacos de plástico com espessura igual ou inferior a 50 μm [52], a VALORMED procedeu atenciosamente à entrega, na FB, de sacos reutilizáveis e outros materiais promocionais (lápiz e ímanes) com o seu logotipo, para que estes fossem distribuídos pelos utentes e os incentivassem a aderir ao seu projeto. Assim, reunindo as duas iniciativas, foram entregues os materiais promocionais aos utentes que responderam ao referido inquérito.

4.2. Objetivos

- Avaliar o conhecimento dos utentes da FB sobre o projeto VALORMED;
- Sensibilizar para a relevância e incentivar a comunidade a entregar na farmácia medicamentos fora de uso.

4.3. Conteúdo do inquérito

Este questionário (anexo 7) incluiu os dados dos inquiridos (nome, idade e sexo) e 5 questões que abordavam a morada, local de trabalho e frequência com que os utentes se dirigiam à FB, o conhecimento e cumprimento do projeto VALORMED e a sua opinião relativamente à cobrança de taxa sobre os sacos de plástico.

4.4. Resultados do inquérito

No total, foram respondidos 24 questionários. Os resultados encontram-se compilados no anexo 8.

- A idade dos inquiridos variou entre os 40 e os 81 anos.
- 87% dos inquiridos eram do sexo feminino.
- 50% era habitante da freguesia do Bonfim.
- Apenas 8% trabalhava na freguesia do Bonfim.

- 42% desloca-se à FB cerca de uma vez por semana, 29% duas vezes por semana, 17% uma vez por mês e 12% duas vezes por mês.
- 88% não reconhece o conceito VALORMED; No entanto, 88% entrega sempre as embalagens de medicamentos fora de uso na farmácia.
- 79% concorda com a lei recentemente atribuída aos sacos de plástico.
- Quando questionados sobre alternativas ao uso dos sacos de plástico, a maioria referiu a sua substituição por sacos de papel.

4.5. Conclusões

Apesar de, no universo de utentes da FB que responderam ao inquérito sobre a VALORMED, poucos terem reconhecido o nome deste projeto, a grande maioria mostrou-se informada sobre a importância da recolha de medicamentos fora de uso, afirmando, inclusivamente, fazer a entrega dos mesmos na farmácia sempre que necessário.

Estas ações de campanha desenvolvidas pela VALORMED, juntamente com o empenho das farmácias para divulgar o projeto, têm tido um impacto positivo e crescente, pelo que devem continuar a acontecer para que a contribuição para o ambiente e a saúde pública seja ainda mais significativa.

Referências Bibliográficas

1. Portaria n.º 277/2012, de 12 de setembro – Define o horário padrão de funcionamento das farmácias de oficina e as escalas de turnos.
2. Decreto-Lei n.º 171/2012, de 1 de agosto – Procede à segunda alteração ao Decreto-Lei n.º 307/2007, de 31 de agosto, que estabelece o regime jurídico das farmácias de oficina.
3. Decreto-Lei n.º 307/2007, de 31 de agosto – Estabelece o regime jurídico das farmácias de oficina.
4. Ordem dos Farmacêuticos: Boas Práticas Farmacêuticas para a farmácia comunitária (BPF) (2009) 3ª edição. Acessível em: http://www.ordemfarmaceuticos.pt/xFiles/scContentDeployer_pt/docs/Doc3082.pdf [acedido em 17 de julho de 2015].
5. Portaria n.º 137-A/2012, de 11 de maio – Estabelece o regime jurídico a que obedecem as regras de prescrição de medicamentos, os modelos de receita médica e as condições de dispensa de medicamentos.
6. Decreto-Lei n.º 48-A/2010, de 13 de maio – Aprova o regime geral das participações do Estado no preço dos medicamentos.
7. Decreto-Lei n.º 106-A/2010, de 1 de outubro – Adota medidas mais justas no acesso aos medicamentos, combate à fraude e ao abuso na participação de medicamentos.
8. Decreto-Lei n.º 176/2006, de 30 de agosto – Estatuto do Medicamento.
9. Decreto-Lei nº 95/2004, de 22 de abril – Regula a preparação e prescrição de medicamentos manipulados.
10. VALORMED: Quem somos. Acessível em: <http://www.valormed.pt/pt/conteudos/conteudo/id/5> [acedido em 9 de junho de 2015]
11. World Health Organization (2011). *Global status report on noncommunicable diseases 2010*. Acessível a partir de: http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report2010/en/ [acedido em 25 de maio de 2015]
12. World Health Organization (2013). *A global brief on hypertension: silent killer, global public health crisis*. Acessível a partir de: http://www.who.int/cardiovascular_diseases/publications/global_brief_hypertension/en/ [acedido em 25 de maio de 2015]
13. Kearney PM, Whelton M, Reynolds K, Muntner P, Whelton PK, He J (2005). Global burden of hypertension: analysis of worldwide data. *The Lancet*; 365: 217-223.
14. World Health Organization (2013). *Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks*. Acessível a partir de: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/global_health_risks/en/ [acedido em 25 de maio de 2015]
15. Lewington S, Clarke R, Qizilbash N, Peto R, Collins R (2002). Age-specific relevance of usual blood pressure to vascular mortality: a meta-analysis of

- individual data for one million adults in 61 prospective studies. *The Lancet*; 360: 1903-1913.
16. World Health Organization (2008). *The global burden of disease: 2004 update*. Acessível a partir de: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/2004_report_update/en/ [acedido em 26 de maio de 2015].
 17. Eurostat – Statistics explained: Causes of death statistics. Acessível em: http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Causes_of_death_statistics [acedido em 29 de maio de 2015].
 18. Direção-Geral da Saúde: Norma nº020/2011 de 28/09/2011 atualizada a 19/03/2013 – Hipertensão Arterial: definição e classificação. Acessível em: <http://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0202011-de-28092011-atualizada-a-19032013.aspx> [acedido em 29 de maio de 2015].
 19. World Health Organization (2014). *Global status report on noncommunicable diseases 2014*. Acessível a partir de: <http://www.who.int/nmh/publications/ncd-status-report-2014/en/> [acedido em 29 de maio de 2015].
 20. Mancia G, Fagard R, Narkiewicz K, Redón J, Zanchetti A, Böhm M, *et al* (2013). 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension: the Task Force for the management of the arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). *Journal of Hypertension*; 31: 1281-1357.
 21. Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, Cushman WC, Green LA, Izzo JL Jr, *et al* (2003). Seventh report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure. *Hypertension*; 42: 1206-1252.
 22. Medscape: Hypertension. Acessível em: <http://emedicine.medscape.com/article/241381-overview#showall> [acedido em 3 de agosto de 2015].
 23. Sociedade Portuguesa de Hipertensão: Informação público – Conheça melhor a hipertensão arterial. Acessível em: http://www.sphta.org.pt/pt/informacao_publico_conheca_melhor_hta.asp?id=1 [acedido em 3 de agosto de 2015].
 24. American Heart Association: What is high blood pressure? Acessível em: http://www.heart.org/HEARTORG/Conditions/HighBloodPressure/AboutHighBloodPressure/What-is-High-Blood-Pressure_UCM_301759_Article.jsp [acedido em 3 de agosto de 2015].
 25. He FJ, MacGregor GA (2009). A comprehensive review on salt and health and current experience of worldwide salt reduction programmes. *Journal of Human Hypertension*; 23: 363-384.

26. He FJ, Li J, MacGregor GA (2013). Effect of longer term modest salt reduction on blood pressure: Cochrane systematic review and meta-analysis of randomised trials. *BMJ*; 346: 1-15.
27. Barros H (2015). Ervas aromáticas: saúde com palatibilidade. *Revista Portuguesa de Hipertensão e Risco Cardiovascular*; 46: 10-12.
28. Guild SJ, McBryde FD, Malpas SC, Barrett CJ (2012). High dietary salt and angiotensin II chronically increase renal sympathetic nerve activity: a direct telemetric study. *Hypertension*; 59: 614-620.
29. World Health Organization (2012). Guideline: Sodium intake for adults and children. Acessível a partir de:
http://www.who.int/nutrition/publications/guidelines/sodium_intake/en/ [acedido em 4 de agosto de 2015].
30. Asaria P, Chisholm D, Mathers C, Ezzati M, Beaglehole R (2007). Chronic disease prevention: health effects and financial costs of strategies to reduce salt intake and control tobacco use. *The Lancet*; 370: 2044-2053.
31. Polonia J, Martins L, Pinto F, Nazare J (2014). Prevalence, awareness, treatment and controlo f hypertension and salt intake in Portugal: changes over a decade. The PHYSA study. *Journal of Hypertension*; 32: 1211-1221.
32. Skin Cancer Foundation: The tale of tanning. Acessível em:
<http://www.skincancer.org/prevention/tanning/tale-of-tanning> [acedido em 27 de junho de 2015].
33. Mead MN (2008). Benefits of Sunlight: A Bright Spot for Human Health. *Environmental Health Perspectives*; 116: A160-A167.
34. World Health Organization (2002). *Global solar UV index: a practical guide*. Acessível a partir de:
<http://www.who.int/uv/publications/globalindex/en/http://www.who.int/uv/publications/en/GlobalUVI.pdf?ua=1> [acedido em 6 de julho de 2015].
35. Instituto Português do Mar e da Atmosfera: A radiação Ultravioleta. Acessível em:
<https://www.ipma.pt/pt/enciclopedia/amb.atmosfera/uv/index.html> [acedido em 6 de julho de 2015].
36. Instituto Português do Mar e da Atmosfera: UV – Continente - Hoje. Acessível em: <http://www.ipma.pt/pt/ambiente/uv/index.jsp> [acedido em 6 de julho de 2015].
37. Skin Cancer Foundation: Understanding UVA and UVB. Acessível em:
<http://www.skincancer.org/prevention/uva-and-uvb/understanding-uva-and-uvb> [acedido em 10 de julho de 2015].
38. International Agency for Research on Cancer: List of classifications. Acessível em:
http://monographs.iarc.fr/ENG/Classification/latest_classif.php [acedido em 10 de julho de 2015].
39. Pleasance ED, Cheetham RK, Stephens PJ, McBride DJ, Humphray SJ, Greenman CD, *et al* (2010). A comprehensive catalogue of somatic mutations from a human cancer genome. *Nature*; 463: 191-196.
40. World Health Organization: Cancer – Cancer prevention. Acessível em:
<http://www.who.int/cancer/prevention/en/> [acedido em 11 de julho de 2015].

41. Skin Cancer Foundation: Skin types and at-risk groups. Acessível em: <http://www.skincancer.org/prevention/are-you-at-risk/skin-types-and-at-risk-groups> [acedido em 10 de agosto de 2015].
42. About Health: Fitzpatrick Classification Scale. Acessível em: <http://dermatology.about.com/od/cosmeticprocedure/a/fitzpatrick.htm> [acedido em 10 de agosto de 2015].
43. Sambandan DR, Ratner D (2011). Sunscreens: An overview and update. *Journal of the American Academy of Dermatology*; 64: 748-758.
44. Skin Cancer Foundation: Sunscreens explained. Acessível em: <http://www.skincancer.org/prevention/sun-protection/sunscreen/sunscreens-explained> [acedido em 11 de agosto de 2015].
45. Skin Cancer Foundation: How to choose the right sunscreen for your skin type. Acessível em: <http://www.skincancer.org/prevention/sun-protection/sunscreen/choosing> [acedido em 11 de agosto de 2015].
46. World Health Organization (2003). *Sun protection: a primary teaching resource*. Acessível a partir de: <http://www.who.int/uv/publications/sunschools/en/> [acedido em 11 de agosto de 2015].
47. Centers for Disease Control and Prevention: Skin cancer – Sun safety. Acessível em: http://www.cdc.gov/cancer/skin/basic_info/sun-safety.htm [acedido em 14 de agosto de 2015].
48. Martins DL, Carvalho AM, Fernandes JL (2011). Tratamento antibiótico da cistite não complicada em mulheres não grávidas até à menopausa. *Acta Médica Portuguesa*; 24: 1019-1024.
49. Grabe M, Bartoletti R, Bjerklund Johansen TE, Cai T, Çec M, Köves B, et al (2015) *Guidelines on Urological Infections*. European Association of Urology. Acessível a partir de: <http://uroweb.org/guideline/urological-infections/> [acedido em 22 de agosto de 2015].
50. Rolo F, Parada B, Moreira P (2008). *Guia de prática clínica: Cistite não complicada na mulher*. Associação Portuguesa de Urologia, Lisboa. Acessível a partir de: <http://www.apurologia.pt/frameset.htm?http://www.apurologia.pt/publicacoes.htm> [acedido em 22 de agosto de 2015].
51. Pereira S (2012). *Urologia em Medicina Familiar – Prevenção das infeções urinárias recorrentes*. Associação Portuguesa de Urologia, Lisboa. Acessível a partir de: http://www.apurologia.pt/medicina_familiar/frameset.htm?http://www.apurologia.pt/medicina_familiar/medicina_familiar.htm [acedido em 22 de agosto de 2015].
52. Lei n.º 82-D/2014, de 31 de dezembro – Introduz um regime de tributação dos sacos de plástico.

Anexos

Anexo 1 - Farmácia do Bonfim



Espaço exterior



Zona de espera



Área de atendimento



Balcão de atendimento



Expositores da entrada



Gabinete de atendimento personalizado



Área de receção de encomendas



Gavetas deslizantes de armazenamento de MSRM (por nomes comerciais e DCI)



Frigorífico



Zona de armazenamento de stocks de MNSRM



Contentor VALORMED

Encomenda diária gerada em 26-05-2015												
Proposta de Encomenda 2 de 3				Destino: FARMACIA DO BONFIM		Custo tot s/IVA: 2.787,82€		Tipo: Normal				
Comercializador: Cooperativa dos Farmacêuticos				Data Entrega: 26-05-2015 18:11:00		[ALT+F] Ofertas		[ALT+V] Valorizar				
Distribuidor:								Notas				
Produtos da Proposta 2												
Designação	Mód.	Mês	Stock	Qt	Rót.	Preço	Cond.	Situação	Transf.	Qt Tráf	Pres.	COM
Actol 5 mg x 50 comp	1	2	1	1	0	3.43€	++ +					MG
Aciclovir Cinto MG 800 mg x 25 comp disp	0	0	1	1	0	12.50€	++ +					MG
Acido Acetilsalicílico Pefalgam MG 100 mg	6	6	1	3	0	2.22€	++ +					CO
Aerius 5 mg x 20 comp revest	3	4	1	3	0	3.86€	++ +					MG
Alprazolam Mylan MG 0,25 mg x 60 comp	0	0	1	3	0	2.87€	++ +					CO
Amizel 45 mg x 60 comp revest	1	1	1	3	0	25.58€	++ +					CO
Anavase 40 mg x 40 comp revest	1	2	2	2	0	5.62€	++ +					CO
Arkocapsulas Caps Ginkgo X 100 cáps	0	0	1	1	0	8.40€	++ +					CO
Arkocapsulas Caps Orthosiphon X 100 cáps	0	0	1	1	0	8.40€	++ +					CO
Artase 2 mg x 60 comp	3	1	1	1	0	2.40€	++ +					CO
Aspirina 500 mg x 20 comp	0	0	2	10	0	2.60€	++ +					CO
Atarax 25 mg x 20 comp revest	4	2	2	2	0	2.06€	++ +					CO
Aulin 100 mg x 20 comp	2	4	2	2	0	3.73€	++ +					CO
Baciderma 250/3500 UI/g x 10 pomada	1	1	1	1	0	2.45€	++ +					POM
Bayer Elite P1 Tm Sangue Glic X 50	1	1	1	1	0	76.42€	++ +					DIA
Bare-L-Fon 500 mg x 10 sup	1	1	1	5	0	1.12€	++ +					SUP
Benzac 5,50 mg/g x 40 gel bism	0	3	1	1	0	8.42€	++ +					GEL
Cod 3072988 Actol 5 mg x 50 comp												
Nº de Produtos a encomendar: 232			Nº de unidades a encomendar: 398			Produto 1 de 292						
☒ [F2] Aprovar ☐ [F3] Enc. Tipo ☐ [F4] Ficha Produto ☐ [F6] Ver Situação ☐ [F8] Transf. Enc. ☐ [F9] Observações [Esc] Sair												

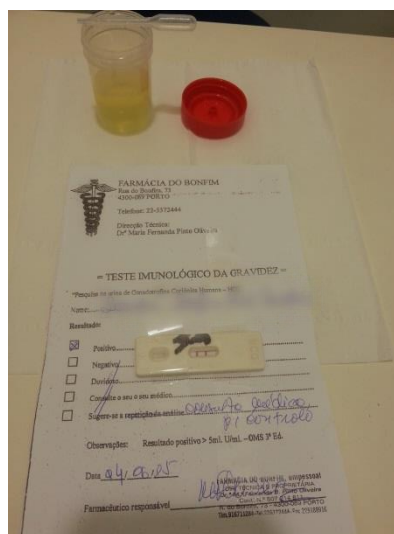
Exemplo de validação de uma encomenda diária



Prateleiras de arquivo da faturação



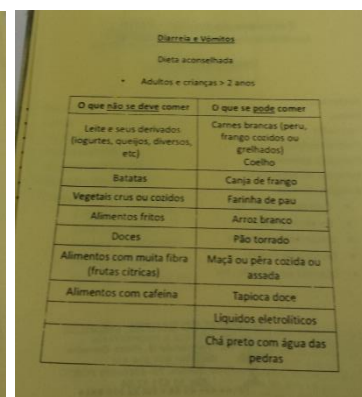
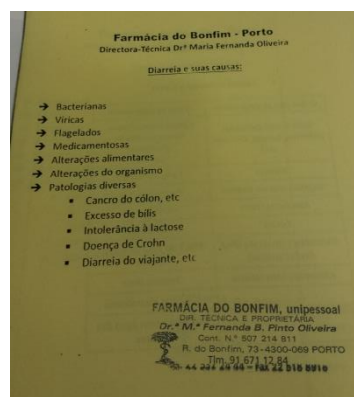
Preparação de supositórios de glicerina e pesagem de bicarbonato de sódio para embalagem por unidose.



Realização de um teste de gravidez



Cartaz alusivo ao Mês do Coração



Panfleto informativo sobre causas e tratamento da diarreia

Anexo 2 – Panfleto informativo sobre a hipertensão arterial e a influência do sal

Para o ajudar a reduzir gradualmente a quantidade de sal usado na confecção de alimentos, substitua-o por ervas aromáticas, especiarias, vinho ou sumo de limão.

A SAÚDE COMEÇA NA SUA MESA

Substitutos	Usos mais comuns
Alho	Sopas, saladas, carne
Açafrão	Sopas, peixe, arroz, molhos
Alecrim	Marinadas, carnes grelhadas, molhos de tomate
Alho	Muito variados
Caril	Peixe, moluscos, molhos, aves, ovos, arroz, massas
Cebola	Muito variados
Cebolinho	Saladas, sopas, arroz, massa, ervilhas, frutos do mar, marinadas
Coentros	Peixe (especialmente no grelhado), saladas, doces
Funcho	Estufados, cozinha asiática e inglesa, sopas de peixe, saladas, bebidas
Gengibre	Muito variados
Louro	Carnes, peixes, sopas, massas, estufados, cozinhados com tomate
Manjeriço	Marinadas, massas
Mostarda	Molho béchamel, puré de batata, carnes, marinadas, estufados
Noz moscada	Saladas, pizzas, molhos de tomate, carne, peixe, azeitonas, massas
Orégãos	Muito variados
Pimenta	Muito variados
Salsa	Muito variados
Tomilho	Semelhante aos orégãos

O seu inimigo no controlo da PRESSÃO ARTERIAL

Se tiver dúvidas, não hesite em contactar-nos!

Farmácia do Bonfim

Rua do Bonfim, n.º 73 | 4300-069 Porto
Tel.: 225372444 | Fax.: 225188916

SAL

É presença obrigatória à mesa dos Portugueses!

O sal é a principal fonte de sódio, um mineral essencial ao normal funcionamento do organismo. Mas sabe quais são as consequências do seu consumo excessivo?

- Aumenta o risco de vários tipos de cancro
- Eleva a pressão arterial
- Aumenta o risco de doenças cardiovasculares
- Sobrecarrega os rins
- Promove a retenção de líquidos e, com isso, o aumento de peso e o aparecimento de celulite

Já que o organismo tem uma fraca capacidade para se livrar do excesso de sal, a sua utilização deve ser muito moderada.

A Organização Mundial de Saúde recomenda uma ingestão diária não superior a **5g** (meia colher de sopa ou uma colher de chá). A média de consumo dos portugueses é, no entanto, de 10,7g!



Hipertensão

Apesar de não ter sintomas que a denunciem, a hipertensão arterial, apelidada de “ameaça silenciosa”, vai lesando os vasos sanguíneos e os órgãos vitais, tais como o coração, o cérebro e os rins.

Por isso é tão importante que seja controlada regularmente e que sejam adoptados hábitos de vida saudáveis.

Conheça o significado dos seus valores de pressão arterial:

Classificação	Valores
Normal	Abaixo de 120/80
Pré-hipertensão	120/80 – 140/90
Hipertensão	Acima de 140/90

Para prevenir e tratar a hipertensão, é essencial actuar no estilo de vida:

- Diminuir o consumo de sal
- Praticar uma alimentação saudável e equilibrada
- Controlar o peso
- Não fumar
- Dedicar, pelo menos, 30 minutos do dia a actividade física
- Moderar o consumo de álcool

Ao contrário do que se possa pensar, a maioria do sal ingerido é proveniente de refeições pré-confeccionadas e não dos alimentos preparados em casa.

Estima-se que 4 em cada 5 pessoas não saibam identificar os alimentos que são fontes de sal. Daí ser útil a implementação do **SEMÁFORO** **NUTRICIONAL** no rótulo dos alimentos.



O semáforo nutricional é um código de 3 cores, semelhante a um semáforo, que representa a percentagem da Dose de Referência relativa a um determinado nutriente ou, neste caso, ao sal. Procure-o nas embalagens dos alimentos.

Lembre-se:

A REDUÇÃO DA QUANTIDADE DE SAL NA DIETA DIMINUI EFECTIVAMENTE OS VALORES DA PRESSÃO ARTERIAL

Se está a tomar medicação para a hipertensão arterial, saiba que adotar esta medida o pode ajudar a reduzir o número e as doses destes fármacos.

Anexo 3 – Panfleto informativo sobre os cuidados na exposição solar

Conheça o seu fototipo

O fototipo permite classificar a resposta das diferentes tipos de pele à exposição à radiação UV.

Fototipo	Características
	I – Pele muito clara; muitas sardas; queima sempre; nunca bronzeia.
	II – Pele clara; algumas sardas; normalmente queima; pode bronzear ligeiramente.
	III – Pele clara a média; poucas sardas; por vezes queima; bronzeia gradual e uniformemente.
	IV – Pele média; sem sardas; raramente queima; bronzeia sempre.
	V – Pele média a escura; queima muito raramente; bronzeia muito facilmente.
	VI – Pele escura ou muito escura; nunca queima.



A aplicação do protetor solar deve ser feita 30min antes da exposição e a cada duas horas ou após mergulhos ou excesso de transpiração. E lembre-se:

O protetor solar não serve para prolongar o tempo de exposição, mas sim para limitar os danos que esta provoca!



SOL SEGURO

Se tiver dúvidas, não hesite em contactar-nos!

Farmácia do Bonfim
Rua do Bonfim, n.º 73
4300-069 Porto
Tel.: 225372444 | Fax.: 225188916
e-mail: farmaciabonfim@hotmail.com

Conselhos para uma pele saudável

Marina Coimbra

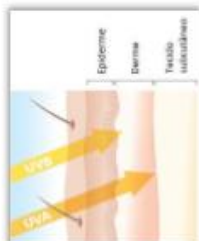
Marina Coimbra

58

Sol: Aliado ou Inimigo?

O sol é indispensável à vida. Os seus principais benefícios incluem

- Síntese de vitamina D, fundamental para conservar a saúde óssea;
- Melhoria do humor, tornando-nos mais ativos e desportivos;
- Maior facilidade em adormecer, quando nos expomos à luz solar de manhã cedo, pois ajuda a manter um ritmo circadiano normal.



No entanto, é importante lembrar que o sol também acarreta riscos, os quais estão maioritariamente associados à sua Radiação Ultravioleta (UV). Esta radiação é constituída por **UVA** e **UVB**.

Os raios **UVA** penetram mais profundamente que os **UVB**, sendo responsáveis por efeitos a longo prazo como as **alergias solares** e o **envelhecimento cutâneo** (rugas, manchas, perda de elasticidade e firmeza). Os **UVB** têm consequências mais agudas, como a **queimadura** ou **eritema solar**.

Ambos são causadores de cancro da pele!

Proteção solar

É essencial não só para evitar queimaduras, mas principalmente para prevenir o cancro cutâneo.

Cerca de 90% dos cânceros da pele são provocados pela exposição solar.

Para além de evitar as horas de maior intensidade solar e usar chapéu, roupa e óculos com proteção UV, é importante não esquecer o **PROTECTOR SOLAR**.



O protetor solar deve conferir proteção contra os dois tipos de radiação UV. A proteção UVB é quantificada pelo Factor de Proteção Solar (FPS), e a UVA é indicada pelo símbolo UVA.

A intensidade da radiação UVB varia com a altura do ano, a localização e a hora do dia. Deixar ser recomendado que a exposição entre as 12h e as 16h seja evitada.

Por sua vez, a radiação UVA está presente praticamente com a mesma intensidade a qualquer hora do dia e a qualquer altura do ano, conseguindo atravessar nuvens e vidro.

Deixar um dia nublado na praia também poder bronzear... Ou queimar!



O FPS deve ser escolhido de acordo com o tipo de pele.

Do fotótipo I a III deve-se utilizar proteção mínima de 30, enquanto que do IV ao VI é recomendada proteção não inferior a 15.

É necessário ter em conta o facto de a exposição ser esporádica ou intensiva, se é necessário que o protetor seja à prova de água e ainda se é mais adequado um protetor físico ou químico.

Protetor químico	Protetor físico
Absorve os raios UV e converte-os em energia	Reflete os raios UV antes de eles penetrarem na pele

As peles sensíveis, nomeadamente a das crianças, toleram melhor os protetores físicos do que os químicos (que podem causar irritação ao serem absorvidos pela pele).

Anexo 4 – Panfleto informativo sobre a cistite

Cistite

Infeção da bexiga



Causas

A causa mais frequente da ocorrência de cistites é a entrada de bactérias para a uretra, que se alastram depois para a bexiga e aí desenvolvem a infeção.



A bactéria responsável pela maioria dos casos de cistite é a *Escherichia coli*, que faz parte da flora intestinal humana normal.

As mulheres tendem a ser mais afetadas por terem uma uretra menor e localizada mais perto do ânus, o que facilita a chegada das bactérias à bexiga.



Sintomas

Os mais característicos são:

- Frequente e urgente vontade de urinar
- Dor e ardor ao urinar
- Sangue na urina
- Pressão e desconforto na parte inferior do abdómen
- Esvaziamento incompleto da bexiga

Nas crianças e nos idosos os sintomas podem ser menos específicos: por vezes ocorrem apenas vômitos e mal-estar geral.



Tratamento

Depende do agente causador da cistite.

Os antibióticos são a primeira linha de tratamento da cistite bacteriana. Muitas vezes os sintomas começam a desaparecer após o primeiro dia de tratamento.

A ingestão de sumos de **laranja** ou suplementos alimentares à base do mesmo pode ajudar a libertar as bactérias da parede da bexiga. Podem ser usados enquanto toma o antibiótico.



Beber muita água faz com que sintas vontade de urinar com mais frequência, o que ajuda também a expulsar as bactérias do trato urinário.

Prevenção

- Não reter a urina na bexiga por muito tempo;
- Esvaziar sempre a bexiga completamente;
- Beber muita água;
- Urinar frequentemente;
- Manter a higiene íntima diária e fazê-la no sentido da frente para trás;
- Esvaziar a bexiga após a atividade sexual;
- Preferir os banhos de duche aos banhos de imersão;
- Minimizar os produtos que possam irritar a zona íntima;
- Evitar o uso de espermicidas;
- Usar roupa interior de algodão.



Se tiver dúvidas, não hesite em contactar-nos!

Farmácia do Bonfim
Rua do Bonfim, nº 73
4300-069 Porto
Tel.: 225372444 | Fax.: 225188916
e-mail: farmaciabonfim@hotmail.com

Marina Coimbra

Anexo 5 – Inquérito VALORMED

Inquérito VALORMED distribuído na Farmácia do Bonfim

Inquérito VALORMED

Nome:

Idade:

Sexo:

1) Habita na Freguesia do Bonfim? Sim ☐ Não ☐

1.1) Se sim, há quantos anos?

2) Trabalha na freguesia do Bonfim?

2.2) Qual atividade?

3) Quantas vezes por dia/mês/ano vem à Farmácia do Bonfim?

4) Sabe o que é o "VALORMED"? Sim ☐ Não ☐

4.4) Se sim, o que é o "VALORMED"?

4.5) Quantas vezes coloca os medicamentos no contentor do "VALORMED"?

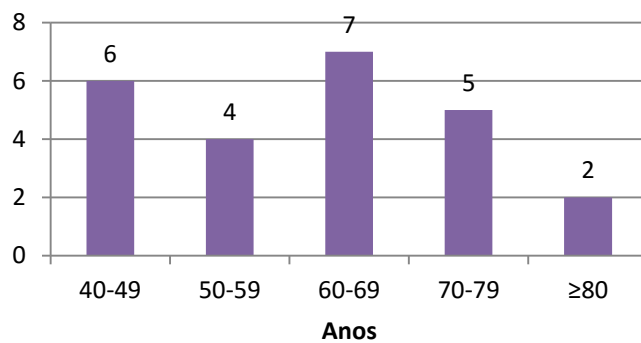
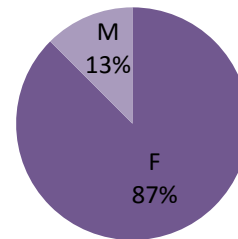
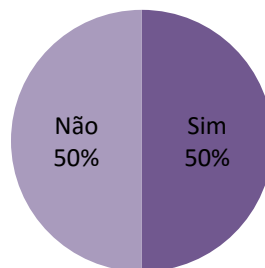
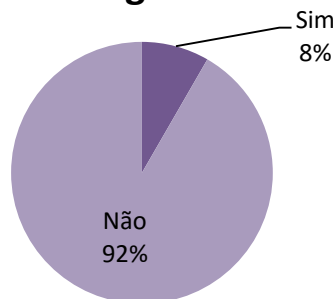
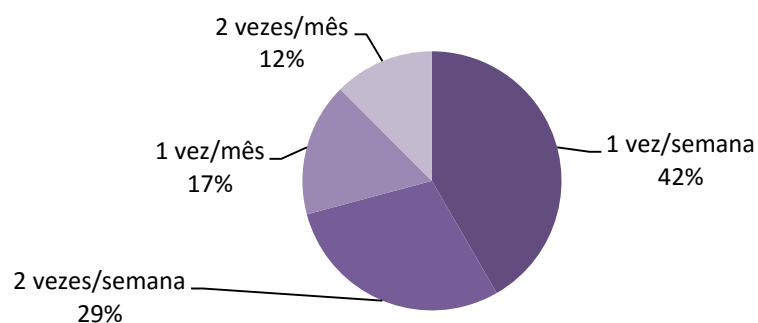
5) O que pensa acerca da nova legislação dos sacos plásticos?

5.5) Concorda? Sim ☐ Não ☐ Porquê?

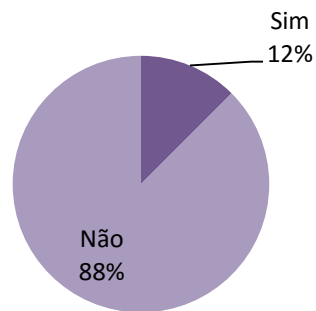
5.6) Tem conhecimento de alternativas aos sacos plásticos?

Sugestões:

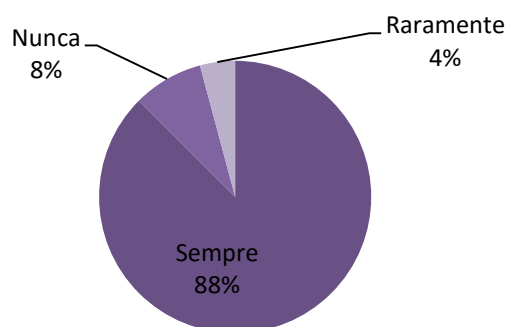
Resultados dos inquéritos VALORMED

Idades dos inquiridos**Sexo dos inquiridos****1. Habita na freguesia do Bonfim?****2. Trabalha na freguesia do Bonfim?****3. Quantas vezes por dia/mês/ano vem à Farmácia do Bonfim?**

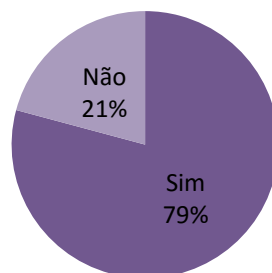
4. Sabe o que é a VALORMED?



4.2. Quantas vezes coloca os medicamentos no contentor da VALORMED?



5.1. Concorda com a nova lei aplicada aos sacos de plástico?



U. PORTO



FACULDADE DE FARMÁCIA
UNIVERSIDADE DO PORTO

RUA DE JORGE VITERBO FERREIRA
N.º 228, 4050-313 PORTO - PORTUGAL

www.ff.up.pt