



U.PORTO



FACULDADE DE FARMÁCIA
UNIVERSIDADE DO PORTO

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Realizado no âmbito do Mestrado Integrado
em Ciências Farmacêuticas

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

Relatório De Estágio Profissionalizante

Farmácia Fonseca

setembro 2014 – fevereiro 2015

Miguel Eduardo Magalhães Gouveia

Orientador: Dr. Carlos Fonseca

Tutor FFUP: Prof.^a Doutora Irene Jesus

Declaração de Integridade

Eu Miguel Eduardo Magalhães Gouveia, abaixo assinado, nº 080601205, aluno do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas da Faculdade de Farmácia da Universidade do Porto, declaro ter atuado com absoluta integridade na elaboração deste documento.

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

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

Assinatura: _____

Agradecimentos:

Dr. Carlos Fonseca, diretor Técnico da Farmácia, pela excelente orientação e transmissão de conhecimentos ao longo do meu estágio.

Dra. Ana Cláudia Amador um agradecimento especial por todos os ensinamentos muito enriquecedores e que me serão muito úteis ao longo de toda a minha carreira profissional.

Dra. Márcia Batista, Dra. Tânia Oliveira e Berta Silva pela vontade de ensinar, companheirismo e boa disposição, o que facilitou muito a minha integração na Farmácia Fonseca contribuindo para que este estágio fosse uma experiência muito enriquecedora tanto a nível pessoal como profissional.

Resumo

O estágio curricular decorreu durante 6 meses (de setembro 2014 a fevereiro 2015) numa farmácia comunitária em Fânzeres, a Farmácia Fonseca.

O estágio permitiu consolidar os conhecimentos adquiridos durante os 5 anos de curso na FFUP. Estes 6 meses significaram um grande crescimento quer a nível profissional como pessoal no exercício da atividade farmacêutica.

O relatório é composto por 2 partes. A primeira parte descreve a atividade profissional desenvolvida na farmácia comunitária. A segunda parte é uma consequência da experiência vivida, e dúvidas dos utentes que levaram à realização de 2 panfletos informativos e ao desenvolvimento de um trabalho teórico sobre uma nova associação de fármacos para o tratamento da doença pulmonar obstrutiva crónica.

Índice

1. Introdução.....	IX
2. Caracterização da Farmácia Fonseca	1
2.1 Localização, horário e enquadramento sociocultural.....	1
2.2 Recursos humanos	2
2.3 Espaço exterior, físico e funcional.....	3
2.4 Fontes de informação	4
2.5 Sistema informático.....	4
3. Gestão de stocks, encomendas e aprovisionamento	5
3.1 Gestão de <i>stocks</i>	5
3.2 Seleção de fornecedores	6
3.3 Realização de encomendas	6
3.4 Receção e conferência de encomendas	6
3.5 Armazenamento.....	7
3.6 Controlo e gestão de stocks.....	8
3.7 Controlo de prazos de validade e de stocks.....	8
3.8 Devoluções	9
4. Dispensa de medicamentos	9
4.1 Dispensa de MSRM	10
4.1.1 Medicamentos genéricos	11
4.1.2 Dispensa de medicamentos estupefacientes e psicotrópicos.....	12
4.1.3 Comparticipação de medicamentos	12
4.1.4 Dispensa e aconselhamento farmacêutico.....	13
4.1.5 Conferência de receituário e faturação.....	13
4.2 Dispensa de MNSRM.....	14
5. Dispensa de outros produtos farmacêuticos	15
5.1 Medicamentos e produtos de uso veterinário	15
5.2 Produtos de cosmética e higiene corporal.....	15
5.3 Alimentação especial; suplementos alimentares e vitamínicos.....	16
5.4 Produtos de puericultura e obstetrícia	16
5.5 Produtos homeopáticos e fitoterapêuticos.....	16
5.6 Dispositivos médicos.....	17
5.7 Manipulados.....	17
6. Cuidados de saúde prestados na farmácia.....	17
6.1 Pressão arterial.....	18
6.2 Glicemia.....	18
6.3 Colesterol total e triglicéridos	19
6.4 Peso e altura.....	19
6.5 VALORMED e recolha de radiografias	19
Terapia de cessação tabágica.....	22
Introdução.....	22

Tratamento	23
Novas terapêuticas no tratamento da doença pulmonar crónica obstrutiva..	24
Introdução.....	24
Diagnóstico	25
Tratamento	25
Conclusão.....	28
Micoses	29
Resumo	29
Introdução.....	29
Métodos	29
Resultados.....	30
Micoses subcutâneas.....	30
Micoses cutâneas e mucocutâneas	30
Tinha dos pés	30
Tinha da barba.....	31
Tinha da cabeça	31
Tinha do corpo.....	32
Tinha inguinal ou <i>tinea cruris</i>	32
Onicomiose ou <i>tinea unguium</i>	33
Onicomiose subungueal distal lateral	33
Onicomiose branca superficial	33
Onicomiose subungueal proximal.....	34
Onicomiose candidásica	34
Onicodistrofia total	34
Conclusão.....	34
Bibliografia.....	35
Anexos	37
Anexo 1 Panfleto Tabagismo	38
Anexo 2 Panfleto Micoses.....	Error! Bookmark not defined.

Lista de Abreviaturas

MICF	Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas
FFUP	Faculdade Farmácia da Universidade do Porto
ARS	Administração Regional Saúde
ANF	Associação Nacional de Farmácias
FF	Farmácia Fonseca
RCM	Resumo das Características do Medicamento
INFARMED	Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I.P.
PVP	Preço Venda Público
MSRM	Medicamento Sujeito a Receita Médica
MNSRM	Medicamento Não Sujeito a Receita Médica
DCI	Denominação Comum Internacional
SNC	Sistema Nervoso Central
PCHC	Produtos Cosmética Higiene Pessoal

Índice de figuras

Figura 1 - Salbutamol	26
Figura 2 - Salmeterol	26
Figura 3 - Indacaterol	27
Figura 4 - Brometo de glicopirrónio	27
Figura 5 - Efeito da associação de indacaterol 110 µg mais brometo de glicopirrónio 50µg no volume expiratório forçado no 1º segundo versus dose única de indacaterol e brometo de glicopirrónio, placebo e tiotrópio.	28
Figura 6 - Tinha dos pés (<i>Tinea pedis</i>).....	30
Figura 7 - Tinha da cabeça (<i>Tinea capitis</i>)	31
Figura 8 - Tinha do corpo	32
Figura 9 - Onicomicose (<i>Tinea unguium</i>)	33

Índice de tabelas

Tabela 1 - Prevalência do consumo de tabaco na população portuguesa com mais de 15 anos	22
Tabela 2 - Fumadores diários com idade superior a 15 anos por sexo na população portuguesa	23

1. Introdução

O estágio curricular inserido no Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas (MICF) da Faculdade de Farmácia da Universidade do Porto (FFUP) constitui uma importante vertente de formação, proporcionando um contacto direto com o utente e a consolidação dos conhecimentos adquiridos ao longo do curso no seio de uma equipa de profissionais de saúde.

O estágio teve a duração de seis meses na Farmácia Fonseca, proporcionou ao estagiário uma valorização pessoal e profissional garantindo a formação adequada ao futuro exercício da sua atividade farmacêutica.

As farmácias são imprescindíveis ao sistema de saúde, pois além da dispensa de fármacos, prestam outras atividades, nomeadamente o aconselhamento e acompanhamento do doente na monitorização e controle de várias patologias.

Segundo o código deontológico, o farmacêutico tem como dever geral "...contribuir para a salvaguarda da saúde pública e todas as ações de educação dirigidas à comunidade no âmbito da promoção da saúde".^[1] O farmacêutico é o profissional de saúde responsável pela medicação, no entanto cada vez mais é visto para além do seu papel enquanto técnico do medicamento, promovendo o seu uso de forma racional, aconselha e monitoriza sempre que for solicitado.

Sendo o farmacêutico o último profissional de saúde a contactar com os utentes antes destes concretizarem a sua terapêutica, é fundamental a sua intervenção de modo a sensibilizá-los para os perigos de práticas incorretas relativas ao mau uso da medicação e garantir a segurança e eficácia do tratamento.

2. Caracterização da Farmácia Fonseca

2.1 Localização, horário e enquadramento sociocultural

A Farmácia Fonseca localiza-se na rua D. João Castro na freguesia de Fânzeres, concelho de Gondomar, distrito do Porto. Nas suas proximidades encontram-se maioritariamente zonas residenciais, pelo que a maioria dos utentes são clientes habituais e de todas as faixas etárias. Os utentes idosos constituem uma importante e significativa parte dos utentes da farmácia,

procurando muitas vezes aconselhamento farmacêutico e informações sobre posologias da medicação. Estes utentes inserem-se na classe média, baixa e reformados.

Relativamente ao horário de funcionamento a farmácia encontra-se aberta das 9 horas às 20 horas, fechando para almoço das 13 horas às 14 horas, nos dias úteis; sábado o horário é das 9 horas até às 13 horas; encontrando-se fechada aos domingos e feriados. Para além do horário de funcionamento, cumpre ainda com os serviços permanentes definidos mediante protocolo da Associação Nacional de Farmácias (ANF) com a Administração Regional de Saúde do Norte (ARS Norte).

2.2 Recursos humanos

De acordo com o exposto no Decreto-Lei n.º 307/2007, de 31 de agosto, os recursos humanos de uma farmácia podem ser divididos em duas categorias: o quadro farmacêutico e não farmacêutico. No que ao quadro farmacêutico concerne, este deve incluir pelo menos dois farmacêuticos (o diretor técnico e farmacêutico substituto) e deve, tendencialmente, constituir a maioria dos colaboradores. Se a farmácia tiver um valor de faturação ao SNS igual ou inferior a 60% do valor da faturação média anual por farmácia tem a dispensa de um segundo farmacêutico.

Por sua vez o quadro não farmacêutico é constituído por técnicos de farmácia e outro pessoal qualificado que adjuva o trabalho dos farmacêuticos.

A constituição da equipa de trabalho encontra-se explanada no quadro abaixo.

Constituição da equipa de trabalho da Farmácia Fonseca

Diretor Técnico/Proprietário	Dr. Carlos Fonseca
Farmacêuticas Substitutas	Dra. Ana Amador
	Dra. Márcia Batista
Farmacêutica	Dra. Tânia Oliveira
Técnica de Farmácia	Berta Silva
Auxiliar Limpeza	Amélia Cardoso

2.3 Espaço exterior, físico e funcional

O espaço físico interior e exterior cumpre respetivamente com o artigo n.º 28 e 29 do Decreto-Lei n.º 307/2007, de 31 de agosto, possuindo as condições adequadas para garantir a conservação, segurança e preparação dos medicamentos, assim como a comodidade, acessibilidade e privacidade dos utentes e respetivos colaboradores.

A farmácia encontra-se no rés do chão de um prédio e possui fácil acesso a todos os utentes, cumprindo a legislação de acessibilidade para deficientes segundo o Decreto-Lei nº163/2006, de 8 de agosto.

O exterior está facilmente identificável. A palavra “FARMÁCIA” encontra-se bem visível, tal como uma cruz verde que se encontra num poste face à estrada, encontrando-se sempre ligada durante os serviços.

No exterior pode-se ler o nome da farmácia bem como o nome do diretor técnico e o horário de funcionamento. A montra é modificada periodicamente de acordo com a sazonalidade.

Está sempre afixado o nome, morada e contacto telefónico da farmácia que se encontra a fazer o turno de serviço. E ao lado da porta de entrada está o postigo por onde se efetua a dispensa noturna.

A FF tem umas instalações recentes, sendo composta por 2 pisos:

No piso inferior:

- A área de atendimento ao público – constituída por 4 balcões de atendimento cada um devidamente equipado com computador, leitor ótico de código de barras, impressora (adequada às receitas e recibos) e terminal para pagamento por multibanco.
- Existe a zona de exposição de produtos dermocosméticos, e medicamentos não sujeitos a receita médica.
- Nesta área encontra-se ainda a balança para medição de peso e altura e aparelho automático de medição de pressão arterial.
- Gabinete de atendimento personalizado – onde a farmácia providencia os seguintes serviços: medição pressão arterial; realização de testes bioquímicos – colesterol total, triglicéridos, glicemia e medição de ácido úrico. É neste espaço que se realizam as consultas de podologia, nutrição e dietética, com profissionais habilitados em cada área.

- Área de receção de encomendas e laboratório – onde se encontra um computador para realizar a receção das encomendas e o laboratório equipado com todo o material para realização de manipulados.

- Armazém – onde se encontram armários de armazenamento dos excedentes, gavetas para armazenamento do *stock* rotineiro da farmácia e um frigorífico que garante as condições de armazenamento dos produtos que requerem frio.

- Instalações sanitárias.

No piso superior:

- Gabinete de gestão do Diretor Técnico, e quarto que é usado em noites de serviço.

2.4 Fontes de informação

A Farmácia Fonseca detém toda a bibliografia obrigatória ao seu normal funcionamento, que está prevista pelo decreto-lei 307/2007, de 31 de agosto e da qual fazem parte o “*Prontuário Terapêutico*” (última edição) e a “*Farmacopeia Portuguesa*”, bem como a bibliografia não obrigatória como “*Índex de Merck*” e outras fontes relevantes de informação como o *Simposium Veterinário*.

A farmácia ainda beneficia de acesso à internet, onde se podem consultar os “RCM” (resumo de características do medicamento), e *sites* como o da Ordem dos Farmacêuticos e Infarmed, podendo assim a farmácia manter-se sempre atualizada em todos os aspetos que lhe digam respeito.

Muitas vezes houve necessidade de consultar estas fontes de informação quando surgiam dúvidas relativamente aos fármacos, o que constitui uma ferramenta muito útil na formação. Surgiu oportunidade de consultar alguma bibliografia disponível na biblioteca e na internet, nomeadamente os “RCM” disponibilizados pelo Infarmed para um melhor aconselhamento aos utentes.

2.5 Sistema informático

Inserindo-se a atualidade numa era cada vez mais tecnológica, o sistema informático é uma valiosa ferramenta ao dispor do farmacêutico, permitindo

muitas vezes otimizar o nosso trabalho. Na FF o sistema informático utilizado é o *Sifarma@2000*, permitindo um controlo administrativo da farmácia e atendimento ao público eficaz. Para além disso, permite ainda dispensar informação extra, nos casos que assim o justifiquem, dada a possibilidade de consulta e impressão de panfletos elaborados pela ANF sobre variadíssimos temas. Durante o estágio trabalhou com este sistema, estando neste momento perfeitamente familiarizado com o seu uso, nomeadamente nas áreas de criação e receção de encomendas, verificação de *stocks* e de prazos de validade, consulta de informação científica, dispensa de medicamentos, faturação mensal e consulta de vendas.

3. Gestão *stocks*, encomendas e aprovisionamento

3.1 Gestão de *stocks*

A FF como dirige os seus serviços à comunidade, realiza uma gestão cuidada dos seus produtos passíveis de venda e utilização, conjugando a viabilidade económica com as necessidades dos utentes. Assim sendo, a gestão racional de *stocks* é um processo complexo que exige um conhecimento vasto de variáveis como o perfil dos utentes e suas necessidades, as variações sazonais das vendas e a publicidade efetuada pelos meios de comunicação a determinados produtos. O controlo e gestão de *stock* da farmácia são elementos essenciais para assegurar a rentabilidade e sustentabilidade da mesma.

O *stock* ideal deverá ser aquele que permita uma boa rotação de produtos, o que, por sua vez, leva a uma maior liquidez da farmácia e a uma maximização económica e financeira do capital investido. Desta forma, para cada produto, é necessário estipular um *stock* mínimo e um máximo, que evitem a rutura de *stock* e, simultaneamente, não conduzam à retenção de produtos. O estabelecimento destes valores encontra-se facilitado pelo sistema informático, pela existência de uma ficha do produto, que permite a consulta do histórico de vendas.

3.2 Seleção de fornecedores

A escolha dos fornecedores com que a farmácia trabalha é realizada de acordo com critérios rigorosos, que permitam uma resposta atempada na procura e aquisição de produtos.

O aprovisionamento é feito de duas formas, compras diretamente aos laboratórios ou seus representantes legais ou através de armazenistas/cooperativas de distribuição grossista.

A Farmácia Fonseca trabalha atualmente com 3 armazenistas *OCP Portugal*, *Cooprofar* e *Alliance Healthcare*, consoante a disponibilidade e condições dos produtos.

A encomenda direta realiza-se mediante visitas periódicas dos representantes dos variados laboratórios, sendo adquiridas normalmente grandes quantidades de medicamentos genéricos, medicamentos de elevada rotação, acessórios e produtos de dermocosmética. Em regra, estas encomendas vêm associadas a benefícios económicos, pelo que se torna vantajoso adquirir estes produtos para manter *stocks* a longo prazo.

3.3 Realização de encomendas

O Sistema *Sifarma* efetua uma proposta de encomenda tendo em conta os *stocks* máximos e mínimo da ficha do produto. Após a proposta estar gerada, esta vai ser avaliada, verificando-se os produtos pedidos, as quantidades e os fornecedores, podendo ser efetuadas alterações que se considerem necessárias de acordo com as condições apresentadas e com as necessidades dos utentes. Posteriormente, procede-se à aprovação da encomenda e ao envio via *modem* ao distribuidor grossista.

Para além das encomendas diárias, são efetuadas encomendas urgentes quando há uma necessidade de um medicamento que se encontra em falta na farmácia, não se podendo esperar pela próxima encomenda diária.

3.4 Receção e conferência de encomendas

A receção de encomendas foi a primeira atividade realizada durante o estágio, o que permitiu a familiarização com os nomes comerciais dos medicamentos e um maior conhecimento dos variados produtos que estão à venda na farmácia. Aquando da chegada das “banheiras” à farmácia deve-se de imediato conferir se

a encomenda se destina mesmo à farmácia, consultando para esse efeito a fatura. O passo seguinte será armazenar todos os medicamentos que necessitem de condições especiais de armazenamento, como por exemplo as insulinas, que têm de ser armazenadas no frigorífico. Após estes primeiros passos há que dar entrada dos medicamentos no menu “*Receção de encomendas*” no *Sifarma2000®*: começa-se por introduzir os produtos no sistema informático ao mesmo tempo que se corrigem prazos de validade e marca o PVP; uma vez finalizada esta tarefa, fecha-se a receção e imprimem-se as etiquetas com o PVP para os produtos de venda livre. Há que destacar, no caso das encomendas por via telefónica, que estas não constam do menu “*Receção de encomendas*”, pelo que primeiro é necessário criar uma encomenda manual para que o sistema informático reconheça que existe uma encomenda por rececionar, sendo que o restante procedimento é igual ao anteriormente mencionado.

3.5 Armazenamento

Concluídas as etapas de receção e conferência da encomenda e a eventual marcação de preços, deve-se proceder ao armazenamento dos produtos recebidos. Um bom armazenamento é fundamental para tornar o atendimento mais rápido e eficaz, garantir que todas as condições de conservação dos medicamentos e outros produtos de saúde são satisfeitas. Durante o período de estágio efetuou por diversas vezes esta atividade, sendo das primeiras tarefas realizadas e o primeiro contacto com os medicamentos em si, as formas e cores das embalagens, nomes comerciais, as diferentes formas farmacêuticas com o mesmo nome comercial e, principalmente, com a localização de todos os produtos. Pode, sem margem para dúvida, assegurar que este processo ajudou na posterior dispensação dos produtos por estar familiarizado com a localização dos mesmos.

O armazenamento na FF é feito em armários de gavetas deslizantes.

- Cremes, geles e pomadas;
- Preparações retais (supositórios, enemas);
- Preparações extemporâneas;
- Preparações nasais, oftálmicas e auriculares;
- Soluções orais e gotas;
- Injetáveis.

Os medicamentos de marca e genéricos são armazenados em 2 armários de gavetas separados e por ordem alfabética. Estes estão organizados por ordem alfabética da DCI (*Denominação Comum Internacional*). Em todos os casos, os produtos com prazos de validade mais curtos são colocados à frente dos restantes, de acordo com a regra *First Expired, First Out* (FEFO). A FF possui ainda um frigorífico para o armazenamento dos produtos que requerem temperaturas mais baixas, nomeadamente as vacinas e insulinas, possibilitando uma conservação segura destes produtos. Todos os produtos estão armazenados em condições de temperatura e humidade adequados, controlados por termohigrómetros.

3.6 Controlo e gestão de stocks

O controlo e gestão de *stock* da farmácia são um dos elementos essenciais para assegurar a rentabilidade e sustentabilidade da mesma. Por *stock* entenda-se o conjunto de produtos e medicamentos com presença física na farmácia, passíveis de venda e utilização. Uma boa gestão de *stock* garante a presença dos produtos necessários para satisfazer as necessidades da população que normalmente afluem à farmácia, mas também, a maximização do investimento de capital, maior liquidez e minimiza as perdas por retenção de produtos. O *stock* ideal deverá ser aquele que permita uma boa rotação de produtos, o que, por sua vez, leva a uma maior liquidez da farmácia e a uma maximização económica e financeira do capital investido. Desta forma, para cada produto, é necessário estipular um *stock* mínimo e um *stock* máximo, que evitem a rutura de *stock* e, simultaneamente, não conduzam à retenção de produtos. O estabelecimento destes valores encontra-se facilitado pelo sistema informático (Sifarma 2000®) e pela existência de uma ficha do produto, permitindo a consulta do histórico de vendas.

3.7 Controlo de prazos de validade e de stocks

Os medicamentos e outros produtos farmacêuticos, quando mantidos sob as condições de armazenagem indicadas pelo fabricante, devem manter-se estáveis, química e fisicamente, durante um período de tempo definido. O

controlo do prazo de validade é uma preocupação constante, assegurando que todos os produtos dispensados se encontram em boas condições.

Para além de um primeiro controlo realizado durante a receção das encomendas, no início de cada mês é elaborada, a partir do sistema informático, uma lista dos medicamentos com prazo de validade a expirar nos próximos 5 meses. Os medicamentos com prazo de validade a expirar serão recolhidos e devolvidos ao fornecedor. Esta listagem também permite efetuar uma verificação física dos stocks, de maneira a ver se coincidem com os *stocks* informáticos. Se o prazo de validade não se encontra atualizado, é anotada a validade mais curta na respetiva listagem e mais tarde é feita uma atualização dos prazos de validade no sistema informático e procede-se à devolução (quando aplicável) dos produtos retirados.

3.8 Devoluções

Durante o estágio contactou com várias situações que exigiram a devolução dos produtos aos fornecedores, nomeadamente a existência de produtos com prazo de validade expirado, por erros nas faturas (produtos trocados ou envio de produtos não encomendados), embalagens danificadas, ou retirada do lote ou do mercado por ordem do INFARMED.

Posteriormente o fornecedor regulariza a devolução, podendo ser efetuada a troca do produto, não ser aceite a devolução ou ser concedido o crédito. Neste último caso é emitida uma nota de crédito referente à devolução permitindo regularizar o capital investido.

4. Dispensa de medicamentos

A dispensação clínica de medicamentos consiste numa atividade profissional do farmacêutico na qual é avaliado o processo de uso da medicação, se disponibiliza a mesma e informa, de modo personalizado, o doente ou o respetivo cuidador, acerca da sua utilização correta. Desta forma, o farmacêutico assume um papel de elevada responsabilidade, protegendo a população de possíveis resultados negativos associados à medicação e contribui para melhorar a sua qualidade de vida.

No que diz respeito à dispensa ao público, os medicamentos de uso humano são classificados em Medicamentos Sujeitos a Receita Médica (MSRM) e Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica (MNSRM).

4.1 Dispensa de MSRM

A dispensa de MSRM está sujeita à apresentação de uma receita médica, segundo um modelo aprovado pelo Despacho n.º 15700/2012, num contexto de responsabilidade repartida entre o médico e farmacêutico.

A prescrição de medicamentos é, preferencialmente, feita por via eletrónica ou, não sendo possível, manualmente. A via eletrónica revela-se mais vantajosa, uma vez que, permite aumentar a segurança no processo de prescrição e dispensa do medicamento, facilitando a comunicação entre profissionais de saúde e agilizando processos.

De modo a que receita seja válida e que sejam obtidas as participações respetivas, no ato de prescrição, o médico tem que obedecer a determinados requisitos no preenchimento da mesma.

O farmacêutico deve analisar cuidadosamente a receita e verificar se todos os parâmetros estabelecidos são cumpridos.

Desta forma, na validação da receita durante a dispensa, é importante verificar que esta não se encontra rasurada e ter em atenção à presença dos seguintes aspetos: o número da receita, o local da prescrição, a identificação do médico prescriptor, com indicação do nome e especialidade médica e a sua assinatura, o nome e número de utente ou número de beneficiário com indicação da entidade financeira responsável e do regime especial de participação (se aplicável), a designação do medicamento, feita através da DCI, nome de marca ou nome genérico para as substâncias ativas em que existam medicamentos genéricos autorizados.

A forma farmacêutica, número de embalagens, posologia, dimensão das embalagens e dosagem devem estar também referenciadas na receita médica. Nas situações em que as duas últimas não se encontram presentes, deverá ser dispensada a embalagem na menor quantidade comercializada e na dosagem mais baixa.

Um outro ponto importante é a verificação da data da prescrição para determinar a validade da receita. As receitas podem ter uma validade de trinta dias ou serem renováveis, apresentando uma validade de seis meses. Os medicamentos de receita médica renovável são aqueles que se destinam a

tratamentos de longa duração e, dada a segurança da sua utilização, podem ser adquiridos mais do que uma vez sem necessitarem de nova prescrição médica.

Não é permitida mais do que uma via da receita manual, ou seja, a receita renovável não pode ser emitida por via manual.

Em cada receita podem ser prescritos até quatro medicamentos distintos, num total de quatro embalagens por receita. Por cada medicamento, podem ser prescritas até duas embalagens, exceto nos medicamentos que se apresentam em forma unitária, para os quais podem ser prescritos até quatro embalagens iguais por receita.

4.1.1 Medicamentos genéricos

Segundo o INFARMED, um medicamento genérico é definido como “um medicamento com a mesma substância ativa, forma farmacêutica e dosagem e com a mesma indicação terapêutica que o medicamento original, de marca, que serviu de referência”.

Os medicamentos genéricos são equivalentes terapêuticos de um medicamento original cujo direito de propriedade industrial caducou, possuindo a mesma composição qualitativa, quantitativa e forma farmacêutica. A comercialização destes medicamentos genéricos torna-se mais económica por não ter de suportar os custos de marca, que em geral expiram num período aproximadamente de vinte anos^[4].

Durante o estágio deparou-se com utentes que não se dispunham a qualquer tipo de troca (de um medicamento de marca para um medicamento genérico ou mesmo entre laboratórios), apresentando muitas desconfianças e inseguranças relativas a medicamentos genéricos. Por outro lado e tendo em consideração o panorama económico do país, há já uma grande percentagem da população que pede medicamentos genéricos, uma vez que apresentam uma melhor relação custo/benefício e confiam igualmente nestes medicamentos.

Ao longo deste período teve a oportunidade de esclarecer dúvidas e incertezas do público relativa a esta temática, tentando sempre exercer funções de responsabilidade enquanto profissional de saúde, com o objetivo de aumentar a adesão à terapêutica por parte dos doentes.

4.1.2 Dispensa de medicamentos estupefacientes e psicotrópicos

Os psicotrópicos e estupefacientes atuam ao nível do sistema nervoso central e apresentam inúmeras aplicações terapêuticas, desde doenças psiquiátricas a oncológicas. No entanto, apesar das suas propriedades benéficas apresentam alguns riscos, podendo induzir habituação, e dependência. Por esta razão são sujeitos a uma legislação específica de modo a que sejam utilizados no âmbito clínico e de forma lícita.

No momento da dispensa destes medicamentos é necessário o preenchimento de dados que não são exigidos na restante medicação. É necessário indicar o nome do médico, o nome do doente e respetiva morada; o nome, morada, idade, número do bilhete de identidade/cartão de cidadão e respetiva data de expiração do utente a quem é dispensada a medicação^[5].

Após término da venda é necessário tirar fotocópia da receita médica que necessita de ficar arquivada na farmácia durante três anos. É ainda necessário, enviar mensalmente ao INFARMED o registo de entradas e saídas destes medicamentos e anualmente o mapa de balanço.

Durante o estágio na FF surgiu oportunidade em diversas ocasiões de efetuar a receção e a dispensa deste género de medicamentos sujeitos a controlo muito rigoroso. A aquisição dos psicotrópicos e estupefacientes é realizada juntamente com os restantes produtos, sendo enviada uma guia de requisição própria, que deve ser assinada e carimbada pelo Diretor-Técnico. Uma cópia dos registos de entradas e saídas, assim como o balanço de entradas/saídas deve ser enviado mensalmente ao INFARMED.

4.1.3 Comparticipação de medicamentos

A comparticipação dos medicamentos aos utentes do Sistema Nacional de Saúde (SNS) realiza-se mediante um sistema de escalões predeterminados (A, B, C e D), em que o Estado paga parte do preço do medicamento, consoante a sua classificação farmacoterapêutica^[6]. Para além do SNS, que abrange a maior parte dos utentes, teve oportunidade de conhecer durante o estágio outras entidades, como o Serviço de Assistência Médico-Social (SAMS), Portugal Telecom (PT) ou Sâvida (Medicina Apoiada, EDP) entre outros.

A existência de situações especiais, relacionadas com determinadas doenças ou medicamentos levou à criação de um Regime Especial de Comparticipação, para aqueles utentes que obtenham condições de doentes profissionais, doentes crónicos e pensionistas. Para que haja uma comparticipação acrescida, é

necessário que o médico prescritor indique na receita o respetivo despacho, decreto-lei ou portaria.

4.1.4 Dispensa e aconselhamento farmacêutico

Ocupando o farmacêutico uma posição privilegiada é seu dever “(...)fornecer toda a informação necessária para um uso correto, seguro e eficaz dos medicamentos (...)”.[1] Como tal, aquando da dispensa de medicação o farmacêutico deve assegurar que o utente sai da farmácia sem qualquer tipo de dúvida relativamente à medicação. Para tal são fornecidas informações verbalmente e por escrito se necessário, sendo fundamental que a mensagem seja simples e completa. É ainda fundamental adequar o discurso às características individuais e socioeconómicas do utente.

Deve-se ainda interpretar de forma cuidada a prescrição médica de modo a detetar possíveis interações e contraindicações.

Por vezes, pode ser necessário complementar a informação prestada oralmente com a escrita. A mensagem oral e escrita deve ser clara, simples e o mais completa possível. Quando foi considerado importante, fez-se acompanhar o aconselhamento oral com algum suporte escrito.

4.1.5 Conferência de receituário e faturação

A conferência de receituário é uma atividade realizada para detetar quaisquer erros que possam ter ocorrido no momento da dispensa dos medicamentos e que invalidem o pagamento da comparticipação do Estado à farmácia.

Para tal, organizam-se as receitas por entidade participante em lotes de trinta receitas, as quais estão seriadas, e verifica-se uma a uma se o número da receita confere com o impresso no verso, se a medicação dispensada é a forma farmacêutica correta, dosagem, tamanha de embalagem, validade, organismo que foi facturado, assinatura do médico, presença do carimbo da farmácia e assinatura de quem corrigiu a receita. No final de cada mês procede-se ao fecho dos lotes e imprime-se o Verbete de Identificação de Lote, a Relação de Resumos de Lote e a fatura final para cada entidade participante. Posteriormente e cumprindo com a data limite apresentada pela ANF, esta documentação e as respetivas receitas são enviadas às entidades competentes que procedem ao pagamento do valor das comparticipações, na ausência de irregularidades.

As receitas devolvidas, ou seja, sem pagamento da participação do Estado, são recebidas pela farmácia, onde se procede, caso seja possível, à sua correção para novo envio.

4.2 Dispensa de MNSRM

Os MNSRM são utilizados para tratar patologias de menor gravidade ou problemas de saúde autolimitados, não sendo obrigatório a apresentação de uma prescrição médica para os adquirir^[3]. Segundo o Estatuto do Medicamento estes destinam-se ao tratamento ou prevenção de certas doenças que não requerem cuidados médicos, podendo ser adquiridos sem receita, estando excluídos os medicamentos por via injetável. Deste modo, na sua aquisição está envolvida a automedicação ou a indicação farmacêutica. Em qualquer dos casos o farmacêutico tem um papel ativo intervindo na transmissão de informação sobre a saúde, aconselhamento e dispensa de medicamentos.

Na automedicação o próprio doente seleciona o medicamento que necessita para tratar o seu problema de saúde. No entanto, de um modo geral, o utente não tem experiência nem conhecimentos suficientes que permitam distinguir distúrbios, avaliar gravidade e escolher o mais adequado entre os recursos terapêuticos disponíveis, o que leva a que a prática da automedicação nem sempre se revele favorável aos utentes. Deste modo, o farmacêutico deve inquirir o utente acerca da finalidade do medicamento, dos sintomas que apresenta e respetiva duração, para poder decidir qual a melhor alternativa de tratamento ou se há necessidade de recorrer ao médico.

Durante o atendimento ao balcão concluímos que a maioria dos MNSRM solicitados, correspondia a medicamentos utilizados no tratamento de transtornos ligeiros como tosse, dor de garganta, gripes e outras viroses não complicadas.

5. Dispensa de outros produtos farmacêuticos

5.1 Medicamentos e produtos de uso veterinário

É importante ter presente que a saúde das pessoas passa também pela saúde dos animais com que convivem. Deste modo, é importante que o farmacêutico se encontre informado dos produtos e medicamentos veterinários existentes, de forma a poder intervir e aconselhar corretamente no ato da dispensa, esclarecendo todas as dúvidas expostas.

É de salientar que, frequentemente, por ausência de alternativas terapêuticas, o médico veterinário recorre à prescrição de medicamentos de uso humano, com ajuste de dose de acordo com as características de cada animal, pois este mercado ainda carece de investimento no desenvolvimento de novas formulações.

Visto a FF se encontrar, tal como referido anteriormente numa zona residencial, a procura destes medicamentos é maioritariamente para animais domésticos como cães e gatos. Estes medicamentos encontram-se acondicionados numa gaveta própria^[7].

5.2 Produtos de cosmética e higiene corporal

Um PCHC, segundo o INFARMED é “qualquer substância ou preparação destinada a ser posta em contato com as diversas partes superficiais do corpo humano designadamente epiderme, sistemas piloso e capilar, unhas, lábios e órgãos genitais externos, ou com os dentes e as mucosas bucais, com a finalidade de, exclusiva ou principalmente, os limpar, perfumar, modificar o seu aspeto, proteger, manter em bom estado ou de corrigir os odores corporais” ^[8].

Os produtos cosméticos e de higiene corporal são, na sua maioria, expostos de forma visível, sendo as marcas mais trabalhadas a Avène[®], a Vichy[®], a Uriage[®], e Bioderma[®].

Ao longo do estágio foram várias as situações de aconselhamento de PCHC. Nestes casos foi fundamental estabelecer um diálogo com o utente de modo a identificar os produtos mais adequados às suas características individuais, histológicas e fisiológicas e tentar perceber produtos já utilizados anteriormente de modo a identificar possíveis alergias.

5.3 Alimentação especial - suplementos alimentares e vitamínicos

Os géneros alimentícios destinados a uma alimentação especial distinguem-se dos alimentos de consumo corrente dada a sua composição especial devido aos processos especiais de fabrico, revelando-se adequados às necessidades nutricionais especiais de determinados grupos etários como lactentes. Apesar de serem universalmente reconhecidos todos os benefícios inerentes ao leite materno, na sua ausência, existe uma variedade de leites adaptados às diferentes etapas do desenvolvimento e às necessidades particulares das crianças. O leite especial é o principal produto vendido na FF sendo procurado pelas suas propriedades anti- regurgitantes, hipoalergénicas e anti obstipantes^[9].

Os suplementos alimentares são alvos de grande procura, nomeadamente os multivitamínicos para o fortalecimento da memória em idosos e jovens em idade escolar para melhor aproveitamento escolar.

5.4 Produtos de puericultura e obstetrícia

A FF dispõe de vários produtos de puericultura, como chupetas, tetinas, biberons, fraldas, escovas de cabelo e brinquedos. Os cremes hidratantes e produtos para banho são também muito procurados pelos pais.

Um bom aconselhamento com base em informação científica e actualizada é fundamental em virtude de uma maior fragilidade e sensibilidade da pele de bebés/crianças.

5.5 Produtos homeopáticos e fitoterapêuticos

Um medicamento homeopático é “obtido a partir de substâncias ou matérias-primas homeopáticas” ^[27], cuja preparação envolve a utilização de quantidades mínimas de substâncias ativas, obtidas através de diluições e dinamizações sucessivas. Na FF os medicamentos homeopáticos não têm grande procura pelo que o *stock* destes é muito reduzido, sendo apenas vendidos quando surge algum pedido por parte de utentes.

Os produtos fitoterapêuticos são preparados a partir de plantas medicinais e são utilizados para o tratamento de patologias ou como complemento de outras terapêuticas. A FF dispõe de vários produtos fitoterapêuticos, sob a forma de

chás ou infusões e de suplementos alimentares, maioritariamente destinados à regulação do trânsito intestinal ou ao emagrecimento.

5.6 Dispositivos médicos

Os dispositivos médicos são importantes instrumentos de saúde que englobam um vasto conjunto de produtos.

Ao farmacêutico compete ter a formação adequada nesta área de forma a efetuar um melhor aconselhamento ao utente, sabendo que os dispositivos médicos disponíveis se adequam a necessidades distintas e que muitos deles têm que ser adaptados ao doente em concreto, sendo necessário averiguar qual o mais adequado.

Na FF existe uma grande diversidade destes produtos, como por exemplo, seringas, material de ostomia, material de penso, termómetros, entre outros.

5.7 Manipulados

Um medicamento manipulado define-se como “qualquer fórmula magistral ou preparado oficial preparado e dispensado sob a responsabilidade de um farmacêutico”.^[11]

A FF dispõe de um laboratório devidamente equipado para a preparação de medicamentos manipulados. O preço de venda ao público é calculado na farmácia, com base no valor dos honorários, das matérias-primas e dos materiais de embalagem. Após ser preparado, o medicamento é devidamente acondicionado e rotulado^[10].

Os medicamentos manipulados são comparticipados em 30% pelo SNS caso constem da lista em vigor, aprovada pelo INFARMED^[11].

Todas as atividades realizadas na preparação de medicamentos manipulados devem estar devidamente documentadas, visando a garantia de qualidade e segurança.

6. Cuidados de saúde prestados na farmácia

As farmácias comunitárias, não constituem apenas um local de dispensa de medicamentos, mas também um importante espaço de saúde com capacidade de

prestação de serviços essenciais e diferenciados que visam a saúde e bem-estar da população. Os cuidados farmacêuticos são muito variados, desde ajudar os utentes a compreender a importância da toma adequada dos medicamentos, o momento mais indicado da toma e interações possíveis com alimentos, até à monitorização do tratamento para verificar a sua efetividade e a ocorrência de reações adversas. Os utentes procuram frequentemente este tipo de serviços farmacêuticos, pelo que é muito importante que os farmacêuticos estejam aptos a responder a esta procura. Na FF são determinados os valores de pressão arterial, glicemia, colesterol total, triglicéridos, peso e altura. Os resultados são registados num cartão individualizado disponibilizado pela farmácia permitindo assim efetuar um acompanhamento e monitorização do utente.

6.1 Pressão arterial

A hipertensão arterial (HTA) é um reconhecido fator de risco para as doenças cardiovasculares e afeta grande parte da população portuguesa. A medição da pressão arterial (PA) é uma ferramenta útil na sua monitorização e no diagnóstico. Diariamente, a FF recebe um elevado número de pessoas que procuram verificar os seus valores de pressão arterial. Esta procura envolve doentes hipertensos medicados que pretendem verificar a eficácia da terapêutica, utentes saudáveis que pretendem efetuar um controlo dos seus valores ou utentes que apresentam mal estar de origem desconhecida.

Na FF a medição é efetuada por um tensiómetro automático, o qual determina a pressão sistólica, diastólica e frequência cardíaca. A pressão arterial ideal deve ser inferior a 120/80 mmHg. Acima destes valores, acresce o risco de doença coronária e Acidente Vascular Cerebral (AVC).

6.2 Glicemia

A determinação dos valores de glicemia é importante para o rastreio, deteção e controlo da hiperglicemia quer nos diabéticos quer na população não diabética. A DM pode ter graves consequências, podendo provocar problemas cardiovasculares, complicações renais e retinopatia que pode evoluir para a cegueira, caso os níveis de glicémia do doente diabético não estejam controlados.

Na FF a determinação deste parâmetro é efetuada com um aparelho de punção capilar e tiras reagentes específicas, sendo uma medição simples e rápida de efetuar. São possíveis três tipos de determinações: glicemia em jejum, cujos valores de referência situam-se entre os 70-110 mg/dL, glicemia pós-prandial, com valor máximo tabelado de 200 mg/dL e glicemia ocasional cujo valor máximo é 140 mg/dL.

6.3 Colesterol total e triglicerídeos

Valores elevados de colesterol total e triglicerídeos estão também associados a complicações cardiovasculares. Deste modo, o seu controlo é também importante de forma a prevenir futuras lesões.

Na FF esta medição é feita por um aparelho de punção capilar e tiras específicas para a medição de colesterol e triglicerídeos. Os valores recomendados para estes parâmetros são colesterol total inferior a 190 mg/dL e os triglicerídeos inferiores a 150 mg/dL.

6.4 Peso e altura

A FF dispõe também de uma balança automática que possibilita a determinação do peso corporal, a altura e o índice de massa corporal dos utentes. Tendo em conta o número elevado de pessoas com excesso de peso/obesidade no nosso país, é importante alertar as pessoas para as consequências deste problema.

A FF disponibiliza também aos seus utentes uma consulta nutricional, com a colaboração de um nutricionista, de forma a avaliar o estilo de vida do indivíduo, possibilitar a alteração do mesmo e estabelecer um plano dietético com o objetivo de promover a diminuição do peso e incentivar estilos de vida saudáveis.

6.5 VALORMED e recolha de radiografias

A criação da VALORMED em 1999, resultante da colaboração entre a Indústria Farmacêutica, distribuidores e farmácias, veio responder ao desafio de implementar um sistema autónomo para a recolha e tratamento dos resíduos dos medicamentos, evitando que estes estejam "acessíveis" como qualquer outro resíduo urbano.

A VALORMED recolhe resíduos de embalagens e medicamentos, nomeadamente resíduos de medicamentos fora de prazo ou não utilizados e materiais utilizados no acondicionamento e embalagem (cartonagens vazias, folhetos informativos, ampolas, entre outros) através de contentores instalados nas farmácias. Uma vez cheios, os contentores são selados por um funcionário da farmácia e entregues aos armazenistas, sendo mais tarde transportados para um Centro de Triagem. Por cada contentor recolhido é entregue à farmácia uma ficha verde, que deve ficar arquivada durante um período de dois anos.

A FF dispõe também de sacos de recolha de radiografias no âmbito da campanha anual da AMI (Assistência Médica Internacional). A prata extraída das radiografias, é vendida para obter fundos que auxiliam a AMI a continuar o seu trabalho humanitário em Portugal e no estrangeiro.

Parte 2

Temas desenvolvidos

Terapia de Cessação Tabágica

Introdução

O tabagismo é um problema de saúde pública grave com expressão pandémica constituindo um dos mais importantes problemas de saúde evitáveis.^[28] O consumo de tabaco provoca dependência física e psicológica, constituindo a primeira causa evitável de morbilidade e de mortalidade. Existe hoje suficiente evidência, comprovada por vários estudos científicos, de que o consumo de tabaco causa cancro em diferentes localizações^[12].

O consumo de tabaco afeta globalmente todo o mundo e todos os estratos sociais, com tendência para aumentar. O tabaco é constituído por nicotina e outras substâncias que provocam dependência e, produtos cancerígenos que advêm da queima das folhas do tabaco^[13]. Em 1999 a Organização Mundial de Saúde lançou a preparação técnica da Convenção Quadro para o Controlo do Tabaco que posteriormente foi aprovada por unanimidade em 21 de maio de 2003 na 56ª Assembleia Mundial da Saúde. Este documento contém as bases para a prevenção e controlo do tabagismo. A preocupação para o combate deste problema de saúde pública é partilhada também pela União Europeia com a criação em 26 novembro de legislação para a criação de espaços sem fumo. Em Portugal, a Lei nº 37/2007, de 14 de agosto, veio estabelecer normas para a proteção dos cidadãos da exposição involuntária ao fumo do tabaco e medidas de redução da procura relacionadas com a dependência e a cessação tabágica. O tabaco representa hoje nos países desenvolvidos a principal causa evitável de morte prematura. Em Portugal de acordo com Borges e colaboradores em 2005 morreram cerca de 12600 pessoas por doenças decorrentes de consumo de tabaco.

Tabela 1. Prevalência do consumo de tabaco na população portuguesa com ≥15 anos

	Fumadores	Não fumadores	Ex-fumadores
Masculino	30.9%	43.1%	26.0%
Feminino	11.8%	81.3%	6.9%
Total	20.9%	63.0%	16.1%

Fonte: Adaptado de Machado, A; R.; Dias, C. M. Consumo de tabaco na população portuguesa: análise dos dados do Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006, Lisboa: Departamento de Epidemiologia, Instituto Nacional Saúde Doutor Ricardo Jorge 2009

Como mostra a tabela 1, em Portugal há uma prevalência de fumadores na ordem dos 20.9% sendo que desses 30.9% são do sexo masculino e 11.8% do sexo feminino.

Tabela 2. Fumadores diários com idade ≥ 15 anos por sexo na população portuguesa

	INS 1987	INS 1995/1996	INS 1998/1999	INS 2005/2006
Masculina	33.3%	29.2%	29.3%	26.1%
Feminino	5.0%	6.5%	7.9%	9.0%
Total	18.4%	17.3%	18.0%	17.2%

Fonte: Direção Geral de Saúde; Instituto Nacional Doutor Ricardo Jorge; Infotabac Relatório 2011

Como se pode observar na tabela 2, a percentagem de fumadores tem vindo a descer no sexo masculino e a aumentar progressivamente no sexo feminino ao longo dos anos. No total, a percentagem de fumadores, na população portuguesa, está estabilizada desde 1987 até 2005/2006^[14].

Tratamento

O tratamento para a cessação tabágica tem como objetivo ajudar o fumador a deixar de fumar, diminuindo os efeitos físicos e psíquicos da abstinência de nicotina. Assim, existem 2 tipos de fármacos que ajudam na cessação tabágica: a terapêutica de substituição de nicotina e a terapêutica não nicotínica.

Deve ser ponderado o uso de terapêutica nos utentes com enfarte de miocárdio recente (menos de 2 semanas), nas arritmias, na angina instável, e nas doenças cerebrovasculares. Na gravidez não deve ser utilizado qualquer fármaco.

Nenhum dos fármacos consegue os níveis de nicotina no sangue como no consumo de tabaco, razão pela qual a síndrome de abstinência está sempre presente.

Terapêutica de substituição nicotínica:

1. Gomas de nicotina (2 e 4 mg) atingem os níveis plasmáticos desejados em apenas quinze minutos. Para fumadores com consumo diário de menos de 25 cigarros está indicado as gomas de 2mg. Nas primeiras seis semanas deve ser utilizado uma goma por cada uma a duas horas (máximo 24 gomas /dia). O tratamento deve ter a duração aproximada de três meses. A goma deve ser utilizada durante trinta minutos e não devem ser ingeridas bebidas ácidas – só água durante e após quinze minutos.

2. Pastilhas de nicotina (2 e 4 mg) uma pastilha em cada uma a duas horas em monoterapia com 9 pastilhas /dia durante as primeiras seis semanas. Da 7^a-9^a semana

uma pastilha duas a quatro horas. Da 10^a- 12^a semana uma pastilha de quatro a oito horas. Não deve ser ultrapassado 20 pastilhas /dia.

3. Pensos transdérmicos Aplicar um penso/dia no corpo livre de pilosidade para melhor aderência e nunca repetir o mesmo local para evitar reações alérgicas.

4.Vareniclina 2 mg /dia dividido em 2 tomas. Para minimizar os efeitos secundários, os doentes devem iniciar a terapêutica da seguinte forma:

1^o-3^o dia um comprimido 0,5mg /dia

4^o-7^o dia um comprimido 0,5mg 12/12 horas

8^o dia e seguintes um comprimido 1mg 12 /12 horas

Tratamento durante 12 semanas

Este fármaco está contraindicado em utentes com doenças psiquiátricas (esquizofrenia, depressão grave, doença bipolar, ideias suicidas) ou patologia renal.

Pode provocar tonturas e sonolência, pelo que é muito importante informar os utentes que conduzem ou trabalham com máquinas destes efeitos secundários.

Não é recomendado fazer associação com outros fármacos pois poderão potenciar os efeitos secundários da vareniclina.

Novas terapêuticas no tratamento da doença pulmonar crónica obstrutiva

Introdução

A doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) é uma das principais causas de morbilidade e mortalidade a nível mundial. Estima-se que em todo mundo, existam cerca de 210 milhões de pessoas com esta doença^[15]. Em Portugal, no último estudo de DPOC, estimou-se uma prevalência de 14.2% em pessoas com 40 ou mais anos de idade^[16].

É uma doença prevenível e tratável, provocada pelo fumo de tabaco, gases tóxicos e partículas^[17]. Esta exposição provoca uma reação inflamatória das vias aéreas e uma destruição progressiva e irreversível dos alvéolos pulmonares com obstrução do fluxo aéreo, e hipersecreção de muco, estreitamento das vias aéreas e efeitos cardiovasculares sistémicos. Os sintomas mais comuns são tosse com expectoração principalmente durante a manhã, posteriormente dispneia para grandes esforços e numa fase avançada da doença dispneia em repouso.

Os doentes com DPOC apresentam riscos acrescidos para o aparecimento de outras doenças que podem estar direta ou indiretamente ligadas à DPOC. A respiração ineficiente ligada à menor oxigenação dos tecidos causa uma maior pressão nos sistemas respiratório e circulatório, levando ao possível aparecimento de doenças sistémicas. Também a inflamação sistémica que é característica da DPOC pode levar ao aparecimento de doenças como a osteoporose, diabetes, e distúrbios metabólicos ^[18].

Diagnóstico

O diagnóstico da DPOC deverá ser realizado a qualquer paciente que apresente dispneia, tosse crónica com produção de expectoração e que tenha tido exposição aos fatores de risco da doença nomeadamente fumo de cigarros, atividade profissional ligada à inalação de poeiras (mineiros) ou exposição a agentes químicos nocivos para o sistema respiratório. O diagnóstico da DPOC é confirmado por espirometria. A espirometria também permite avaliar a gravidade e orientação terapêutica da doença.

Tratamento

Sendo o tabagismo a principal causa da DPOC, a cessação tabágica é o primeiro passo para iniciar a abordagem do tratamento e controlo da doença.

O tratamento farmacológico da DPOC tem como objetivo o alívio dos sintomas, melhorar a tolerância à atividade física do dia a dia, prevenir a progressão e o agravamento da doença, prevenir exacerbações e reduzir a mortalidade associada à doença.

Os fármacos de eleição para o tratamento da DPOC são os broncodilatadores de longa duração de ação. Existem três tipos de broncodilatadores: os antagonistas muscarínicos, os agonistas β_2 e as metilxantinas. As metilxantinas são administradas por via oral ou intravenosa enquanto os agonistas β_2 e antagonistas muscarínicos são administrados por via inalatória^[19].

Agonistas β_2 O músculo liso, com a exceção do músculo liso do trato gastrointestinal, sofre contração em resposta à estimulação dos recetores α_1 -adrenérgicos, enquanto que o seu relaxamento é provocado pela estimulação dos recetores β_2 -adrenérgicos. De particular interesse terapêutico, a musculatura lisa brônquica é fortemente dilatada pela ativação destes recetores. Os agonistas β_2 seletivos são muito importantes no tratamento da DPOC assim como nas outras

Atualmente, é recomendado como primeira escolha terapêutica, o uso de um agonista β_2 de longa duração com associação de antagonistas muscarínicos de longa duração quando, com um único broncodilatador não se consegue controlar a doença.

Os agonistas β_2 e antagonistas muscarínicos vão proporcionar uma broncodilatação com locais de ação complementares, visto que os recetores β_2 -adrenérgicos tem uma localização nas pequenas vias aéreas enquanto que os recetores M_3 encontram-se predominantemente nos brônquios e traqueia. Assim, o emprego de uma terapia combinada para o tratamento desta doença, resulta de uma maior cobertura das vias aéreas e assim se consegue atingir uma maior broncodilatação e uma melhoria dos sintomas.

Em 19 setembro de 2013, o medicamento composto por uma associação de dois broncodilatadores – indacaterol (Figura 3), um agonista β_2 e brometo de glicopirrónio (Figura 4), antagonista muscarínico (Ultribo[®] Breezhaler[®]) – foi aprovado para a introdução no mercado pela European Medicines Agency. Esta aprovação é válida para toda a União Europeia. O pedido de avaliação de participação para este medicamento foi publicado a 14 de agosto de 2014.

O indacaterol é agonista β_2 de longa duração de ação, cerca de 24 horas. Este fármaco possui a mais longa duração de ação comparativamente aos restantes (duração de ação do salmeterol é de 12 horas), esta deve-se à lipofilia do indacaterol, possuindo também uma maior afinidade, cerca de 2 vezes superior, em relação ao salmeterol e também um início de ação rápido^[20].

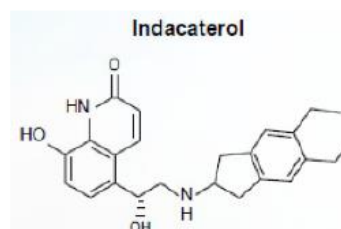


Fig 3 - Indacaterol

O outro constituinte desta associação de fármacos é o brometo de glicopirrónio, um composto de amónio quartenário, antagonista muscarínico de longa duração (cerca de 24 horas), pois é absorvido lentamente a nível dos alvéolos. Esta molécula demonstrou também um início de ação rápido tal como o indacaterol^[21].

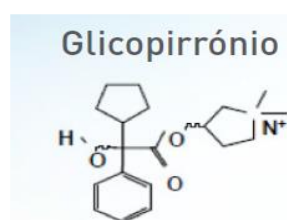


Fig 4 – Brometo de Glicopirrónio

Nos ensaios clínicos realizados, esta associação medicamentosa revelou melhorias estatisticamente significativas versus placebo, dose unitária de indacaterol, brometo de glicopirrónio e tiotrópio em estudos com ocultação e estudos abertos. Esta associação revelou um início de ação rápido com broncodilatação sustentada ao longo de 12 e 24 horas. Houve um aumento significativo da resistência ao exercício físico versus placebo e tiotrópio sozinho. O risco global de exacerbações em comparação com brometo de glicopirrónio e tiotrópio

foi menor. Este conjunto de fármacos apresenta também um bom perfil de segurança e tolerabilidade [22,23,24,25,26].

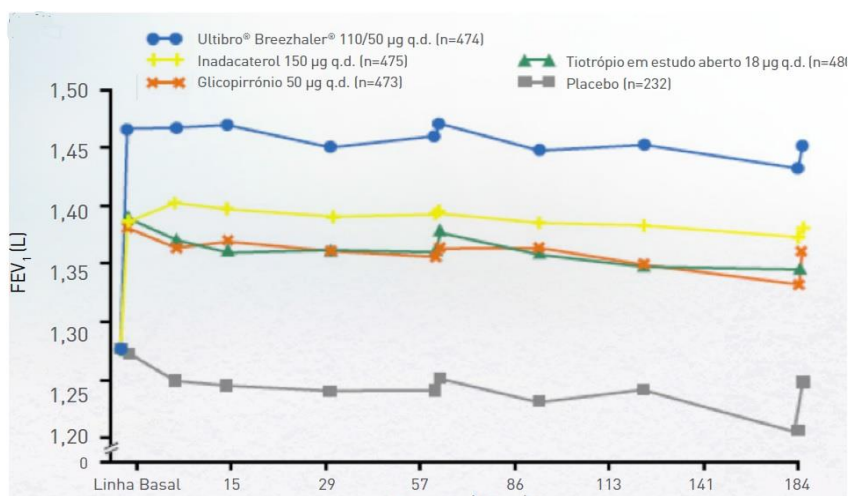


Figura 5 – Efeito da associação de indacaterol 110 µg mais brometo de glicopirrônio 50µg no volume expiratório forçado no 1º segundo versus dose única de indacaterol e brometo de glicopirrônio, placebo e tiotrópio.

A DPOC é uma doença progressiva, debilitante e irreversível e uma das principais causas de morbidade e mortalidade a nível mundial, daí a necessidade do mundo científico investir na descoberta de novas terapêuticas.

Conclusão

A doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) é uma das principais causas de morbidade e mortalidade a nível mundial.

É uma doença prevenível e tratável provocada pelo fumo de tabaco, gases tóxicos e partículas.

O tabagismo é a principal causa da DPOC e a cessação tabágica é o primeiro passo para iniciar a abordagem do tratamento e controlo da doença.

Os fármacos de eleição para o tratamento da DPOC são os broncodilatadores de longa duração de ação. Existem três tipos de broncodilatadores: os antagonistas muscarínicos, agonistas β_2 e as metilxantinas.

Em 19 setembro de 2013, foram aprovados dois novos medicamentos compostos por uma associação de dois broncodilatadores, indacaterol – agonista β_2 e brometo de glicopirrônio – antagonista muscarínico. Esta associação revelou um início de ação rápido com broncodilatação sustentada ao longo de vinte e quatro horas. Estes fármacos apresentam também um bom perfil de segurança e tolerabilidade.

Micoses

Resumo

As micoses cutâneas são muito frequentes em crianças e adultos. Na farmácia onde decorreu o estágio, deparou-se com vários casos de micoses cutâneas, nomeadamente dermatofitoses. Os fungos dermatófitos infetam as estruturas queratinizadas da epiderme como as unhas e cabelo. O farmacêutico tem um papel preponderante no aconselhamento deste tipo de patologias visto que, muito frequentemente, os doentes recorrerem à farmácia como primeira opção.

Foi elaborado um panfleto informativo com informação sobre as micoses mais frequentes e cuidados de prevenção que foi publicitado aos frequentadores da farmácia.

Introdução

Os fungos são os principais microrganismos responsáveis pela decomposição da matéria orgânica. Estes têm uma grande importância económica e são usados em numerosos processos industriais como no fabrico de pão, cervejas, vinhos e alguns queijos. Foram também muito importantes para a medicina, principalmente na descoberta de antibióticos como a penicilina e outras substâncias com interesse terapêutico. Atualmente encontram-se descritas cerca de 150 espécies com possível poder patogénico para o Homem.

O termo micose significa que é uma infeção provocada por fungos microscópicos, sendo que a contagiosidade dum infeção por fungos é baixa, sendo raro haver surtos epidémicos.

Métodos

Foi realizada uma pesquisa bibliográfica, para elaboração de um artigo com a informação mais relevante das micoses cutâneas e dermatofitoses mais frequentes na comunidade.

Resultados

As micoses classificam-se em cutâneas, mucocutâneas, subcutâneas e sistêmicas atendendo ao local onde se dá a infecção.

As **micoses sistêmicas** são micoses que tem origem no pulmão e seguidamente se vão difundir para outros órgãos e tecidos, provocando uma infecção generalizada. As espécies causadoras destas infecções são, por exemplo, o *Cryptococcus neoformans*, *Histoplasma capsulatum*. Estas micoses são mais frequentes nos imunocomprometidos.

Micoses subcutâneas provocam infecção dos tecidos subcutâneos e da derme. As espécies que mais frequentemente causam estas infecções são *Sporothrix schenckii*.

Micoses cutâneas e mucocutâneas são infecções de tecidos mais superficiais. São exemplo de micoses mucocutâneas, as candidoses da mucosa bucal ou vaginal. As micoses cutâneas ou superficiais são as micoses exploradas com maior detalhe, visto ser as infecções fúngicas mais comuns e onde com maior frequência é solicitado o aconselhamento do farmacêutico.

Nas micoses cutâneas podemos incluir as infecções da pele, cabelo, pelo, e unhas. Estas micoses ou dermatofitoses são provocadas por um grupo bem definido de fungos filamentosos e septados pertencentes ao grupo *Epidermophyton*, *Microsporum* e *Trichophyton*. Estes fungos são capazes de parasitarem estruturas queratinizadas da epiderme, do cabelo e unhas. As lesões decorrem da ação do próprio fungo ou de reações de sensibilidade ao agente ou aos seus produtos.

No grupo das dermatofitoses podemos enumerar: Tinha dos pés (*tinea pedis*); tinha inguinal (*tinea cruris*); tinha da barba (*tinea barbae*); tinha do corpo (*tinea corporis*); tinha do couro cabeludo (*tinea capitis*); tinha das unhas (*tinea unguium*) e tinha da face (*tinea faciei*).

Tinha dos pés

Podemos distinguir entre 2 formas de tinha dos pés, a forma aguda que se caracteriza por existência de uma forma vesicular, avermelhada e pruriginosa e, a forma crónica com a presença de fissuras e descamação. Há várias formas clínicas. A **interdigital** (Figura 1) que é caracterizada com fissuração e descamação entre os dedos dos pés. A **vesiculosa** onde há produção de vesículas



Fig 6– Tinha dos pés (*tinea pedis*)

quando há condições de humidade e calor que favorecem o crescimento fúngico. A tinha em **mocassin** apresenta uma descamação na planta do pé. Normalmente o seu agente etiológico é o *Trichophyton rubrum* e costuma ser assintomática e crónica.

O tratamento para estas micoses passa normalmente por uso de um antimicótico tópico. Na lesão em mocassin é aconselhado o uso de um antimicótico por via oral (terbinafina 250 mg/24 horas durante 2 meses). Além do tratamento tópico é aconselhado preventivamente, a fim de evitar futuras micoses, o uso de calçado fresco no verão, higiene cuidada dos pés, secar bem os pés principalmente entre os dedos, e usar sempre chinelos em balneários públicos e uso de meias de fibras naturais.

Tinha da barba

É uma micose muito frequente nos homens, em que os pelos da barba são afetados por lesões edematosas e eritematosas.

O ataque ao pelo ou cabelo não é conseguido por todos os dermatófitos, os que não conseguem infetar os pelos designam-se por epidermófitos. Os dermatófitos que parasitam o cabelo são do género *Microsporum* spp e *Trichophyton* spp.

O tratamento engloba antifúngico oral durante 6-8 semanas, e lavagem da parte afetada com uma solução antisséptica.

Tinha da cabeça

A tinha da cabeça ou *tinea capitis* (Figura 2) caracterizam-se por placas circulares de calvície no couro cabeludo. Consoante as diferentes características etiológicas e biológicas temos diferentes tinhas do couro cabeludo, entre elas as tinhas tonsurantes, tinhas favosas e tinhas inflamatórias. Este tipo de tinhas são as mais contagiosas podendo dar origem a surtos epidémicos principalmente entre crianças, numa escola ou infantário.

As tinhas tonsurantes apesar de deixarem que o cabelo continue o seu crescimento, este quebra apenas alguns milímetros acima do orifício folicular dando origem à alopecia característica desta tinha. Etiologicamente as tinhas tonsurantes são as microspóricas e tricofíticas. As tinhas microspóricas são wood positivo, isto é, adquirem uma fluorescência verde quando postas sob luz ultra violeta, e as placas de alopecia são normalmente extensas e descamativas. Os agentes etiológicos mais comuns são o *M. canis*, *M. audouinii* e *M. ferrugineum*. Por sua vez as tinhas tricofíticas são caracterizadas por um grande número de placas de alopecia de



Figura 7 – Tinha da cabeça (*tinea capitis*)

pequenas dimensões e os agentes etiológicos mais comuns é o *T. tonsurans* e *T. violaceum*.

A tinha favosa cujo principal agente etiológico é *T. schoenleinii*, caracteriza-se pela existência de raros cabelos enfraquecidos e lesões circulares de aspeto crostoso no seu centro, a que denominamos escútuas fávicas.

Se o paciente apresentar uma reação inflamatória nestas tinhas temos então o aparecimento de uma tinha do tipo inflamatória.

O tratamento consiste na administração de antifúngicos por via oral durante um período de 6 - 8 semanas, mantendo o tratamento uma semana depois da cura clínica. O antifúngico administrado mais comum é terbinafina 10 mg/kg numa criança e 250 mg/24 horas no adulto. É recomendável também a lavagem diária do couro cabeludo com um shampoo antifúngico para prevenir o contágio. No caso do paciente ser uma criança, esta não deve ir à escola por um período de quinze dias a fim de prevenir o contágio. Deverá ser sempre investigada a causa da doença, sendo frequentemente a origem um animal doméstico infetado, como cão ou gato.

Tinha do corpo

Esta tinha (Figura 3) aparece frequentemente durante o verão em crianças nos meios rurais, apesar de poder acontecer noutros locais e idades. Conforme o seu local tem diferentes designações. Se a lesão se situar na mão então denominamos *tinea manuum*. A lesão é caracterizada por uma placa de edema arredondada, com crescimento progressivo, bordos ativos e centro mais claro.



Figura 8 – Tinha do corpo

O tratamento consiste na aplicação de um antifúngico tópico, aplicado duas vezes ao dia durante um mês ou até uma semana após cura, em casos mais raros e agressivos poderá ser necessário o tratamento com antifúngico sistémico. Nos primeiros quinze dias a lesão é contagiosa e poderá haver auto contágio para outras partes do corpo ou contágio para outras pessoas.

Tinha inguinal ou *tinea cruris*

Esta tinha é caracterizada por um processo descamativo e eritematoso e causa muito prurido. Os homens são mais afetados por esta tinha, sendo agravada pelo calor e humidade, é mais frequente ocorrer no verão. Muitas vezes esta tinha poderá

ocorrer por uma autoinfecção por uma *tinea pedis* que poderá ser transportada desde a zona dos pés ao vestir.

O tratamento faz-se com aplicação de um antifúngico tópico, por exemplo clotrimazol, 2 vezes ao dia durante 4 semanas, mais 1 semana após a cura clínica. Caso a lesão seja muito extensa poder-se-á associar um antifúngico oral.

Para prevenir esta tinha principalmente nos meses quentes de verão deve-se manter esta região inguinal o mais seca possível, deixando caso necessário um pano de algodão.

Onicomicose ou *tinea unguium*

Esta infeção das unhas (Figura 4) é muito frequente e é causada principalmente por fungos dermatófitos, raramente por leveduras ou fungos não dermatófitos. Os principais dermatófitos causadores desta infeção são o *Trichophyton rubrum*, *Trichophyton megninii* e *Trichophyton*



Fig 9 – Onicomicose (*tinea unguium*)

mentagrophytes interdigitalis. A *Candida albicans* é a levedura que mais frequentemente causa infeção das unhas por leveduras, com menor frequência podemos ter *Aspergillus terreus* e *Fusarium oxysporum*. Esta infeção é lenta e normalmente as unhas dos pés são mais afetadas. Com o decurso da infeção, as unhas passam de branco mate a amarelas ou acastanhadas, havendo acumulação de queratina subungueal o que leva ao engrossamento da lâmina ungueal, ficando hiperqueratósica. Como para a maioria das micoses, o calor e humidade favorecem a micose. Os microtraumatismos das unhas têm também um papel importante, por isso esta micose é mais frequente em profissões como donas de casa, pessoal sanitário ou cozinheiros onde as unhas estão mais tempo expostas à humidade.

Existem vários tipos de apresentação clínica das onicomicoses, entre as quais podemos distinguir:

Onicomicose subungueal distal lateral – A infeção tem início na parte distal e lateral da lâmina expandindo-se em sentido proximal e caso não seja tratada poderá afetar toda a lâmina. Esta é a apresentação clínica mais frequente e o seu agente etiológico mais comum é *T. rubrum*.

Onicomicose branca superficial – É caracterizada pela presença de ilhotas brancas, pequenos e opacos na parte superficial da lâmina. O *T. trichophyton* e *T. mentagrophytes* var. *interdigitalis* são os agentes mais comuns deste tipo clínico de onicomicose.

Onicomicose subungueal proximal – Este tipo clínico de onicomicose acontece quando a infecção se localiza entre a lâmina e leito ungueal começando pela zona proximal. Esta variante clínica é pouco frequente em pessoas saudáveis e mais comum em indivíduos imunocomprometidos. O seu agente etiológico é *T. rubrum*.

Onicomicose candidásica – Há presença de edema e eritema na zona proximal e lateral das unhas. É mais frequente em pessoas que mexem em água frequentemente e diabéticos.

Onicodistrofia total – É o estágio mais avançado duma onicomicose por dermatófitos, leveduras e fungos não dermatófitos. Caracteriza-se por uma afetação da matriz ungueal, destruindo a totalidade da unha. Qualquer onicomicose poderá evoluir para uma onicodistrofia principalmente se não for tratada.

O tratamento faz-se com aplicação de antifúngico tópico ou em casos mais avançados, antifúngicos sistémicos. Caso não se consiga controlar a onicomicose poderá ser necessário a avulsão da unha.

Conclusão

As micoses podem ser cutâneas; subcutâneas e sistémicas.

As micoses cutâneas são as mais prevalentes na população. Numa fase inicial de tratamento é utilizada terapêutica tópica e medidas preventivas de higiene como enxugar bem as partes do corpo ao sair do banho, principalmente a zona interdigital, usar chinelos em balneários públicos ou outros locais húmidos e quentes que devido às suas características de temperatura e calor favorecem o crescimento fúngico.

Atendendo que a farmácia é muitas vezes o primeiro local que a população procura, o papel do farmacêutico é muito importante, tanto no aconselhamento das medidas preventivas desta patologia assim como no encorajamento do doente em cumprir o tratamento ou aconselhando a ser observado pelo seu médico. Normalmente são tratamentos prolongados, e com alguma frequência os doentes não cumprem o tratamento até ao fim.

Bibliografia

1. Ordem dos Farmacêuticos: Código Deontológico da Ordem dos Farmacêuticos. Acessível em http://www.ceic.pt/portal/page/portal/CEIC/UTILIDADES_INFORMACAO/NORMATIVO/NACIONAL/Codigo_Deontologico_OF.pdf [acedido em 9 de novembro de 2014];
2. Diário da República Eletrónico: Ministério da Saúde. Decreto-Lei n.º 307/2007 – Regime jurídico das farmácias de oficina. Diário da República, 1.ª série, n.º 168, de 21 de agosto.
3. INFARMED: Decreto-Lei n.º 134/2005, de 16 de agosto [acedido em 19 de novembro de 2014];
4. Associação Portuguesa de Genéricos: Decreto-Lei n.º 118/92 de 25 de junho: Regime de participação do Estado no preço dos medicamentos. Acessível em <http://www.apogen.pt/conteudos/uploads/Ficheiros/Comparticipa%C3%A7%C3%A3o/DLn.11892de25deJunho.pdf> [acedido em 11 de dezembro de 2014];
5. INFARMED: Decreto-lei n.º 15/93 de 22 de janeiro: Regime jurídico do tráfico e consumo de estupefacientes e psicotrópicos. Acessível em http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/LEGISLACAO/LEGISLACAO_FARMACEUTICA_COMPILADA/TITULO_III/TITULO_III_CAPITULO_III/068-DL_15_93_VF.pdf [acedido em 12 de dezembro de 2014];
6. Diário da República Eletrónico: Portaria n.º 193/2011 de 13 de maio: Regula o procedimento de pagamento da participação do Estado no preço de venda ao público dos medicamentos dispensados a beneficiários do Serviço Nacional de Saúde que não estejam abrangidos por nenhum subsistema ou que beneficiem de 39 participação em regime de complementaridade. Acessível em <http://dre.pt/pdf1s/2011/05/09300/0271702722.pdf> [acedido em 19 de dezembro de 2014];
7. INFARMED: Decreto-Lei n.º 184/97 de 26 de julho – Regime Jurídico dos medicamentos de uso veterinário farmacológicos. Acessível em: http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/LEGISLACAO/LEGISLACAO_FARMACEUTICA_COMPILADA/TITULO_III/TITULO_III_CAPITULO_IV/075_DL_184_97.pdf [acedido em 20 de dezembro de 2014];
8. Diário da República Eletrónico: Decreto-Lei n.º 189/2008 de 24 de setembro: Estabelece o regime jurídico dos produtos cosméticos e de higiene corporal. Acessível em <http://www.dre.pt/pdf1s/2008/09/18500/0682606905.pdf> [acedido em 20 de dezembro de 2014];
9. Diário da República Eletrónico: Decreto-Lei n.º 74/2010 de 21 de junho: Estabelece o regime geral dos géneros alimentícios destinados a alimentação especial. Acessível em <http://www.dre.pt/pdf1s/2010/06/11800/0219802201.pdf> [acedido em 21 dezembro de 2014];
10. Diário da República Eletrónico: Portaria n.º 594/2004 de 2 de junho: Aprova as boas práticas a observar na preparação de medicamentos manipulados em farmácia de oficina e hospitalar. Acessível em: <http://dre.pt/pdf1s/2004/06/129B00/34413445.pdf> [acedido a 22 dezembro de 2014];
11. INFARMED: Despacho N.º 18694/2010 de 18 de novembro: Estabelece as condições de participação de medicamentos manipulados e aprova a respetiva lista. Acessível em http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/LEGISLACAO/LEGISLACAO_FARMACEUTICA_COMPILADA/TITULO_III/TITULO_III_CAPITULO_II/067-A01_Desp_18694_2010doc.pdf [acedido a 22 dezembro de 2014];

12. Borges M et al; “*Carga doença atribuível ao tabagismo em Portugal.*”; Revista Portuguesa de Pneumologia, 15:6 (2009) 952/1004;
13. Carbonea JC, Kverndokkb S; Rogebergb OJ; “*Smoking, health, risk and perception, journal of Health Economics*” 24 (2005) 631- 653;
14. Instituto Nacional Doutor Ricardo Jorge, IP; Instituto Nacional de Estatística - Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006. Dados Gerais, Lisboa; IP/INE, 2008;
15. Global Alliance Against Chronic Respiratory Diseases http://www.who.int/gard/publications/GARD_Manual/en.html [acedido em 9 de janeiro de 2015];
16. Direção Geral de saúde DGS programa nacional da doença respiratória 2012-2016;
17. Global Initiative for Chronic Obstrutive Lung Disease (GOLD). Strategy for the Diagnosis, Management and prevention of COPD. www.goldcopd.org [acedido em 9 de janeiro de 2015];
18. Barnes PJ, Celli BR. “*Sistematic manifestations and comorbidities of COPD*”; Eur Respir J 2009; 33; 1165-84;
19. Cazzola M, Molimard M. “*The scientific rationale for combining long-acting beta2-agonists and muscarinic antagonists in COPD*”; Pulm Pharmacol Ther 2010; 23: 257-67;
20. AndersonGP, Formeterol, molecular basis of agonism, and mechanism of long duration of highly potent and selective beta 2-adrenoreceptor agonist bronchodilator. Life Sci 1993;52:2145- 60;
21. Ali-MelkkiläT, Kanto J, Lisato E. Pharmacokinetics and related pharmacodynamics of anticholinergic drugs. Acta Anaesthesiol Scand 1993;37: 633-42;
22. Bateman ED, Ferguson GT, Barnes N, et al. Dual bronchodilation with QVA149 versus single bronchodilator therapy: the SHINE study. Eur Resp J 2013;42:1484-94;
23. Beeh K, Korn S, Beier J, et al. Effect of QVA149 on lung volumes and exercise tolerance in patients with COPD: the BRIGHT study. Submitted to Resp Med 2013;
24. Vogelmeier CF, Bateman E D, Pallante J, et al. Efficacy and safety of once-daily QVA149 compared with twice-daily salmeterol—fluticasone in patients with chronic obstructive pulmonary disease (ILLUMINATE): a randomised, double-blind, parallel group study. Lancet Respir Med 2013;1:51-60;
25. Wedzicha JA, Decramer M, Ficker JH, et al. Dual bronchodilator treatment for the prevention of exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease: the SPARK study. Lancet Respir Med 2013;1:199-209;
26. Mahler DA, Decramer M, D’Urzo A, et al. Dual bronchodilation with QVA149 reduces patient-reported dyspnoea in COPD: BLAZE study. Eur Respir J 2013; October 31;
27. INFARMED: Decreto-Lei n.º 176/2006, de 30 de agosto: Estatuto do Medicamento. Acessível em http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/LEGISLACAO/LEGISLACAO_FARMACEUTICA_COMPILADA/TITULO_III/TITULO_III_CAPITULO_I/035-E_DL_176_2006_VF.pdf [acedido em 15 de dezembro de 2014]
28. Fourteenth plenary meeting, 15 May 1986 -Committee A, second report
29. Wanda F., Canas Ferreira, João Carlos Sousa, “*Microbiologia*” Volume 2; Lidel; Ed 1; 2000
30. Emilio Quintanilla Gutiérrez, Daniel Serrano Collantes; “*Dermatologia Básica em Medicina Familiar*”; Ed 1 de 2011; Lidel.

Anexos

Anexo 1. Panfleto Tabagismo



A escolha é sua!

- Enquanto pensa deve escrever os aspetos positivos e negativos de deixar de fumar.
- Quais são os ganhos e perdas se continuar a fumar

farmácia onseca

Deixe de fumar!

Terapia de cessação tabágica

O objectivo da terapia de cessação tabágica é o de ajudar o fumador a deixar gradualmente de fumar, sem os efeitos da abstinência do tabaco.

Terapêutica de substituição de nicotina
Terapêutica não nicotínica

	Aspetos positivos	Aspetos negativos
Fumar		
Não fumar		



Miguel Gouveia estagiário na Farmácia Fonseca

Este panfleto foi elaborado e publicitado na FF.

SABIA QUE ...

Anualmente morrem cerca de 3,5 milhões de pessoas devido ao consumo de tabaco (OMS)*



As doenças mais comuns devido ao consumo de tabaco são doenças pulmonares crónicas, doenças cardiovasculares e vários tipos de cancros.

SE DEIXAR DE FUMAR...

- A capacidade respiratória melhora e a respiração torna-se mais fácil,
- A tosse matinal diminui, melhora paladar, melhora o aspecto da pele, desaparece do hálito e da roupa o cheiro a tabaco
- Diminuição do risco de cancro e doenças cardiovasculares
- Sentir-se-á com mais energia e bem-estar
- Deixar de fumar traz benefícios para si e, para os outros.
- Traz benefícios económicos

Se é fumador, se já tentou deixar de fumar só por si, e não conseguiu, então é possível que necessite de apoio...

Para reflectir:

- Porque tem fumado até agora?
- Quanto gasta mensalmente em tabaco?
- Já pensou no que poderia fazer com esse dinheiro?
- Pense nos benefícios de deixar de fumar.
- Se pretende ficar grávida deixe de fumar

Peça ajuda ao seu farmacêutico!

*OMS- Organização mundial de saúde

Anexo 2. Panfleto micoses

Este panfleto foi elaborado e publicitado na FF.

Onicomioses

Tinha das unhas


- Caracteriza-se por uma infecção das unhas causada por fungos dermatófitos (*Trichophyton rubrum* e *Trichophyton mentagrophytes*) ou menos frequentemente por leveduras.
- A incidência desta infecção aumenta em profissionais com maior exposição das mãos à humidade: donas de casa, pessoal sanitário, cozinheiros entre outros.
- De entre as diferentes formas clínicas podemos ter:
 - **Onicomiose subungueal distal lateral** caracterizada por uma infecção fúngica que se inicia na parte distal e lateral da lâmina podendo depois afectar toda a unha
 - **Onicomiose subungueal proximal** quando a infecção ocorre entre a lâmina e o leito ungueal
 - **Onicomiose branca superficial** que se caracteriza por ilhotas brancas pequenas e opacas

Tratamento
Terapêutica com antifúngico tópico ou oral e em casos mais graves avulsão da unha.


Prevenção

- Enxugar todas as partes do corpo ao sair do banho
- Não partilhar toalhas nem calçado
- Usar roupas frescas, largas de algodão ou linho na altura de maior calor
- Usar chinelos em balneários públicos, saunas e outros locais húmidos e quentes que beneficiem o crescimento de fungos
- Não compartilhar instrumentos de manicure
- Usar preferivelmente meias de algodão principalmente no verão
- Lavar e desinfetar meias, toalhas e calçado.
- Usar pó de talco em caso de sudação excessiva e se possível calçado aberto

Miguel Gouveia estagiário na Farmácia Fonseca



Micoses Cutâneas



Os fungos são microorganismos uni ou pluricelulares heterotróficos importantes decompositores da matéria orgânica no meio ambiente. Algumas espécies de fungos podem ser patogénicas para o Homem.

MICOSES

São infecções provocadas por fungos microscópios podendo causar:

Micoses sistêmicas

Existem vários agentes patogênicos das quais realçamos *Cryptococcus neoformans* agente etiológico da criptococose que é causador de infecções graves nos imunocomprometidos.

Micoses superficiais

causadas por fungos dermatófitos capazes de parasitarem as estruturas ceratinizadas da epiderme, cabelo/pêlo e unhas - só excepcionalmente invadem os tecidos profundos.

As dermatofitoses são infecções provocadas por dermatófitos que são fungos capazes de parasitarem as estruturas ceratinizadas da epiderme nomeadamente cabelo e unhas

TINHA DO CABELO *TINEA CAPITIS*

- Dermatofitose do couro cabeludo
- Caracterizam-se por placas circulares de calvície
- Esta tinha é muito contagiosa e pode ocasionar pequenos surtos epidêmicos

Tratamento:

- Antifúngico oral durante 6 a 8 semanas (terbinafina 10mg/kg na criança; no adulto 250mg /dia)
- Lavagem diária do couro cabeludo com um champô de sulfuro de selênio ou outro champô antifúngico para reduzir o contágio.



TINHA DOS PÉS *TINEA PEDIS*

- Na forma aguda, é pruriginosa, vesicular e avermelhada e, na crônica, ocorrem fissuras e descamação
- Existem 3 formas clínicas:
 - Forma **interdigital** ou pé de atleta
 - Tinha **vesiculosa** ou vesículo-bolbosa
 - Tinha **seca-hiperqueratósica**
- **Interdigital** apresenta uma lesão em fissuração e descamação entre os dedos do pé
- **Vesiculosa** existe produção de vesículas no antepé que costumam derivar da forma interdigital quando as condições de humidade e calor são ideais para o crescimento fúngico.
- **Seca-hiperqueratósica** apresenta-se com descamação difusa da planta do pé. Costuma ser assintomática e evoluir para a cronicidade; o seu agente etiológico mais comum é *Trichophyton rubrum*.



