

Faculdade de Farmácia da Universidade do Porto

Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas

Relatório de Estágio Profissionalizante

Farmácia Moderna do Padrão da Légua

fevereiro de 2016 a agosto de 2016

Bárbara Daniela Ferreira Gonçalves

Orientador : Dra. Maria do Rosário Ferreira

Tutor FFUP: Prof. Doutora Susana Casal

setembro de 2016

Declaração de Integridade

Eu, Bárbara Daniela Ferreira Gonçalves, abaixo assinado, nº 090601353, 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 relatório marca o fim de um período de estágio e de aprendizagem, que não seria possível sem a ajuda de algumas pessoas.

Em primeiro lugar gostaria de agradecer à Dr^a Rosário Ferreira por toda a orientação ao longo destes meses, pelos conhecimentos e experiências que me transmitiu e por toda a disponibilidade na discussão dos casos de estudo.

À Dr^a Patrícia Castro pelo carinho e simpatia com que me recebeu e por me fazer sentir sempre como parte da equipa.

Ao Dr Pedro Ferreira por esclarecer todas as minhas dúvidas e me mostrar uma perspetiva diferente da farmácia comunitária.

À Dr^a Elisabete, Dr^a Ana, Dr^a Patrícia e Dona Margarida por toda a ajuda e paciência que me permitiram crescer como profissional.

À Rosa por toda a simpatia e apoio ao longo do estágio.

À Professora Doutora Susana Casal, a minha tutora, por toda a disponibilidade demonstrada ao longo do estágio e na revisão deste relatório.

A todos o meu muito obrigada.

Resumo

No âmbito do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas da Faculdade de Farmácia da Universidade do Porto, realizei o meu estágio curricular na Farmácia Moderna do Padrão da Légua. O presente relatório descreve os conceitos teóricos e a experiência adquirida ao longo dos seis meses de estágio.

Numa primeira parte são descritas as atividades realizadas durante este período, desde as questões de gestão e aspetos legais até ao atendimento do utente, dispensa e aconselhamento farmacêutico.

Na segunda parte são abordados os três casos de estudo que foram desenvolvidos com a colaboração dos utentes da farmácia. O primeiro caso avalia a técnica inalatória no contexto das doenças respiratórias, uma terapia muito comum e que parece ainda não estar isenta de erros.

Os restantes casos abordam matérias que, embora distintas, se complementam: os diferentes tipos de pele e os cuidados a ter em cada caso; e os fototipos mais comuns da pele, bem como a importância da proteção solar na saúde da pele e do indivíduo.

Índice

Declaração de Integridade	ii
Agradecimentos	iii
Resumo.....	iv
Abreviaturas	ix
Índice de Figuras.....	x
Índice de Tabelas	xi
Índice de Anexos	xii
Parte 1 - Descrição das atividades realizadas durante o estágio	1
1. Introdução.....	1
2. Organização do espaço físico e funcional da farmácia	2
2.1. A Farmácia Moderna do Padrão da Légua	2
2.2. Horário de funcionamento.....	2
2.3. Instalações da farmácia e organização do espaço	3
2.3.1. Espaço físico exterior	3
2.3.2. Espaço físico interior.....	3
2.3.2.1. Zona de atendimento ao público.....	4
2.3.2.2. Gabinetes de atendimento personalizado.....	4
2.3.2.3. Zona de receção de encomendas	4
2.3.2.4. Armazém.....	5
2.3.2.5. Laboratório.....	5
2.3.2.6. Escritório.....	5
2.4. Fontes de informação.....	5
3. Recursos Humanos	6
4. Gestão na Farmácia	6
4.1. Sistema Informático.....	6
4.2. Gestão de stocks.....	6
4.2.1. Fornecedores.....	7
4.2.2. Critérios de aquisição	7
4.3. Gestão de encomendas e aprovisionamento de produtos	7
4.3.1. Realização de encomendas	7
4.3.2. Receção e verificação de encomendas	8
4.3.3. Reclamações e devoluções de produtos	8
4.3.4. Armazenamento dos produtos	9
4.3.5. Controlo dos prazos de validade	9
5. Classificação dos produtos existentes na farmácia.....	10

5.1.	MSRM e MNSRM.....	10
5.2.	Produtos cosméticos, dermofarmacêuticos e de higiene	10
5.3.	Preparações officinais e magistrais (manipulados)	11
5.5.	Produtos dietéticos e de alimentação especial	11
5.6.	Produtos fitoterapêuticos.....	12
5.7.	Produtos e medicamentos de uso veterinário (MUV)	12
5.8.	Produtos de puericultura	12
5.9.	Dispositivos médicos	13
6.	Dispensa de medicamentos	13
6.1.	Considerações gerais.....	13
6.2.	Dispensa de MSRM.....	13
6.2.1.	Prescrição médica e a sua validação na farmácia.....	13
6.2.2.	Dispensa de psicotrópicos e estupefacientes	15
6.2.3.	Regimes de comparticipação	16
6.2.4.	Medicamentos genéricos e preços de referência.....	16
6.2.5.	Processamento de receituário e faturação.....	17
6.2.6.	Verificação de receituário.....	17
7.	Dispensa de MNSRM	17
8.	Aconselhamento Farmacêutico.....	18
9.	Automedicação	18
10.	Medicamentos manipulados	18
10.2.	Regras de manipulação	19
10.3.	Regime geral de preços dos medicamentos manipulados	19
11.	Outros cuidados de saúde.....	19
11.1.	Determinação de parâmetros fisiológicos e bioquímicos	19
11.1.1.	Medição da tensão arterial.....	19
11.1.2.	Determinação da Glicémia	20
11.1.3.	Determinação do Colesterol Total (CT) e Triglicerídeos (TG)	20
11.1.4.	Teste de Gravidez.....	20
12.	Farmacovigilância.....	21
13.	ValorMed®	21
	Parte 2 – Apresentação dos casos de estudo.....	22
	Caso de estudo 1 – Avaliação da técnica inalatória de doentes com asma ou Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC)	22
1.	Enquadramento do caso de estudo	22
2.	Objetivos.....	22

3.	Introdução	22
3.1.	A asma e a DPOC	22
3.2.	Tratamento.....	23
3.2.1.	<i>Terapia inalatória</i>	24
3.2.1.1.	Tipos de dispositivos inalatórios	24
3.2.1.2.	Regras de utilização dos dispositivos inalatórios	26
4.	Descrição do caso de estudo	29
5.	Discussão dos resultados	30
6.	O papel do farmacêutico	33
7.	Conclusão	33
	Caso de estudo 2 – Diagnóstico do tipo de pele e aconselhamento dermocosmético	34
1.	Enquadramento do caso de estudo	34
2.	Objetivos	34
3.	Introdução	34
3.1.	A pele	34
3.1.1.	<i>Epiderme</i>	34
3.1.2.	<i>Derme</i>	35
3.1.3.	<i>Hipoderme</i>	35
3.2.	Os diferentes tipos de pele.....	35
3.2.1.	<i>Pele normal</i>	35
3.2.2.	<i>Pele seca</i>	36
3.2.3.	<i>Pele oleosa</i>	36
3.2.4.	<i>Pele mista</i>	36
3.2.5.	<i>Pele sensível</i>	36
3.3.	Diagnóstico do tipo de pele	37
3.3.1.	<i>A classificação de Baumann</i>	37
3.4.	Aconselhamento dermocosmético	37
3.4.1.	<i>Cuidados comuns</i>	37
3.4.1.1.	Limpeza	38
3.4.1.2.	Hidratação.....	38
3.4.1.3.	Proteção solar	38
3.4.2.	<i>Cuidados específicos</i>	38
3.4.2.1.	Pele seca.....	38
3.4.2.2.	Pele oleosa	39
4.	Ação na Farmácia Moderna	39
5.	Conclusão	39

Caso de estudo 3 – Determinação do fototipo da pele e recomendações sobre proteção solar	40
1. Enquadramento do caso de estudo	40
2. Objetivos	40
3. Introdução	40
3.1. A radiação solar	40
3.2. Os efeitos do sol.....	41
3.3. Proteção solar	41
3.3.1. <i>Filtros UV</i>	41
3.3.2. <i>Fator de proteção solar (FPS)</i>	42
3.3.3. <i>Fototipo</i>	42
3.3.4. <i>Regras de proteção solar</i>	43
4. Ação na Farmácia Moderna	43
5. Conclusão	44
Conclusão geral	44
Referências Bibliográficas	45
Anexos	49

Abreviaturas

DCI – Denominação Comum Internacional

DPI – *Dry Powder Inhaler*

DPOC - Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

FM – Farmácia Moderna do Padrão da Léngua

IVA – Imposto de Valor Acrescentado

MNSRM – Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica

MSRM – Medicamentos Sujeitos a Receita Médica

pMDI – *Pressurized Metered Dose Inhaler*

PVP – Preço de Venda ao Público

SNS – Serviço Nacional de Saúde

UV – Ultravioleta

Índice de Figuras

Figura 1 – Degraus no tratamento da asma e DPOC.....	23
Figura 2 – Avaliação da presença de erros na técnica inalatória.	30
Figura 3 – Quantificação dos erros cometidos.....	31
Figura 4 – Caracterização do tipo de erros presente na técnica inalatória.....	31

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Resumo das atividades desenvolvidas ao longo do estágio.	2
Tabela 2 – Manobras para a utilização de pMDIs	27
Tabela 3 - Manobras para a utilização de DPIs	28
Tabela 4 - Manobras para a utilização do Spiriva Respimat	28
Tabela 5 - Tipos de pele: classificação do questionário Baumann	37
Tabela 6 - Classificação dos fototipos da pele segundo a escala de Fitzpatrick	42

Índice de Anexos

Anexo 1 – Diferentes zonas do espaço interior da Farmácia Moderna	49
Anexo 2 – Formações complementares	51
Anexo 3 - Valores de referência para a tensão arterial, glicémia, colesterol total e triglicerídeos ...	52
Anexo 4 – Fichas de avaliação dos doentes entrevistados	53
Anexo 5 – Cartões entregues aos doentes com a lista de passos da técnica inalatória a seguir para o seu dispositivo	60
Anexo 6 – Questionário realizado para o diagnóstico do tipo de pele	61
Anexo 7 – Plano de aconselhamento dermocosmético	65
Anexo 8 – Panfleto sobre proteção solar	66
Anexo 9 – Cartaz publicitário da ação de aconselhamento sobre proteção solar	67

Parte 1 - Descrição das atividades realizadas durante o estágio

1. Introdução

O farmacêutico é um agente de saúde, cumprindo-lhe executar todas as tarefas que ao medicamento concernem, e ações de educação dirigidas à comunidade no âmbito da promoção da saúde. O exercício da atividade farmacêutica tem como objetivo essencial o doente, a sua saúde e bem-estar, promovendo o direito ao acesso a tratamentos com qualidade, eficácia e segurança¹.

As funções assumidas pelo farmacêutico na sociedade têm vindo a aumentar, ultrapassando em muito o papel de técnico do medicamento. O aconselhamento sobre o uso racional dos fármacos, a monitorização dos utentes, a informação sobre interações medicamentosas, contraindicações e reações adversas no processo de seleção do fármaco mais adequado, são algumas das suas competências com impacto social nas políticas de saúde.

A farmácia comunitária, através do desempenho profissional do farmacêutico, e dada a sua acessibilidade à população, afirma-se cada vez mais como uma unidade imprescindível para o funcionamento do sistema de saúde. O farmacêutico é o último profissional de saúde a estar em contacto com o doente durante todo o ciclo do medicamento e por isso a sua intervenção é essencial. A sua ação deve ir de encontro às necessidades e expectativas de um público cada vez mais informado e exigente com as questões relacionadas com a saúde.

A integração e articulação de todos os serviços, funções e responsabilidades do farmacêutico, centrados no doente, refletem o espírito de Cuidados Farmacêuticos que são aplicados diariamente na farmácia comunitária².

No âmbito do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas tive a oportunidade de realizar o meu estágio curricular na Farmácia Moderna do Padrão da Légua (FM), no período de 15 de fevereiro a 12 de agosto de 2016.

Ao longo do estágio consegui realizar todas as tarefas que fazem parte das funções do farmacêutico comunitário, desde a receção de encomendas, armazenamento, controlo de *stocks* e validades, revisão de receituário, preparação de manipulados e atendimento e aconselhamento farmacêutico.

Na tabela 1 encontra-se um esquema das atividades que desenvolvi durante os 6 meses do estágio.

Tabela 1 - Resumo das atividades desenvolvidas ao longo do estágio.

	Fevereiro	Março	Abril	Maior	Junho	Julho	Agosto
Receção e armazenamento de encomendas	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Gestão de <i>stocks</i> , verificação de prazos de validade, realização de devoluções		✓	✓	✓	✓	✓	✓
Preparação de medicamentos manipulados		✓	✓	✓	✓	✓	✓
Determinação de parâmetros fisiológicos e bioquímicos	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Revisão de receituário			✓	✓	✓	✓	✓
Acompanhamento no atendimento ao balcão			✓	✓	✓	✓	✓
Atendimento ao balcão com autonomia					✓	✓	✓

2. Organização do espaço físico e funcional da farmácia

2.1. A Farmácia Moderna do Padrão da Légua

A FM localiza-se na Rua Nova do Seixo nº 1497, em Custóias, numa zona bastante movimentada e central, perto de paragens de autocarros e lojas de comércio local. A FM existe desde 1935 pelo que se trata de uma farmácia de referência na zona, com bastante tradição e clientes muito antigos, em que várias gerações frequentam a farmácia. A maioria dos utentes são idosos que vivem nessa zona e famílias, mas o facto de estar tão bem localizada permite também o contacto mais pontual com uma grande diversidade de doentes.

2.2. Horário de funcionamento

A FM está aberta de segunda a sexta das 8:30h às 19:30h e aos sábados das 9h às 13 h. Uma vez por mês está de serviço durante 24h, de acordo com o esquema de rotatividade das farmácias do concelho de Matosinhos.

Durante o dia, a farmácia funciona com o espaço de atendimento aberto ao público, mas nos dias de serviço a partir das 22:30h o atendimento é feito através de um postigo, para garantir a segurança do farmacêutico.

Acompanhei, apenas por algumas horas, um dos serviços realizados durante o período do meu estágio. Pude assim perceber as diferenças de utentes e questões de saúde nestes dias, relativamente a um dia normal.

2.3. Instalações da farmácia e organização do espaço

2.3.1. Espaço físico exterior

Tal como descrito nas Boas Práticas Farmacêuticas para a Farmácia Comunitária (BPFFC)², deverá ser garantida a acessibilidade à farmácia de todos os potenciais utentes. A FM encontra-se perfeitamente instalada ao nível da rua onde se faz o acesso dos doentes. A porta da farmácia é automática para também facilitar o seu acesso.

A FM tem uma arquitetura exterior que respeita a sua história, preservando a sua fachada antiga, mas com remodelações que permitem manter a segurança e aspeto modernizado.

Na fachada da farmácia estão visíveis informações importantes como o nome da farmácia, da sua Diretora Técnica (DT), o horário e os dias de serviço, e também as escalas de turnos das farmácias do município. Está também presente o símbolo “cruz verde” que indica o nome e o horário da farmácia e que se encontra iluminado sempre que a farmácia se encontra em funcionamento. Todas estas informações são essenciais para o cumprimento do artigo 28º do Decreto-Lei n.º 307/2007, de 31 de agosto³.

A FM tem duas montras, onde são publicitados alguns produtos, as quais vão sendo remodeladas periodicamente, em função da sazonalidade e da existência de campanhas promocionais.

2.3.2. Espaço físico interior

O artigo 29º do Decreto-Lei n.º 307/2007, de 31 de agosto³ impõe que as farmácias disponham de instalações adequadas de forma a garantir a segurança, conservação e preparação dos medicamentos bem como a acessibilidade, comodidade e privacidade dos utentes e do respetivo pessoal. Para esse efeito a farmácia deve dispor de, pelo menos, quatro tipos de divisões: sala de atendimento ao público, armazém, laboratório e instalações sanitárias.

O espaço interior da FM é constituído por três pisos, sendo que no terceiro piso apenas se encontra o escritório. No piso de entrada encontra-se a zona de atendimento e no segundo piso os dois gabinetes de atendimento personalizado, o armazém, a zona de receção de encomendas, o laboratório, a área de lazer e as instalações sanitárias.

Em todas as áreas mencionadas existe um controlo das condições de iluminação, temperatura, humidade e ventilação, de forma a respeitar as exigências específicas dos medicamentos e de outros produtos existentes na farmácia, tais como matérias-primas e cosméticos.

É efetuado um registo diário da temperatura local por termohigrómetros no armazém, laboratório, zona de atendimento e frigorífico. As temperaturas são verificadas diariamente para que possam ser corrigidas caso ocorra alguma inconformidade.

No anexo 1 encontram-se imagens das zonas da FM mencionadas anteriormente e descritas em pormenor de seguida.

2.3.2.1. Zona de atendimento ao público

Esta área ocupa todo o piso de entrada da farmácia e é composta por 5 postos de atendimento equipados com computador, leitor ótico, impressora e gavetas para o armazenamento temporário de receitas.

Nesta zona existe também um sistema de gavetas onde estão armazenados todos os medicamentos existentes na FM, ordenados por forma farmacêutica e ordem alfabética.

Atrás dos balcões existem gavetas com os medicamentos cuja frequente rotatividade, não justifica o seu armazenamento nas outras gavetas, ficando assim mais perto da zona de atendimento. Tanto atrás dos balcões como nas restantes paredes existem vários expositores onde se encontram Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica (MNSRM) e produtos de puericultura, dermofarmácia, cosméticos, produtos de higiene oral e suplementos alimentares, entre outros. O conteúdo destes expositores vai variando em função da sazonalidade e das campanhas promocionais em vigor no momento.

Toda a zona de atendimento está equipada com um sistema de gravação de imagem, por questões de segurança e controlo de *stocks*, tal como descrito nas BPFFC².

2.3.2.2. Gabinetes de atendimento personalizado

Estes gabinetes pretendem proporcionar ao utente um atendimento com maior privacidade e comodidade.

Existem dois gabinetes na FM. No primeiro são realizadas determinações de parâmetros bioquímicos e a medição da pressão arterial, e por isso nesse gabinete está disponível todo o material para essas determinações. O outro gabinete é essencialmente utilizado nas consultas de nutrição que a farmácia disponibiliza todas as quintas-feiras de manhã. Estas consultas são realizadas por uma nutricionista e supervisionadas pela Diretora Técnica da FM, que se assegura que não existem interações entre os medicamentos que o doente possa estar a tomar ou a sua condição de saúde e a possível dieta ou suplementos/produtos alimentares recomendados na consulta.

2.3.2.3. Zona de receção de encomendas

A FM recebe cerca de 6 encomendas diariamente, em horários específicos, provenientes dos distribuidores habituais. Recebe ainda outras encomendas pontuais, vindas diretamente dos laboratórios.

A zona de receção de encomendas situa-se nas traseiras da farmácia, junto a uma porta de acesso direto ao exterior, para que a entrada dos produtos esteja facilitada. Nesta zona está disponível todo o equipamento necessário para se proceder à receção: computador, leitor ótico, impressora de etiquetas, telefone, etc.

É aqui que também se procede a outras atividades de controlo de *stocks* como reclamações e devoluções de produtos.

2.3.2.4. *Armazém*

Este espaço situa-se no 1º piso da farmácia e possui diversas prateleiras onde são armazenados excedentes de produtos que se encontram na zona de atendimento ao público, e também produtos que não são possíveis de expor nessa zona por questões de tamanho ou de baixa rotatividade.

Os produtos aqui armazenados encontram-se divididos em diferentes zonas dependendo da sua forma farmacêutica e estão organizados por ordem alfabética. Existe ainda um frigorífico que garante o acondicionamento dos produtos que exigem temperaturas de conservação entre os 2 e os 8 °C.

Todos os produtos aqui armazenados estão organizados por prazo de validade de modo a minimizar as perdas para a farmácia.

2.3.2.5. *Laboratório*

A FM tem uma longa tradição de produção de medicamentos manipulados, e hoje em dia ainda continua a fazê-lo com bastante regularidade. Para isso possui um laboratório equipado com matérias-primas e todo o material necessário para esse efeito.

As matérias-primas estão rotuladas e armazenadas em locais próprios, devidamente isoladas do restante material presente no laboratório.

2.3.2.6. *Escritório*

Este espaço é utilizado para funções de gestão e administração, como verificação da faturação, elaboração de encomendas e reuniões.

Também é aqui que se procede à conferência do receituário e à sua posterior organização, ao preenchimento das fichas de requisição de psicotrópicos e estupefacientes e outras funções de Direção Técnica.

2.4. *Fontes de informação*

Para as diversas valências que a farmácia comunitária possui, sabe-se que são imprescindíveis fontes técnico-científicas atualizadas e rigorosas em que se possa basear.

O artigo 37º do Decreto-Lei nº 307/2007, de 31 de agosto³, define que as farmácias têm de dispor nas suas instalações de vários documentos e bibliografia de apoio à prática farmacêutica, como a Farmacopeia Portuguesa, o Prontuário Terapêutico, Formulário Galénico Português, manual de Boas Práticas de Farmácia (BPF), entre outros.

Neste sentido, a FM possui nas suas instalações os documentos acima referidos e outros exemplares de que são exemplo: o Código de Ética e Estatutos da Ordem dos Farmacêuticos, o Direito Farmacêutico, o Regimento Geral de Preços e Manipulações, o *Simposium* Terapêutico, e livros de apoio à manipulação de medicamentos como o *Index Merck*.

3. Recursos Humanos

Segundo o artigo 23º do Decreto-Lei nº 307/2007, de 31 de agosto, o quadro técnico de uma farmácia é composto obrigatoriamente por, pelo menos, um Diretor Técnico e outro farmacêutico³.

A equipa da FM é constituída por 5 farmacêuticos, sendo que um deles é a Diretora Técnica, 1 técnica superior de farmácia e 1 auxiliar de técnica de farmácia.

Fazem ainda parte da equipa a gerente da FM, uma colaboradora responsável pela receção de encomendas e auxílio na parte de gestão administrativa e uma funcionária de limpeza.

Durante o meu estágio duas das colaboradoras estiveram de licença de maternidade pelo que só contactei com a restante equipa, mas consegui perceber o profissionalismo e o espírito de união que é vivido na FM, com o bem-estar do utente sempre em primeiro plano.

4. Gestão na Farmácia

Uma boa administração e gestão da farmácia são, sem dúvida, essenciais para a sua sustentabilidade mas também para um melhor serviço prestado aos utentes.

Para isso o farmacêutico deve, cada vez mais, encarar a farmácia como empresa que é, e adquirir competências que lhe permitam participar ativamente nesse processo de gestão.

4.1. Sistema Informático

O sistema informático tem um papel fundamental na organização da farmácia, estando presente em todos os processos, desde a encomenda dos produtos até ao atendimento, momento em que o produto é dispensado.

A FM utiliza o sistema *Spharm* da *SoftReis* como suporte informático em toda a farmácia, nos seus 8 computadores ligados internamente em rede. Todos os produtos que existem na farmácia estão identificados no sistema informático a partir de um código numérico, o que permite controlar o produto desde a encomenda até à sua venda, e ao respetivo pedido de nova encomenda, controlando assim o *stock*.

Este instrumento dá também apoio ao nível das vendas, permitindo o acesso às receitas eletrónicas e a consulta de diversas informações científicas sobre os medicamentos.

Com a ajuda deste *software* tanto o atendimento como a gestão da farmácia são mais eficazes, diminuindo o número de erros e simplificando e automatizando muitas das tarefas.

4.2. Gestão de stocks

Este é um aspeto essencial para a sustentabilidade da farmácia, uma vez que poderá ter um grande impacto na obtenção de lucro e ao mesmo tempo influencia a qualidade dos serviços prestados. É um balanço difícil que tem de ser feito, entre conseguir satisfazer todas as necessidades dos utentes e não prejudicar financeiramente a farmácia com excedente de produtos.

Esta gestão baseia-se numa avaliação prévia do histórico de vendas e rotatividade dos diferentes artigos, dos seus prazos de validade, dos hábitos de prescrição, tempo de entrega dos diferentes fornecedores, entre outros.

A FM usa o seu sistema informático para essa gestão, definindo um *stock* mínimo e máximo para cada produto. Sempre que o produto é vendido o sistema atualiza o seu *stock*. Quando o *stock* mínimo é atingido, o sistema cria automaticamente uma sugestão de encomenda de forma a repor o produto. O farmacêutico responsável pelas compras analisa essa proposta, aceitando-a ou não, podendo também, a qualquer momento, modificar o *stock* mínimo e máximo, caso se justifique.

4.2.1. Fornecedores

A escolha dos fornecedores de uma farmácia deve ter em conta critérios como a variedade de produtos disponíveis, a eficiência, frequência e rapidez das entregas, preços de venda e condições de pagamento oferecidas, descontos comerciais, entre outros.

A aquisição dos artigos pode ser realizada diretamente aos laboratórios dos medicamentos e produtos de saúde ou aos distribuidores grossistas. A aquisição aos primeiros tem a vantagem de permitir maiores quantidades do mesmo produto e ser economicamente mais atrativa devido a descontos ou bonificações, enquanto os distribuidores grossistas têm uma maior variedade de produtos e um tempo de entrega mais curto.

Por estas razões as farmácias geralmente optam por efetuar as encomendas no seu dia-a-dia aos distribuidores e realizarem pontualmente grandes encomendas aos laboratórios.

A FM trabalha diariamente com dois distribuidores grossistas: a Coopprofar e a OCP Portugal, e regularmente também com a Empifarma. Produtos de dermocosmética, puericultura, e alguns medicamentos genéricos em grandes quantidades são adquiridos diretamente aos respetivos laboratórios.

4.2.2. Critérios de aquisição

Definir critérios para a aquisição dos artigos é fundamental para que haja um controlo da variedade e tamanho dos *stocks* existentes na farmácia, aumentando assim a sua rentabilidade.

Alguns dos critérios usados na FM são a capacidade de armazenamento e a área de exposição da farmácia, as condições de compra dos fornecedores, o historial de vendas e rotatividade dos produtos, a época do ano e características dos produtos.

4.3. Gestão de encomendas e aprovisionamento de produtos

4.3.1. Realização de encomendas

Na FM são realizadas encomendas aos seus distribuidores grossistas três vezes por dia por sugestão do sistema informático que sinaliza os produtos cujo *stock* se encontra abaixo do *stock* mínimo. Nos últimos dias do mês é efetuada uma encomenda de grande quantidade dos produtos com maior rotatividade.

Para além dessas, são ainda efetuadas encomendas diretas a alguns dos laboratórios, a partir do telefone, *e-mail*, ou dos delegados que se deslocam à farmácia regularmente.

No balcão, durante o atendimento, também são realizadas encomendas, quer pelo telefone quer por via informática, de produtos que não existem na farmácia no momento e são pedidos pelos utentes ou constam nas suas receitas.

4.3.2. Receção e verificação de encomendas

Diariamente, no decorrer do estágio, participei nesta tarefa, que permitiu familiarizar-me com o sistema informático e com os medicamentos, a sua faturação e locais de armazenamento.

Após a chegada de uma encomenda à farmácia deve ser verificado se a encomenda recebida corresponde ao pedido efetuado. Para isso deve ser conferido o destinatário da encomenda na fatura e importada a encomenda no sistema informático para que sejam confrontadas as unidades de produto recebidas com as encomendadas.

O envio de produtos que exigem conservação a baixa temperatura é efetuado em caixas térmicas apropriadas que garantem a manutenção da temperatura até à chegada à farmácia, onde são os primeiros produtos a serem armazenados, fazendo-se a sua receção de imediato ou ficando no frigorífico a aguardar a receção.

De seguida procede-se à receção dos restantes produtos, onde devem ser tidos em conta determinados parâmetros como o número de unidades, as características dos produtos, o prazo de validade, o estado de integridade das embalagens, o preço sem IVA e o valor de IVA correspondente e descontos ou bonificações.

No final da entrada de todos os produtos é necessário confirmar se o total de unidades e o valor total registado corresponde ao total de unidades e ao valor faturado, e introduzir o número da fatura no sistema. Após estar terminado todo o processo de verificação, e se todos os parâmetros estiverem corretos, a receção é finalizada.

As faturas são conferidas pela gerência e mais tarde comparadas com o resumo mensal referente a cada fornecedor e arquivadas de acordo com a empresa e a data de receção.

Se a encomenda contiver medicamentos psicotrópicos e/ou estupefacientes será acompanhada por uma guia de requisição em duplicado, que deverá ser assinada e carimbada pelo Diretor Técnico ou substituto legal. O duplicado deverá ser enviado de volta para o fornecedor de modo a comprovar a sua receção e o original arquivado e mantido na farmácia por um período mínimo de três anos⁴.

4.3.3. Reclamações e devoluções de produtos

Na receção de uma encomenda podem ser identificadas diversas não conformidades que podem originar reclamações ou devoluções de produtos. São exemplo disso situações que envolvem: produtos faturados e não enviados, produtos enviados e não faturados, produtos enviados e não

pedidos, prazo de validade curto ou a expirar, anomalias na embalagem, e pedidos de recolha emitidos pelo INFARMED ou mesmo pelo fabricante ou distribuidor do produto.

A nota de devolução é criada no sistema informático e possui informações identificativas do produto, o número de fatura em que este entrou no *stock*, o fornecedor, o motivo da devolução, a data da devolução e a data de previsão em que se encontrará nas instalações do fornecedor. A emissão da nota de devolução é feita em triplicado, em que duas das versões são enviadas ao fornecedor juntamente com os produtos e a outra fica arquivada na farmácia. Todas as notas são assinadas e carimbadas pelo responsável da devolução.

Durante o estágio detetei algumas vezes não conformidades na receção de encomendas, e tive oportunidade de realizar o contacto com o distribuidor no sentido de resolver a situação e efetuar a devolução.

4.3.4. Armazenamento dos produtos

No armazenamento de medicamentos ou outros produtos de saúde é importante garantir as suas condições de conservação, nomeadamente temperatura, humidade e luminosidade.

Na FM a maioria dos produtos estão conservados à temperatura ambiente (15-25°C) e com um teor de humidade de aproximadamente 60%. Os produtos termolábeis que exigem condições de frio são armazenados no frigorífico com temperaturas entre 2-8 °C.

Os medicamentos veterinários, tal como recomendam as BPF², estão separados dos medicamentos de uso humano e não estão diretamente acessíveis aos utentes.

Os medicamentos psicotrópicos e estupefacientes também estão separados dos restantes medicamentos, reunidos num local seguro e de acesso limitado.

As matérias-primas e reagentes utilizados na preparação de medicamentos manipulados são armazenados no laboratório.

Todos os produtos existentes na FM, em qualquer área, estão dispostos por ordem crescente do prazo de validade. A farmácia segue assim o princípio *FEFO* (*First Expired, First Out*), em que o primeiro produto a ser dispensado é aquele que apresenta o prazo de validade mais curto, para garantir uma melhor gestão do *stock*.

4.3.5. Controlo dos prazos de validade

Esta é uma tarefa de enorme relevância na farmácia por implicar um risco de perda de qualidade, segurança e eficácia do medicamento e pelo possível prejuízo para a farmácia, caso os produtos expirem a validade.

A FM realiza esse controlo todos os meses, a partir de uma lista dos produtos com um prazo de validade a expirar nos dois meses seguintes. Se existir algum produto nessas condições é feita a sua devolução ao fornecedor, sendo retirado imediatamente do *stock*.

5. Classificação dos produtos existentes na farmácia

Os produtos que são geralmente encontrados à venda nas farmácias dividem-se em nove categorias que são descritas de seguida.

5.1. MSRM e MNSRM

Segundo o artigo 114 do Decreto-Lei nº 176/2006 de 30 de agosto, são considerados MSRM “os medicamentos que preencham uma das seguintes condições:

- possam 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;
- possam constituir um risco, direto ou indireto, para a saúde, quando sejam utilizados com frequência em quantidades consideráveis para fins diferentes daquele a que se destinam;
- contenham substâncias, ou preparações à base dessas substâncias, cuja atividade ou reações adversas seja indispensável aprofundar;
- destinem-se a ser administrados por via parentérica”⁵.

Por estas razões este tipo de medicamentos só pode ser dispensado nas farmácias, mediante a apresentação de uma receita médica.

Qualquer medicamento em que não se verifique nenhuma das condições acima citadas é classificado como MNSRM, usado no alívio de sintomas menores, sendo a sua venda livre. Contudo, têm de conter indicações terapêuticas que se incluam na lista de situações passíveis de automedicação⁵. O facto de não ser necessária a apresentação de receita médica para a sua aquisição implica que a intervenção farmacêutica seja ainda mais importante no momento da sua dispensa, com um aconselhamento bastante claro, de modo a evitar erros.

Os MNSRM não são comparticipados pelas entidades de saúde, salvo raras exceções previstas na legislação, sendo por isso o seu PVP definido pelas farmácias.

5.2. Produtos cosméticos, dermofarmacêuticos e de higiene

O Decreto-Lei nº 189/2008 de 24 de setembro define produto cosmético e de higiene corporal como “qualquer substância ou mistura, destinada a ser posta em contacto com as diversas partes superficiais do corpo humano (...) 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”⁶.

Esta é uma área muito relevante na farmácia comunitária uma vez que existe cada vez mais procura por parte dos utentes e é necessário que o farmacêutico esteja sempre atualizado para conseguir prestar um melhor aconselhamento. É também importante que o profissional consiga distinguir uma questão estética de uma questão mais complicada que poderá implicar referenciação médica.

Na FM as principais marcas comercializadas são a Lierac®, Uriage®, Barral®, Eucerin®, Roc®, Phyto® e Neutrogena®. Existem ainda outras marcas para produtos mais específicos

como é o caso da Lactacyd® e Lutsine® nos produtos de higiene íntima e a Dr. Scholl® na área da podologia.

Durante o meu estágio tive oportunidade de contactar com estas marcas e frequentar formações e sessões de aconselhamento que permitiram que aumentasse os meus conhecimentos e interesse por esta área (anexo 2).

5.3. Preparações oficiais e magistrais (manipulados)

Entende-se por medicamento manipulado qualquer fórmula magistral ou preparado oficial que seja preparado e dispensado na farmácia ou em serviços farmacêuticos hospitalares, sob a responsabilidade de um farmacêutico, segundo o Decreto-Lei nº95/2004, de 22 de abril⁷.

O Decreto-Lei n.º 176/2006, de 30 de agosto, distingue fórmulas magistrais (preparados mediante uma receita médica e destinadas a um determinado doente) de preparados oficiais (preparados mediante indicações de farmacopeias ou formulários oficiais, destinados a serem dispensados aos doentes)⁵.

5.4. Medicamentos homeopáticos

Medicamentos ou produtos homeopáticos são aqueles que se obtêm partir de substâncias denominadas *stocks* ou matérias-primas homeopáticas, por processo de fabrico descrito na farmacopeia europeia ou, na sua falta, na farmacopeia utilizada de modo oficial num Estado Membro, e que pode ter vários princípios, tal como define o Decreto-Lei nº 176/2006 de 30 de agosto⁵.

A preparação destes medicamentos envolve a utilização de quantidades mínimas ou residuais de substâncias ativas, as quais são obtidas a partir de diluições e dinamizações sucessivas, que garante a inocuidade do produto⁵.

A FM não produz no seu laboratório medicamentos homeopáticos. São comercializados apenas dois ou três artigos que existem habitualmente no seu *stock*, mas ainda não existe uma grande procura por este tipo de medicamentos na FM.

5.5. Produtos dietéticos e de alimentação especial

O Decreto-Lei nº216/2008, de 11 de novembro, legisla os produtos dietéticos e de alimentação especial definindo-os como todos os produtos alimentares que, devido à sua composição ou a processos especiais de fabrico, se distinguem claramente dos géneros alimentícios de consumo corrente, mostrando-se adequados às necessidades nutricionais especiais de determinadas pessoas⁸. Destinam-se à alimentação exclusiva ou parcial de doentes com capacidade limitada, diminuída ou alterada para ingerir, digerir e absorver, entre outros. Por exemplo, em situações de doença oncológica, gastrointestinal ou malnutrição.

Por sua vez, os suplementos alimentares têm a função de complementar o regime alimentar normal, constituindo fontes concentradas de determinados nutrientes ou substâncias⁹. São usados muitas vezes em estados fisiológicos especiais como é o caso das grávidas e idosos.

A FM possui uma grande variedade de produtos dietéticos, desde aqueles que se destinam à redução e controlo do peso, aos produtos de alimentação infantis (Nutriben®, Aptamil®), produtos para regimes alimentares hipo e hipercalóricos (Formitel®, Meritene®) e suplementos alimentares (Centrum®, Vitterra®).

Durante o estágio tive a oportunidade de assistir a uma sessão de esclarecimento sobre os produtos dietéticos da Nestle Health Science® (anexo 2) que me auxiliou muito no aconselhamento aos utentes em situações de falta de apetite ou perda de peso involuntária. Estas situações são muito frequentes na FM, uma vez que o seu público-alvo é a população idosa, que necessita muitas vezes de um ajuste nutricional para garantir um aporte de proteínas e hidratos de carbono adequados.

5.6. Produtos fitoterapêuticos

Os produtos fitoterapêuticos baseiam a sua ação nas propriedades naturais das plantas, contudo essa ação não pode ser desvalorizada e deve ser dado um correto aconselhamento por parte do farmacêutico, com especial atenção para os efeitos adversos e possíveis interações com a medicação habitual do utente.

Na FM existem muitos produtos fitoterapêuticos com diversos fins, desde o combate da fadiga física e mental, problemas digestivos, intestinais e urinários, emagrecimento, entre outros.

5.7. Produtos e medicamentos de uso veterinário (MUV)

O Decreto-Lei nº 184/97 de 26 de julho define os MUV como medicamentos que, apesar de serem em tudo semelhantes aos medicamentos de uso humano, são exclusivamente para uso animal. Este tipo de medicamentos possui legislação própria e está isento de comparticipação¹⁰. Existem diferentes ofertas tendo em conta a espécie animal e o seu peso.

A grande maioria dos MUV são de venda livre mas, tal como nos medicamentos de uso humano, existem alguns que exigem receita médica veterinária para a sua dispensa. Os produtos mais procurados pelos utentes da FM são essencialmente anticoncecionais e antiparasitários (internos e externos) para animais domésticos. Esta foi uma área que despertou a minha curiosidade uma vez que este tipo de medicamentos é raramente abordado ao longo do curso.

5.8. Produtos de puericultura

Os produtos de puericultura disponíveis na farmácia têm como objetivos ajudar no desenvolvimento dos bebés e crianças, desde o relaxamento à alimentação, e também na sua higiene. São exemplo deste tipo de produtos presentes na FM: biberões, tetinas, chupetas, escovas de dentes, entre outros.

5.9. Dispositivos médicos

Os dispositivos médicos (DM) são instrumentos de saúde que englobam uma vasta gama de produtos essenciais para a recuperação e manutenção do estado de saúde de vários utentes.

São definidos pelo Decreto-Lei nº273/95, de 23 de outubro como “qualquer instrumento, aparelho, equipamento, *software*, material ou artigo utilizado isoladamente ou em combinação (...) destinado a ser utilizado em seres humanos para fins de: i) diagnóstico, prevenção, controlo, tratamento ou atenuação de uma doença/lesão/deficiência; ii) estudo, substituição ou alteração da anatomia ou de um processo fisiológico; iii) controlo da concepção”¹¹.

Estão classificados pelo fabricante, de acordo com o potencial risco da sua utilização, em quatro classes, atendendo à duração do contacto com o corpo humano ou a região anatómica em que atua, por exemplo.

Na FM existem alguns DM como meias de compressão, material de penso e produtos de higiene.

6. Dispensa de medicamentos

6.1. Considerações gerais

É papel do farmacêutico comunitário o ato de dispensa de medicamentos, quer seja por validação da prescrição médica ou por aconselhamento do próprio farmacêutico. Este profissional de saúde tem um papel de ligação entre o doente e a terapêutica, com a responsabilidade de assegurar a utilização correta e racional dos medicamentos. Esta foi a função com maior exigência que desempenhei no estágio, devido ao contacto direto com o utente e a responsabilidade do próprio ato farmacêutico. Por esse motivo inicialmente acompanhei e assisti os farmacêuticos ao balcão e só mais tarde tive autonomia para o fazer sozinha, apenas com a supervisão dos colegas.

6.2. Dispensa de MSRM

6.2.1. Prescrição médica e a sua validação na farmácia

As receitas médicas têm aspetos legais aos quais devem obedecer, sendo da função do farmacêutico, a sua interpretação e validação, de forma a evitar erros ou ilegalidades.

De acordo com o artigo 113º do Decreto-Lei n.º 128/2013, de 5 de setembro¹², as receitas médicas podem ser classificadas em:

- Receitas médicas renováveis quando são destinadas à prescrição de medicamentos indicados em determinadas doenças ou a tratamentos prolongados, seguros quando bem utilizados e que por isso podem ser adquiridos de uma só vez sem necessidade de nova prescrição. As receitas são constituídas por 3 vias e são válidas por 6 meses;

- Receitas médicas especiais para medicamentos como psicotrópicos ou estupefacientes, substâncias com elevado risco de abuso medicamentoso ou de criarem toxicod dependência e que

possam ser utilizadas para fins ilegais, e ainda substâncias novas que, por precaução, devam ser incluídas neste grupo. Estas receitas têm um prazo de validade de 30 dias;

- Receitas médicas restritas, de utilização reservada a certos meios especializados como o uso exclusivo hospitalar, ou que contenham medicação suscetível de causar efeitos adversos muito graves e, por isso, exijam vigilância especial durante o período de tratamento.

As receitas médicas devem ser preenchidas de modo informático mas poderão ser via manual caso se verifique alguma das seguintes situações, devidamente assinalada na receita: falência do sistema informático, inadaptação fundamentada do médico prescritor, prescrição ao domicílio, e outras situações, até um máximo de 40 receitas por mês⁴.

Aquando da dispensa do medicamento, o farmacêutico deve avaliar os seguintes parâmetros na receita:

- Número da receita e respetivo código de barras;
- Identificação do local de prescrição ou respetiva vinheta no caso de receitas manuais;
- Identificação do médico prescritor (nome, número da cédula profissional, especialidade e contacto telefónico);
- Identificação do utente (nome, número do utente, e número correspondente ao sistema de saúde de que é beneficiário, se aplicável);
- Data da prescrição, validade da receita e assinatura do médico;
- Entidade financeira responsável;
- Organismo, regime comparticipação e, eventualmente, algum despacho ou portaria referida pelo médico
- Indicação do medicamento por DCI da substância ativa, ou nome comercial;
- Dosagem, forma farmacêutica, número e dimensão das embalagens. Em cada receita podem ser prescritos até quatro medicamentos diferentes, num total de quatro embalagens por receita, nunca podendo ser prescritas mais do que duas embalagens do mesmo medicamento;
- Posologia⁵.

Após esta verificação e, caso não haja não conformidades, os medicamentos constantes na receita poderão ser dispensados. Se existir algum erro a receita deve ser devolvida ao utente com a respetiva explicação.

Após a validação da prescrição deve proceder-se à avaliação e interpretação da receita confrontando a medicação ali presente com o quadro clínico do utente e ter uma atitude crítica no sentido de detetar possíveis incompatibilidades. É por isso importante saber se se trata de uma doença crónica ou aguda, se é uma primeira dispensa ou uma repetição, se a medicação é para a pessoa que se deslocou à farmácia ou para uma terceira pessoa e se toma outro tipo de medicação.

Antes de terminar o atendimento é importante salvaguardar que a pessoa a quem se destina a terapêutica, ou o seu cuidador, não tem dúvidas sobre a medicação, sabe o que vai tomar, a posologia correta, a duração do tratamento e eventuais efeitos indesejáveis.

O Decreto-Lei n.º 11/2012, de 8 de março, estabelece que a “prescrição de medicamentos inclui obrigatoriamente a DCI da substância ativa, forma farmacêutica, dosagem, apresentação e posologia”, atribuindo assim um papel mais ativo ao utente, já que este passa a exercer o direito de opção entre os medicamentos de um mesmo grupo homogêneo (sejam eles genéricos ou de marca)¹³.

No entanto, a prescrição pode excecionalmente conter o medicamento indicado não pela DCI, mas sim pela sua marca ou titular da AIM em casos em que para uma certa substância ativa ainda não existam medicamentos genéricos participados, ou em caso de aplicação de exceções ao direito de opção. Essas exceções são:

- exceção a) - medicamentos com margem ou índice terapêutico estreito;
- exceção b) - casos de suspeitas fundadas de intolerância ou reação adversa a um medicamento com a mesma substância ativa identificado por outra denominação comercial;
- exceção c) - medicamentos destinados a tratamentos com duração superior a 28 dias¹³.

Durante o decorrer do meu estágio ocorreu o processo de transição das receitas referidas anteriormente para as receitas sem papel, que são lidas através do número da receita e do código de acesso que poderão ser enviados por mensagem escrita para o número de telemóvel do utente ou constarem da guia de tratamento que lhe é entregue. Após a inserção destes códigos no sistema informático da farmácia, automaticamente aparece no sistema o(s) medicamento(s) que consta(m) da receita com todos os elementos necessários para proceder à dispensa. Neste caso já não se aplica o máximo de quatro medicamentos diferentes e de seis na totalidade por receita como se verificava nas receitas antigas, nem o número máximo de duas embalagens por medicamento (exceto doses unitárias). Cada medicamento prescrito pode ter até 6 embalagens e a receita pode ter inúmeras linhas de prescrição. Em cada linha está indicada a validade da prescrição desse medicamento, pelo que o doente pode optar por levantar todas as unidades de uma só vez ou em várias vezes, até ao limite da validade.

Este tipo de receita eletrónica tem imensas vantagens, desde logo para o doente, que tem assim maior liberdade para levantar a sua medicação, pois pode escolher quantas embalagens quer de cada medicamento e pode fazê-lo em qualquer local uma vez que apenas necessita do seu telemóvel.

6.2.2. Dispensa de psicotrópicos e estupefacientes

Os medicamentos psicotrópicos e estupefacientes estão sob uma legislação própria e rigorosa para dificultar e impedir o seu uso impróprio, uma vez que se tratam de substâncias que, num cenário de abuso, podem causar dependência e estão associadas muitas vezes a atos ilícitos.

Por isso o seu movimento na farmácia é extremamente controlado, sobretudo no momento da dispensa. A validação da autenticidade da receita deve ser feita ainda com maior cuidado do que com os outros tipos de medicamentos.

Aquando da dispensa, o sistema informático solicita que se registre o número da receita médica, o nome do médico prescritor, do titular da receita e do adquirente do medicamento. Deve ainda ser registado o nº do cartão de cidadão e a sua data de validade, a morada e data de nascimento (obrigatoriamente igual ou superior a dezoito anos) do adquirente.

O INFARMED controla as movimentações deste tipo de produtos, sendo obrigatório o envio mensal do registo informático das entradas e saídas e o *stock* remanescente. Anualmente é ainda necessário enviar o balanço das unidades destes medicamentos.

6.2.3. Regimes de comparticipação

O Decreto-Lei nº48-A/2010, de 13 de maio¹⁵, descreve o atual regime de comparticipações de medicamentos por parte do Estado Português. Esta comparticipação através do Serviço Nacional de Saúde (SNS) divide-se em: regime geral e regime especial. No regime geral, que abrange todos os utentes do SNS, o estado comparticipa uma percentagem do preço dos medicamentos, de acordo com quatro escalões: A, B, C e D que equivalem, respetivamente, a comparticipações de 90%, 69%, 37% e 15% do PVP do medicamento. Estes quatro escalões variam de acordo com as indicações terapêuticas do medicamento, a sua utilização e as entidades que o prescrevem. O regime especial é destinado aos pensionistas ou a utentes abrangidos por outro regime especial de comparticipação validado na receita pela menção do respetivo despacho/diploma legal, sendo identificado pela letra “R” ou “O”, respetivamente, na prescrição, acrescentando uma comparticipação de 5% para o escalão A e de 15% para os restantes.

A comparticipação pode ainda ocorrer num modelo de complementaridade, com uma co-comparticipação por parte de outras entidades ou seguros de saúde, diminuindo ainda mais o valor a pagar pelo utente.

Doentes portadores de patologias crónicas, como a doença de Alzheimer, Parkinson, Lúpus ou doença inflamatória intestinal têm direito a uma comparticipação especial assinalada pela menção do respetivo despacho ou portaria na receita, desde que o médico prescritor possua a especialidade requerida.

6.2.4. Medicamentos genéricos e preços de referência

O preço de referência corresponde ao valor sobre o qual incide a comparticipação do SNS no preço dos medicamentos incluídos em cada um dos grupos homogéneos, em função do escalão ou regime de comparticipação que lhes é aplicável¹⁶.

Entende-se por grupo homogêneo o conjunto de medicamentos com uma mesma composição qualitativa e quantitativa em substâncias ativas, forma farmacêutica, via de administração e dosagem, e no qual se inclua pelo menos um medicamento genérico em comercialização.

A cada grupo homogêneo é atribuído um preço de referência, que é calculado com base na média dos cinco PVP's mais baixos praticados no mercado, para os medicamentos que integram esse grupo¹⁵. Até ao 15.º dia do último mês de cada trimestre civil, o INFARMED, I.P. define e publica as listas de grupos homogêneos.

6.2.5. Processamento de receituário e faturação

No final do atendimento são impressas, no verso da receita, informações sobre a dispensa efetuada como a identificação da farmácia e do Diretor Técnico; número do lote e da receita; nome, dosagem e tamanho da embalagem do(s) medicamento(s); PVP e preço de referência dos medicamentos e valor da comparticipação por cada medicamento.

O verso da receita é então assinado pelo utente e a mesma é posteriormente assinada e datada pelo farmacêutico e carimbada com o carimbo da farmácia. Cada receita é identificada por um número e por um lote, sendo que cada lote é constituído por 30 receitas.

6.2.6. Verificação de receituário

A verificação do receituário é uma tarefa muito importante, uma vez que garante à farmácia a conformidade das vendas, com receita, salvaguardando assim o reembolso das suas comparticipações.

Devem ser vistos os aspetos que conferem autenticidade à receita, referidos anteriormente, o documento de faturação e a correspondência entre o que foi prescrito e o que foi dispensado ao utente. Após validação, as receitas são separadas de acordo com as entidades participantes e, dentro de cada entidade, são organizadas por lotes. É impresso o verbete de cada lote e no último dia de cada mês procede-se ao fecho dos lotes, com a impressão da relação do resumo mensal dos lotes de faturação.

Na FM esta verificação é feita diariamente, de maneira a permitir a deteção de eventuais erros no atendimento ou dispensa dos medicamentos que possam assim ser corrigidos rapidamente (carimbos, assinaturas, datas, etc). Com o novo formato de receita sem papel, em que não fica nenhum documento físico na farmácia, mas sim tudo no sistema informático, a verificação de receituário não se verifica, existe apenas uma verificação no ato de dispensa. Nos últimos meses, devido a essa situação, já se verificou uma diminuição substancial deste trabalho. No futuro, apenas as receitas manuais, que são uma minoria, serão verificadas.

7. Dispensa de MNSRM

Tal como referido anteriormente, os MNSRM não são comparticipados e a sua dispensa pode ser feita sem receita médica. Por este motivo o farmacêutico tem um papel fundamental no aconselhamento responsável desde tipo de medicação.

8. Aconselhamento Farmacêutico

É fundamental que qualquer atendimento na farmácia seja esclarecedor e cuidado. O farmacêutico deve garantir, primariamente, que o medicamento dispensado é necessário e adequado ao doente em questão, salvaguardando possíveis contraindicações e interações. É também sua função aconselhar a forma correta de tomar a medicação e o seu armazenamento, nomeadamente produtos que necessitam de ser conservados no frio.

No caso de terapias de longa duração, ou de antibióticos por exemplo, é importante alertar para a adesão e cumprimento da terapia.

Deve ainda, sempre que justificável, ser mencionada a adoção de medidas não farmacológicas, que possam complementar ou substituir o tratamento farmacológico.

O profissional deve garantir que esclareceu todas as dúvidas do doente, numa linguagem clara e adaptada ao seu nível sociocultural. Sempre que necessário esta informação poderá ser reforçada através da escrita.

9. Automedicação

De acordo com o Decreto-Lei nº 17690/2007, de 23 de julho, a automedicação corresponde à seleção de um MNSRM de forma responsável, sempre que se destine ao alívio e tratamento de queixas de saúde passageiras e sem gravidade, com a assistência ou aconselhamento opcional de um profissional de saúde¹⁷.

O farmacêutico tem um papel muito importante neste contexto, pois será possivelmente o único profissional de saúde a contactar com o utente antes de iniciar a medicação. Assim, é fundamental uma correta avaliação dos sinais e sintomas de modo a distinguir, por exemplo, um caso em que apenas sejam necessárias medidas não farmacológicas de um caso que já justifique a toma de um MNSRM, ou até a intervenção médica.

Para isso, o farmacêutico deve questionar o doente sobre os seus sintomas, nomeadamente: duração, localização, frequência e severidade. Aquando da indicação de um MNSRM, deve certificar-se se o utente sofre de alguma patologia que possa limitar a escolha do medicamento ou se está submetido a algum tratamento farmacológico, de forma a evitar sobredosagens e interações medicamentosas.

As situações mais comuns de automedicação na farmácia devem-se a estados gripais, tosse, afeções dermatológicas, cefaleias e quadros alérgicos.

10. Medicamentos manipulados

A preparação de medicamentos manipulados é especialmente útil em situações para as quais a indústria farmacêutica não oferece resposta, como a ausência de determinadas doses ou formas farmacêuticas adequadas.

No decorrer do estágio tive várias vezes a oportunidade de auxiliar e preparar medicamentos manipulados, nomeadamente cremes, pomadas e preparações líquidas (soluções e suspensões).

10.1. Matérias-primas e material de laboratório

A aquisição das matérias-primas pela farmácia deve ser feita aos fabricantes, importadores, reembaladores e distribuidores autorizados pelo INFARMED.

10.2. Regras de manipulação

A Portaria n.º 594/2004, de 2 de Junho, define as boas práticas a observar na preparação de medicamentos manipulados. São essenciais alguns documentos como a ficha de preparação do medicamento manipulado, os boletins de análise de todas as matérias-primas e os registos dos controlos e calibrações dos aparelhos presentes no laboratório.

O rótulo deve conter informações básicas como: o nome do utente, fórmula farmacêutica do manipulado, prazo de validade/utilização, condições de conservação, via de administração, posologia, e instruções especiais de utilização¹⁸.

10.3. Regime geral de preços dos medicamentos manipulados

A Portaria n.º 769/2004, de 1 de Julho, estabelece o regime jurídico do preço dos medicamentos manipulados, o qual é calculado com base na seguinte fórmula: $PVP = (\text{Honorários} + \text{Matérias-primas} + \text{Materiais de embalagem}) \times 1,3 + \text{IVA em vigor}$ ¹⁹. O valor dos honorários depende de um fator que é atualizado anualmente e da forma farmacêutica preparada.

11. Outros cuidados de saúde

11.1. Determinação de parâmetros fisiológicos e bioquímicos

As farmácias comunitárias podem prestar serviços farmacêuticos de promoção do bem-estar e saúde dos seus utentes, os quais contemplam a determinação de parâmetros fisiológicos e bioquímicos. Este serviço é de grande valor para os utentes uma vez que permite tanto a deteção precoce de patologias como hipertensão ou diabetes, em indivíduos não diagnosticados, como a monitorização de doentes já seguidos e medicados.

11.1.1. Medição da tensão arterial

A hipertensão arterial é o mais importante fator de risco modificável para as doenças do aparelho circulatório, as quais são a primeira causa de morte em Portugal. Cerca de 42% dos portugueses têm a pressão arterial acima dos valores normais²⁰. É por esta razão, com certeza, que se trata da medição mais procurada diariamente na FM.

Na medição da tensão arterial é importante questionar previamente o utente, se fumou, praticou exercício físico ou tomou café/bebidas alcoólicas nos últimos trinta minutos.

Depois, antes de se iniciar o procedimento, é fundamental garantir que a pessoa descansou pelo menos cinco minutos, que a braçadeira está colocada adequadamente e que o utente se encontra numa posição adequada, com o braço sem roupa apertada e apoiado. Procede-se então à medição com o tensiómetro digital de braço disponível na FM.

Após a medição, o farmacêutico deve interpretar os resultados de acordo com os valores de referência definidos (anexo 3).

Se o resultado for elevado, o utente deve ser orientado no sentido de reforçar a adesão à terapêutica (se já se encontrar medicado) e adotar medidas não farmacológicas como a diminuição do consumo de sal, café e tabaco e o aumento de exercício físico.

11.1.2. Determinação da Glicémia

A determinação da glicemia é fundamental para o diagnóstico ou controlo da *Diabetes Mellitus* de modo a prevenir ou a atrasar as complicações da doença.

Esta medição deve ser efetuada preferencialmente com um jejum de 8 horas ou, em alternativa, duas horas após a refeição. Deve também ser perguntado ao utente se é ou não diabético, se tem antecedentes familiares ou manifestação prévia de sintomas característicos da doença.

Na FM a determinação é efetuada com um medidor portátil a partir de uma gota de sangue, resultante da punção capilar, que é aplicada numa tira reativa.

Após o ensaio procede-se à interpretação do valor com base nos valores de referência (anexo 3). Se os valores estiverem desviados do normal, e se tratar de um doente já diagnosticado com *Diabetes Mellitus*, o farmacêutico deve reforçar o aconselhamento dietético e da adesão à terapêutica. Se o utente não estiver diagnosticado com a doença, deve ser repetida a análise noutro dia pois poderá tratar-se de uma situação pontual.

11.1.3. Determinação do Colesterol Total (CT) e Triglicerídeos (TG)

A dislipidémia constitui um importante fator de risco de múltiplas doenças crónicas, nomeadamente o enfarte agudo do miocárdio e os acidentes vasculares cerebrais. Por outro lado, é, também, um fator modificável quer com cuidados alimentares e exercício físico, quer com medicação²⁰.

Na FM a determinação de ambos os parâmetros é executada no aparelho *Accutrend Plus*, com uma amostra de sangue da punção capilar. A análise dos triglicerídeos só é possível após um jejum de 12 horas.

São exemplo de medidas não farmacológicas que podem ser aconselhadas numa situação de dislipidémia a redução do aporte de gordura, sal e bebidas alcoólicas e o aumento da prática desportiva.

No anexo 3 está presente uma tabela com os valores de referência para estas determinações.

11.1.4. Teste de Gravidez

Os testes de gravidez baseiam-se na pesquisa da Hormona Gonadotrofina Coriónica Humana (HCG) na urina, por imunocromatografia. Esta hormona é produzida pela placenta cerca de 7 a 10 dias após a fecundação e é excretada na urina, sendo responsável pela manutenção do corpo amarelo e desenvolvimento da gravidez. É importante, aquando da realização do teste, que a utente perceba esta informação e saiba há quanto tempo ocorreu a relação sexual, de forma a

evitar situações falso negativas. A determinação deve ser realizada, preferencialmente, com a primeira urina da manhã, uma vez que a hormona se encontra mais concentrada.

12. Farmacovigilância

A farmacovigilância pretende melhorar a qualidade e a segurança dos medicamentos, através da deteção, avaliação e prevenção de reações adversas a medicamentos já comercializados.

Os farmacêuticos integram a estrutura do Sistema Nacional de Farmacovigilância promovido pelo INFARMED, tendo a obrigação de enviar informação sobre reações adversas que ocorram com o uso de medicamentos. O farmacêutico deve ser capaz de detetar e notificar todas as situações de suspeita de reações adversas graves, mesmo que já descritas, reações adversas não descritas, mesmo que não sejam graves ou do aumento da frequência de reações adversas, graves ou não^{3,21}.

13. ValorMed®

A VALORMED é uma sociedade, sem fins lucrativos, que gere o Sistema Integrado de Gestão de Resíduos de Embalagens e de Medicamentos fora de uso. Disponibiliza contentores para as farmácias de forma a recolher, sob controlo farmacêutico, os resíduos, que depois serão processados de forma adequada²².

A FM participa neste sistema de recolha, com um contentor sempre presente para a recolha dos medicamentos fora de uso.

Parte 2 – Apresentação dos casos de estudo

Caso de estudo 1 – Avaliação da técnica inalatória de doentes com asma ou Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC)

1. Enquadramento do caso de estudo

Durante o período de estágio contactei ao balcão com dois utentes que se queixavam que o seu dispositivo inalatório apresentava um defeito de fabrico. Durante esse diálogo pude perceber que, para além do referido defeito ser verdadeiro, a inalação não estava a ser realizada corretamente.

Para além destas situações tive contacto com utentes que, como iam utilizar dispositivos inalatórios pela primeira vez, tinham muitas dúvidas como deveriam proceder, achavam que seria um processo difícil e não tinham a certeza se conseguiriam realizá-lo corretamente.

Por estes motivos, e por saber que a eficácia deste tipo de medicação depende, em muito, da sua correta utilização, decidi avaliar a técnica inalatória dos doentes da FM que utilizam este tipo de dispositivos. Depois dessa avaliação, expliquei detalhadamente aos utentes a forma correta de utilização e pedi que voltassem à farmácia algumas semanas depois para uma nova avaliação, de forma a perceber o impacto da minha ação.

2. Objetivos

- Estudar a terapia inalatória e a sua importância no contexto das doenças respiratórias;
- Avaliar a técnica inalatória dos doentes da FM que utilizam dispositivos inalatórios;
- Proceder à formação destes doentes e avaliar o seu impacto;
- Discutir a importância da formação deste tipo de doentes e o papel do farmacêutico nessa ação.

3. Introdução

3.1. A asma e a DPOC

A asma é uma doença heterogénea, geralmente expressa por uma inflamação crónica das vias aéreas, com hipersensibilidade dessa zona e limitação variável do fluxo de ar durante curtos períodos de tempo^{26,27}. Apresenta sintomas como sibilos, falta de ar, aperto no peito e tosse, que variam ao longo do tempo e em intensidade, com a limitação do fluxo aéreo. Estes sintomas muitas vezes pioram ao início da manhã ou à noite, e podem ser desencadeados por infeções virais, exercício físico, exposição a alérgenos ou substâncias irritantes e mudanças de clima²⁷.

A sua prevalência global pode chegar a 18%, sendo que em Portugal estima-se que afete cerca de 6,8 a 10% da população. Apenas 57% desses casos estão devidamente controlados²⁸.

Por sua vez, a DPOC caracteriza-se por uma limitação do fluxo aéreo que não é totalmente reversível (ao contrário da asma), é geralmente progressiva e associada a uma resposta inflamatória anormal dos pulmões a partículas nocivas. Tem como principais sintomas a tosse,

produção de expetoração e dispneia de esforço²⁹. Esta doença também constitui um desafio importante para a saúde pública, sendo que a Organização Mundial de Saúde (OMS) prevê que se tornará a quarta principal causa de morte em todo o mundo em 2030³⁰. Em 2011, de acordo com o Centro Nacional de Doenças Respiratórias estimou-se que a prevalência da DPOC podia chegar a 14,2% da população portuguesa com mais de 40 anos²⁸.

3.2. Tratamento

Os principais objetivos no tratamento destes problemas são o controlo dos sintomas e da função pulmonar, a manutenção das atividades diárias, a diminuição dos efeitos secundários da medicação, a prevenção de agudizações e a redução da mortalidade³¹.

O tratamento para atingir o controlo da doença engloba diferentes componentes como a parceria entre profissional de saúde e doente; identificação e redução da exposição a fatores de risco e desencadeantes; avaliação, tratamento, monitorização e abordagem das agudizações³¹.

Uma das questões mais importantes no tratamento é motivar os doentes a participarem ativamente no plano de ação traçado, o qual deve ser personalizado³².

A terapia farmacológica é classificada em diferentes degraus (Figura 1), de 1 a 5, sendo que o doente pode, após avaliação, diminuir ou aumentar de degrau de acordo com o nível de controlo da doença³³.

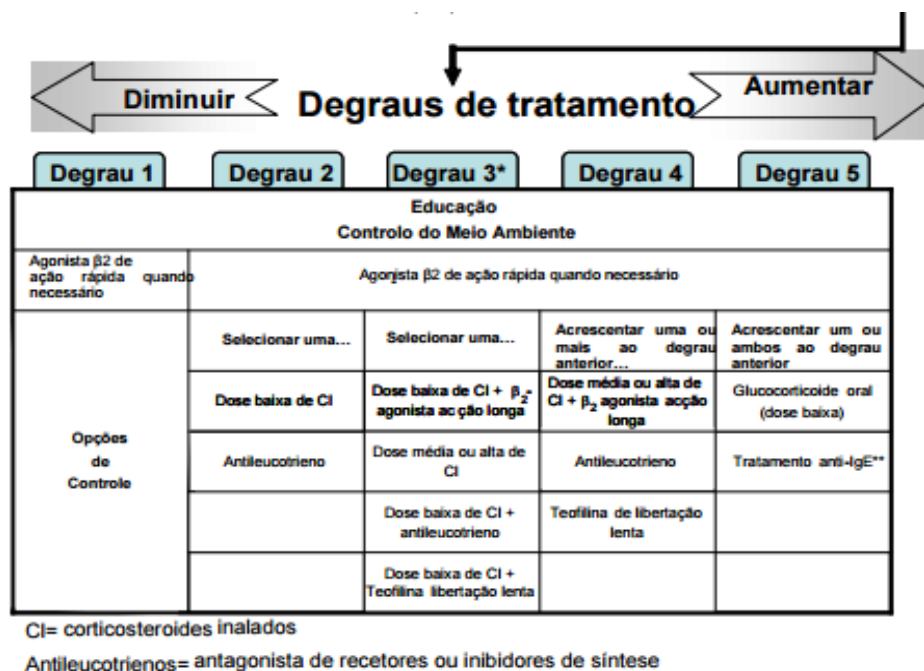


Figura 1 – Degráus no tratamento da asma e DPOC (adaptado de Direção Geral da Saúde. (2013) “Manual para a abordagem da Sibilância em idade pediátrica”).

As opções medicamentosas são, essencialmente, divididas em duas classes: fármacos de controlo (corticosteroides inalados e sistémicos, antagonistas dos recetores dos leucotrienos, β_2 -agonistas de longa duração de ação, metilxantinas e Anti-IgE) e fármacos de alívio (β_2 -agonistas de curta duração de ação, anticolinérgicos de curta duração de ação e corticosteroides sistémicos). Os primeiros são de uso diário, usados para prevenir ou melhorar os sintomas por terem um efeito anti-inflamatório a longo prazo, enquanto os segundos são usados nas crises por serem rápidos a atuar e possuírem efeito broncodilatador³¹.

O tratamento farmacológico da DPOC efetua-se de acordo com quatro grupos de gravidade definidos pelos sintomas, exacerbações e grau de obstrução. Os fármacos envolvidos neste tipo de terapia são iguais aos referidos anteriormente no caso da asma (agonistas adrenérgicos β_2 , anticolinérgicos, corticosteroides inalados, entre outros)³⁵.

3.2.1. *Terapia inalatória*

A terapêutica inalatória tem um papel fundamental no tratamento destas doenças, uma vez que consiste numa administração direta do fármaco na área em tratamento. Esta condição permite o uso de menores doses (com a consequente diminuição dos eventuais efeitos secundários), um início de ação mais rápido e uma maior eficácia terapêutica³⁶.

O inalador ideal deve ser compacto, portátil, com manobras fáceis de ensinar e compreender, com uma técnica inalatória simples que exija uma cooperação mínima e com uma deposição pulmonar elevada e, por outro lado, mínima na orofaringe. A deposição do fármaco nas vias aéreas inferiores depende de vários fatores como a dimensão das partículas do aerossol, o modo de inalação, o tipo de inalador e a morfologia das vias aéreas. As partículas com um diâmetro superior a 5 μm tendem a depositar-se nas vias aéreas superiores, entre 1 e 5 μm podem penetrar e depositar-se nas pequenas vias aéreas, enquanto as menores que 1 μm são normalmente eliminadas no ciclo respiratório seguinte. Dependendo do tipo de dispositivo utilizado, apenas uma pequena quantidade da dose libertada é depositada nas vias aéreas inferiores, pois uma fração da dose permanece no sistema e outra deposita-se na língua e parede posterior da orofaringe. A deglutição desta fração com consequente absorção gastrointestinal é responsável, em parte, por alguns dos efeitos sistémicos³⁷.

3.2.1.1. Tipos de dispositivos inalatórios

A aplicação de fármacos por via inalatória pode ser feita com dispositivos simples ou por sistemas de nebulização.

O sistema de nebulização é de fácil manuseamento, produz aerossol independente do débito inspiratório do doente e portanto não exige coordenação da ativação com a inalação³⁸. Contudo, a libertação para o ambiente pode também resultar na exposição dos acompanhantes do doente ao medicamento. São dispositivos caros, volumosos, que exigem maior tempo para

administração, limpeza e manutenção³⁷. O brometo de tiotrópio é o único fármaco administrado através deste dispositivo³⁸.

Os dispositivos simples podem ser divididos em dois tipos: inalador pressurizado doseável - *pressurized metered dose inhaler* (pMDI) - ou inalador de pó seco - *dry powder inhalers* (DPIs). Nos pMDIs o fármaco está suspenso ou dissolvido num propelente, habitualmente clorofluorocarbonetos (CFCs), armazenado sob pressão no recipiente. Este dispositivo liberta uma dose controlada de fármaco sob a forma de aerossol. A energia para libertação da medicação é dada pelo próprio dispositivo quando pressionado. São dispositivos de pequenas dimensões, portáteis, relativamente baratos, podendo a administração ser efetuada de modo rápido e em qualquer local³⁷.

Algumas das desvantagens deste tipo de aparelho são o facto de não indicar o número de doses disponíveis e de o propelente que utiliza ser prejudicial ao ambiente, danificando a camada de ozono responsável pela proteção contra os raios solares ultravioletas. Atualmente, os CFCs têm sido substituídos por hidrofluoralcenos (HFA). Contudo, ainda não é certo o seu efeito no aquecimento global. Para além disso a coordenação entre a pressão do dispositivo e a inalação – “coordenação mão-pulmão” - é muito difícil, resultando numa elevada deposição do fármaco na orofaringe (cerca de 50 a 80% da dose)³⁷.

A utilização de uma câmara expansora (CE) associada a um pMDI aumenta a eficácia do inalador porque promove a desaceleração do aerossol antes de atingir a orofaringe, diminuindo a sua deposição nesta zona e aumentando a fração de deposição pulmonar e, portanto, a eficácia terapêutica. O uso de pMDI+CE permite ultrapassar o problema da coordenação entre ativação e inalação e é por isso indicado não só em crianças mas também em doentes com fraca coordenação ou técnica inadequada³¹.

Os DPIs libertam os fármacos em forma de pó seco, sem propelente³⁸. Esta libertação e deposição dependem do fluxo inspiratório do doente, e de uma coordenação automática entre a libertação do fármaco e a sua inalação. Exigem uma inspiração rápida e profunda para assegurar a eficácia da técnica. A vantagem de utilizar o fluxo de ar inspiratório do doente como a principal fonte de energia é que evitam a necessidade de sincronizar a manobra de ativação e inspiração por parte do doente, a qual poderá ser difícil. A desvantagem dessa abordagem é que os dispositivos atualmente disponíveis mostram alguma resistência ao fluxo aéreo, e isso muitas vezes exige um nível relativamente elevado de esforço inspiratório, que pode ser um obstáculo para pessoas que sofrem de doenças obstrutivas das vias respiratórias, idosos ou crianças.

A extensão da deposição do fármaco no pulmão é também dependente da força inspiratória do doente, provocando uma potencial diferença na dose entregue³⁹.

Tal como os pMDI, os DPIs são dispositivos pequenos e portáteis e têm a vantagem de não conterem substâncias prejudiciais ao ambiente. Algumas das desvantagens dos DPI são a possível interferência da humidade ambiental nas propriedades do fármaco e o facto de serem

mais caros³⁷. Dentro da categoria dos inaladores de pó seco existem muitos modelos diferentes: Turbohaler, Handihaler, Breezhaler, Diskus, Aerolizer e Novolizer. Alguns apresentam-se sob a forma de unidose e outros em multidose. O Novolizer (multidose) oferece mecanismos de *feedback* visual e sonoro para o controlo da libertação da dose e da correta manobra de inalação. Uma vez ativado, o dispositivo possui um mecanismo que impede uma nova ativação acidental do aparelho, impedindo a libertação de uma dose adicional³⁹. O Breezhaler, Handihaler e Aerolizer, são inaladores de dose única, à base de cápsula. Ao perfurar a cápsula ouve-se um clique a indicar que o dispositivo está preparado. Após a inalação, a cápsula faz um zumbido, que serve como *feedback* audível, para perceber que o pó foi inalado. Apesar de ser mais barato devido ao mecanismo simples que possui, o facto de ser necessário transportar o dispositivo e os *blisters* com as cápsulas à parte poderá ser incómodo para alguns doentes³⁹.

Existe ainda um dispositivo inalatório relativamente recente (Spiriva Respimat) que, embora se enquadre na categoria de pMDI, não usa propelentes para a formação do aerossol, mas sim uma mola. Esta característica permite-lhe uma maior deposição pulmonar e menor orofaríngea do que os DPIs e outros pMDIs⁴⁰.

Cada um dos dispositivos existentes tem vantagens e desvantagens associadas. Cabe ao médico escolher qual o mais adequado a cada situação clínica e a cada doente, atendendo às suas capacidades cognitivas e físicas³¹.

As indicações de utilização dos dispositivos devem ser dadas ao doente/família verbalmente e por escrito, com demonstração prática de utilização. Frequentemente deve ser feita uma reavaliação da técnica inalatória do doente com o reforço da instrução. Se constar da terapêutica mais do que um fármaco, o médico deve optar por prescrever, para os diferentes fármacos, o mesmo tipo de dispositivo, diminuindo assim a probabilidade de erro na execução da técnica de inalação. Nesse caso, a inalação deve ser iniciada com os broncodilatadores 5 a 10 minutos antes dos corticosteroides³¹.

3.2.1.2. Regras de utilização dos dispositivos inalatórios

A utilização incorreta dos dispositivos simples de inalação e a não adesão à terapêutica têm uma influência francamente negativa na eficácia terapêutica dos fármacos inalados, uma vez que podem levar a uma menor entrega do fármaco nos pulmões e a um controlo reduzido da doença^{31,32}.

De acordo com os resultados de vários estudos publicados, uma percentagem elevada de doentes usa incorretamente os dispositivos e cerca de 25 % dos doentes afirmam nunca ter recebido instruções sobre a sua forma de utilização³¹. Mais de 50% dos doentes não tiveram uma verificação da sua técnica de inalação no último ano⁴¹.

Uma vez que cada dispositivo tem a sua técnica de inalação é necessário que, para cada um, o ensino de utilização e a avaliação do seu uso sejam realizados de acordo com a lista dos passos a executar.

Nas tabelas 2, 3 e 4 encontram-se as manobras corretas para a utilização dos pMDIs, DPIs e Spiriva Respimat, respetivamente.

Tabela 2 – Manobras para a utilização de pMDIs³⁸

1)	Colocar-se na posição de pé, sentado ou semi-sentado e retirar a tampa do pMDI;
2)	Agitar bem o dispositivo na posição vertical;
3)	Colocar a cabeça um pouco inclinada para trás e expirar o mais profundamente possível, mas não para dentro do dispositivo;
4)	Segurar o inalador na posição vertical, com o dedo indicador na parte superior e o dedo polegar na parte inferior;
5)	Colocar o bucal do pMDI na boca, entre os dentes, fechando os lábios mas sem morder;
6)	Pressionar só uma vez o pMDI para libertação do aerossol e ao mesmo tempo inalar lenta e profundamente durante 3 a 5 segundos;
7)	Retirar o inalador da boca e suspender a respiração durante cerca de 8 a 10 segundos;
8)	Expirar calmamente, com os lábios semicerrados, e retomar a respiração normal.

Existem muitos modelos de dispositivo DPI pelo que deverão ser tidas em atenção as disposições explicitadas para cada um deles. No entanto, e uma vez que estes dispositivos são baseados no mesmo princípio, existem instruções que são comuns para todos.

Tabela 3 - Manobras para a utilização de DPIs³⁸

1)	Colocar-se na posição de pé, sentado ou semi-sentado e retirar a tampa do DPI (Handihaler/Breezhaler, Novolizer, Aerolizer, Turbohaler) ou deslizá-la (Diskus);
2)	Handihaler/Breezhaler: Segurar o inalador na vertical com o bucal para cima; Turbohaler: Segurar o inalador na vertical com o bucal para cima; Diskus: Segurar o inalador na horizontal com o bucal virado para si; Novolizer: Segurar o inalador na horizontal com o bucal virado para si; Aerolizer: Segurar o inalador na vertical com o bucal para cima;
3)	Handihaler/Breezhaler: Abrir o bucal, colocar a cápsula na câmara central, fechar o bucal, acionar o furador; Turbohaler: Deslizar a base colorida para a direita até parar e depois para a esquerda até ouvir um clique; Diskus: Deslizar a patilha até ao fim; Novolizer: Carregar no botão até ouvir um clique duplo e a cor da janela de controlo mudar de vermelho para verde; Aerolizer: Rodar o bucal, colocar a cápsula no interior do dispositivo, fechar o bucal, acionar o furador;
4)	Colocar a cabeça um pouco inclinada para trás e expirar o mais profundamente possível, sem ser para dentro do dispositivo;
5)	Colocar o bucal do DPI na boca, entre os dentes, fechando os lábios mas sem morder;
6)	Inspirar rápida e profundamente para ativar o fluxo da medicação; No caso do Novolizer deve inspirar até ouvir um clique que indica uma inalação completa.
7)	Retirar o inalador da boca e suspender a respiração durante cerca de 8 a 10 segundos;
8)	Expirar calmamente, com os lábios semicerrados, e retomar a respiração normal.

Tabela 4 - Manobras para a utilização do Spiriva Respimat⁴⁰

1)	Colocar-se na posição de pé, sentado ou semi-sentado;
2)	Segurar o inalador em posição vertical, com a tampa de proteção fechada, para evitar a libertação accidental de uma dose;
3)	Rodar a base na direção das setas pretas do rótulo até ouvir um clique;
4)	Abrir totalmente a tampa de proteção;
5)	Expirar lenta e profundamente;
6)	Fechar os lábios ajustando-os à volta da parte terminal do bucal;
7)	Inspirar lenta e profundamente e ao mesmo tempo pressionar o botão de libertação de dose. Continuar a inspirar lentamente, o máximo que conseguir;
8)	Suster a respiração aproximadamente 10 segundos;
9)	Expirar calmamente e retomar a respiração normal.

Em todos os inaladores acima referidos, se o tratamento exigir a administração de mais de um “puff” é aconselhável esperar um minuto entre cada administração e agitar novamente o inalador no caso de ser uma inalação com pMDI^{31,37}.

Após a administração da medicação deve ser recomendado o cuidado de lavar a boca ou bochechar (sem deglutição da água), sobretudo quando a administração é de corticosteróides,

uma vez que estes estão muitas vezes associados a efeitos adversos como rouquidão, irritação e candidíase da orofaringe³⁷.

O bucal do inalador deve ser limpo com um lenço de papel, após cada utilização e o dispositivo deve ser guardado em local seco³⁸.

4. Descrição do caso de estudo

No decorrer do estágio, sempre que se apresentava ao balcão uma situação de dispensa de medicação inalatória, quer fosse pela primeira vez ou se tratasse de uma medicação crónica, o utente era convidado por mim ou por qualquer um dos colegas a participar neste estudo. Muitas vezes a pessoa que ia à farmácia comprar a medicação não era o próprio doente e por isso não podia ser incluída na avaliação. Outras vezes o doente não se mostrava disponível para participar, o que justifica o número relativamente baixo de doentes avaliados, comparativamente com as vendas desta medicação na farmácia.

A avaliação, que foi sempre realizada por mim, começava por um pequeno inquérito com informações sobre o doente (nome, idade, contacto), a medicação (qual o inalador, há quanto tempo e com que frequência utiliza) e a técnica de inalação (se teve ou não formação, quantas vezes e quem foi o formador).

De seguida era pedido ao doente que executasse a técnica de inalação exatamente como fazia no seu dia-a-dia. Para isso o doente recorria ao seu próprio dispositivo ou, se preferisse ou não fosse o período do dia em que realizava a inalação, podia utilizar um dos inaladores similares mas com placebo, que a FM gentilmente disponibilizou para este trabalho. Estes inaladores foram oferecidos pelos laboratórios parceiros da FM que comercializam estes dispositivos.

Durante a execução da técnica inalatória eram avaliados os parâmetros que constam nas tabelas de manobras de cada dispositivo. As fichas com o inquérito e a tabela de manobras utilizadas encontram-se no anexo 4.

Após esta avaliação seguia-se um diálogo com o doente, em que eram explicados os erros cometidos e revista toda a técnica inalatória, de forma clara e exemplificativa.

No fim, o doente recebia um pequeno cartão (anexo 5) com os passos da técnica inalatória a seguir, especificamente para o seu dispositivo, e era pedido que voltasse um mês depois para uma nova avaliação.

Os doentes que iam iniciar a medicação pela primeira vez mas tiveram formação prévia do médico foram considerados no estudo. Aqueles doentes que não tinham tido ainda qualquer informação sobre a técnica inalatória não foram considerados. Nesses casos apenas lhes foi explicada a forma correta de inalação e pedido que voltassem à farmácia mais tarde para uma avaliação.

Alguns doentes (9 em 34) utilizavam mais do que um dispositivo, pelo que foram avaliadas as técnicas inalatórias para cada um desses mesmos aparelhos. Uma vez que os erros, quando

cometidos, eram erros comuns aos diferentes dispositivos e não estavam relacionados com questões do tipo ou modelo de aparelho, apenas foi considerada uma avaliação para cada doente.

5. Discussão dos resultados

Foram avaliados 34 doentes, dos quais 13 (38%) eram homens e 21 (62%) mulheres. As suas idades estão compreendidas entre os 21 e os 84 anos, sendo que a média de idades era de 64,7 anos, ou seja, uma população relativamente idosa.

Quanto ao tempo de utilização de dispositivos inalatórios este mostrou-se bastante variável, com 11 doentes (32%) a utilizarem há menos de um ano, 10 (29%) entre 1 e 5 anos e 5 doentes (15%) entre 5 e 10 anos. Existem ainda 4 doentes (12%) que utilizam esta forma medicamentosa há mais de 30 anos e outros 4 (12%) que já utilizam há mais de 40 anos. Relativamente à frequência de utilização, 17 doentes (50%) realizam a inalação 2 vezes por dia, 14 (41%) apenas 1 vez por dia, 2 doentes (6%) 3 vezes por dia, e existe 1 doente que só utiliza esta medicação em situações de crise (SOS). Com estes dados podemos perceber que a maioria dos doentes usa diariamente estes dispositivos pelo que é fundamental que saiba utilizá-los corretamente.

Quando questionados se já tinham tido anteriormente algum tipo de formação acerca da técnica inalatória, 32 doentes (94%) afirmaram que sim, e apenas 2 doentes (6%) não tiveram qualquer tipo de diálogo sobre os passos a seguir neste tipo de terapia. Dos 32 doentes que tiveram essa formação, 22 (69%) só a tiveram uma vez, 9 (28%) tiveram duas vezes e uma doente teve mais de 5 vezes. A maioria das formações (59%) foi dada por médicos, seguidos dos farmacêuticos (22%). Cerca de 5 dos doentes tiveram esse contacto com ambos os profissionais de saúde mencionados e 1 doente (3%) teve formação por parte de um médico e de um enfermeiro.

Depois de executada a técnica inalatória, 31 dos 34 utentes (91%) cometeram um ou mais erros. Apenas 3 dos doentes entrevistados (9%) cumpriram todos os passos da inalação corretamente (Figura 2). Estes dados são bastante claros e alarmantes, especialmente quando uma percentagem tão grande dos doentes já teve formação sobre este assunto.

É de salientar que os 3 doentes que não cometeram erros tiveram formação com um

médico especialista em pneumologia, e uma das doentes é acompanhada na consulta da especialidade do Hospital de S. João onde tem frequentemente reavaliações e revisões da técnica inalatória.

O doente cometeu erros durante a técnica inalatória?

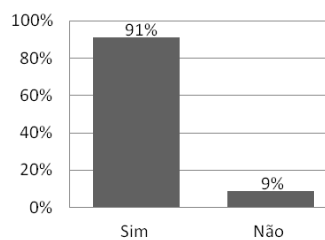
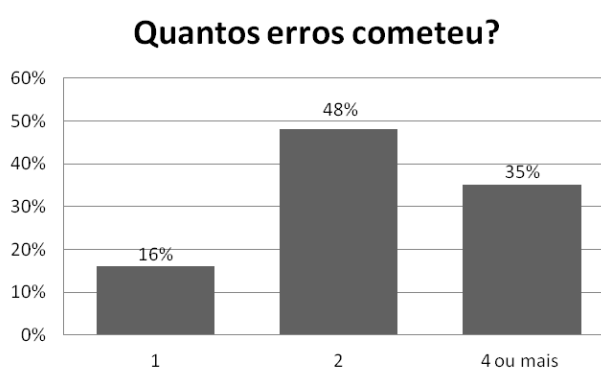


Figura 2 – Avaliação da presença de erros na técnica inalatória.

Não é possível estabelecer uma relação entre o género do doente e o número de erros. Dos 3 doentes que não cometeram erros, 2 são mulheres e 1 é homem. Esta relação está em concordância com a proporção de mulheres e homens presente no estudo. Nos doentes que cometem erros e no número de erros também se verifica uma distribuição uniforme entre mulheres e homens.

Também não é possível fazer alguma associação entre a idade do doente e a ocorrência de erros. A média de idades dos 3 doentes que não fizeram erros é de 65,6 anos, muito semelhante à média das idades de toda a amostra que é de 64,7 anos. O facto de até ser superior acaba por ser surpreendente, uma vez que geralmente os erros aumentam com o avançar da idade do doente^{28,42}.

Uma vez que a maioria da amostra utiliza há relativamente pouco tempo este tipo de dispositivo, seria expectável que as informações transmitidas na consulta médica e/ou na dispensa farmacêutica ainda estivessem nas suas memórias e, por isso, realizassem sem



erros a técnica inalatória. Contudo esta situação não se verificou, reforçando a ideia que a revisão da técnica inalatória frequentemente é fundamental.

Tal como se verifica na Figura 3, a maioria dos doentes (48%) cometeu 2 erros, uma grande parte (36%) fez 4 ou mais erros e só 16% cometeu apenas 1 erro.

Na Figura 4 está presente a distribuição dos tipos de erros, onde se destacam claramente os passos “expirar” e “suster a respiração” como aqueles que mais falham na técnica inalatória dos doentes avaliados.

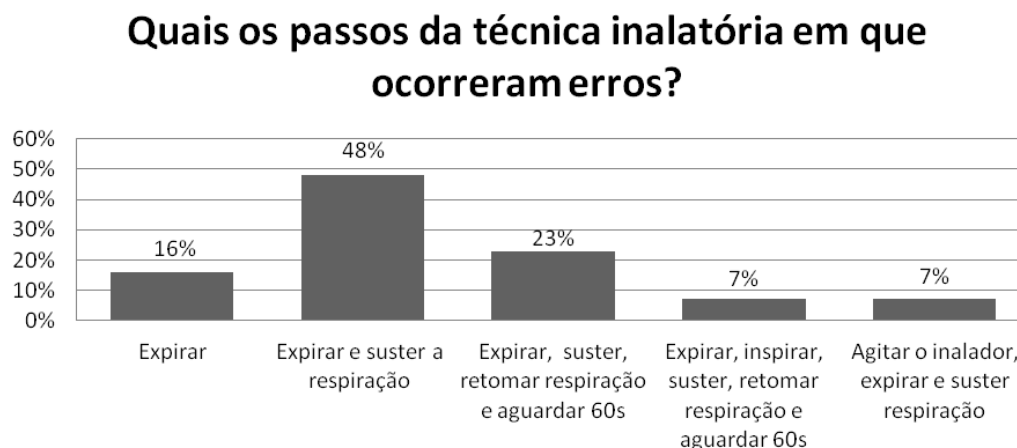


Figura 4 – Caracterização do tipo de erros presente na técnica inalatória.

Estes dados estão de acordo com o que é descrito na literatura e são bastante preocupantes porque se tratam de erros que podem afetar a dose de fármaco que é entregue nos pulmões^{37,42,43}.

Uma vez que estão bem identificados os passos em que os doentes mais falham, estes serão os pontos mais importantes a ensinar em futuras formações, em que a ideia transmitida deverá ser ainda mais clara e reforçada.

Os inaladores utilizados pelos utentes eram muito variáveis, desde o Diskus (21%), Breezhaler (18%), Novolizer (15%), pMDI (6%) e Turbohaler (6%). Devido a essa variedade não foi possível associar um determinado tipo de dispositivo a uma maior incidência de erros cometidos. Apenas se poderá referir que uma grande parte dos doentes utiliza mais do que um dispositivo diferente e, tal como referido anteriormente, essa não é a situação ideal para este tipo de doentes, porque pode aumentar a probabilidade de erro. No entanto, uma vez que os erros documentados neste estudo não dizem respeito a questões relacionadas com o tipo de inalador, mas sim questões transversais a todos os modelos (como a expiração por exemplo), essa não será a explicação mais provável para a falha das manobras inalatórias.

Para além da avaliação da técnica propriamente dita foi perguntado aos doentes se tinham por hábito lavar a boca ou bochechar após a inalação. Apenas 1 (3%) dos 34 doentes tinha essa rotina, 97% não sabiam que esse comportamento poderia diminuir os efeitos secundários da medicação. O doente que tinha esse cuidado diário era um dos 3 que não cometeu qualquer erro durante a avaliação.

Apesar dos contactos telefónicos e pessoais que realizei, apenas 12 dos 31 doentes que cometiam erros regressaram à farmácia para uma segunda avaliação. Nessa segunda entrevista, todos os 12 doentes realizaram a técnica sem cometerem qualquer erro e todos procediam à lavagem da boca após a inalação da medicação.

Uma das doentes queixava-se anteriormente que tinha a língua vermelha e inchada e desde que começou a realizar a lavagem da boca sentia melhoras significativas.

Outros também realçaram a utilidade da explicação, que foi clara e perceptível e que aprenderam ou recordaram alguns aspetos que já não se lembravam.

Alguns doentes que não tinham sido considerados no estudo, uma vez que era a primeira vez que iam utilizar a medicação e a técnica inalatória tinha sido ensinada por mim, também voltaram. Foi possível perceber que não cometiam erros durante as manobras de inalação.

Estes dados mostram a clara evidência do efeito positivo que a educação e revisão da técnica inalatória poderão ter no desempenho diário destes doentes.

6. O papel do farmacêutico

A maioria dos doentes com os problemas respiratórios referidos anteriormente é acompanhada pelo médico de família ou até por um médico da especialidade. Contudo, devido às pressões de tempo e recursos nestes serviços, muitas vezes o tempo de contacto entre médico e doente é muito reduzido.

Uma abordagem integrada, que utilize o tempo de contacto do doente com outros serviços de saúde, incluindo os farmacêuticos comunitários pode ser benéfica para a gestão destes problemas. Para além disso, a conveniência da farmácia em termos de localização, horário de funcionamento e oportunidade de atendimento a qualquer momento, devem ser fatores a ter em consideração³².

O farmacêutico pode ajudar na gestão da doença, não só pela dispensa dos medicamentos, mas também através do aconselhamento pessoal e educação em termos de posologia, técnica de inalação, expectativas do tratamento e a importância da sua adesão.

A intervenção farmacêutica foi associada a melhorias significativas na técnica de inalação, na adesão à medicação e na diminuição significativa das exacerbações da doença e da taxa de hospitalização³².

Consequentemente, este cuidado deveria fazer parte das diretrizes farmacêuticas e tornar-se parte integrante dos cuidados farmacêuticos regulares⁴⁴.

7. Conclusão

Embora a terapia inalatória tenha potencial para controlar algumas doenças respiratórias, esse controlo muitas vezes não é alcançado na prática. Um dos principais motivos são os erros que ocorrem durante a execução da técnica inalatória.

Este estudo comprova que o desempenho dos doentes é, no geral, fraco, mas que pode ser claramente melhorado através de formação e avaliação regulares.

A aprendizagem sobre o manuseamento correto de um dispositivo inalatório é uma técnica que exige verificações regulares, pois pode sofrer um declínio ao longo do tempo. As instruções escritas, por si só, não são suficientes. Outras ferramentas poderão ser tidas em conta como instruções verbais, demonstrações e sessões práticas ou materiais educativos multimédia.

Para isso é fundamental que todos os profissionais de saúde, em particular médicos e farmacêuticos, estejam qualificados e atualizados sobre o uso de dispositivos inalatórios e apliquem esses conhecimentos regularmente no acompanhamento destes doentes. Se assim acontecer, a adesão, controlo da doença e qualidade de vida destes utentes vai certamente melhorar muito.

Caso de estudo 2 – Diagnóstico do tipo de pele e aconselhamento dermocosmético

1. Enquadramento do caso de estudo

Nos dias de hoje as preocupações com o aspeto físico e o envelhecimento estão cada vez mais em voga. Os cuidados com a pele e a procura de produtos adequados e com qualidade têm vindo a aumentar. A farmácia comunitária é um dos locais mais procurados pelos utentes quando pretendem adquirir algum produto ou resolver alguma questão dermatológica. Por me aperceber dessa procura durante o meu estágio, e de alguma falta de informação, decidi intervir de modo a proporcionar aos utentes da FM um diagnóstico do tipo de pele e um aconselhamento dermocosmético personalizado.

2. Objetivos

- Informar sobre as características da pele, os seus tipos e os cuidados adequados para cada caso;
- Diagnosticar o tipo de pele dos utentes da FM;
- Proceder ao aconselhamento dermocosmético personalizado tendo em conta o tipo de pele;
- Discutir o papel do farmacêutico nesta área.

3. Introdução

3.1. A pele

A pele é o maior órgão do corpo humano, compreende 16% do seu peso total, e devido à sua localização e extensão possui muitas funções importantes^{45,46}. As principais são a função sensorial (relacionada com o sistema nervoso central e imunitário) e de proteção.

Fazem parte das funções de proteção: a função barreira (microbiana, química, elétrica, térmica, etc), excretora, imunitária, homeostática e de produção (vitamina D)⁴⁵.

É um órgão dinâmico, em constante mudança, constituído por três camadas de tecido: epiderme, derme e hipoderme.

3.1.1. *Epiderme*

É a camada mais externa da pele e por isso a sua principal função é de barreira protetora, tanto do exterior para o interior como o contrário. É constituída por epitélio estratificado pavimentoso dividido em quatro camadas: estrato basal, espinhoso, granuloso e córneo⁴⁶.

As suas principais células são os queratinócitos e os melanócitos. Os primeiros produzem queratina e os segundos são responsáveis pela produção de melanina, o pigmento que dá cor à pele^{45,46,47}.

Os queratinócitos são produzidos na camada basal e migram em direção à superfície da pele, num processo denominado queratinização. Durante este processo as células acabam por se transformar em corneócitos e morrer, formando uma camada exterior resistente que se apresenta como uma barreira eficaz^{45,48}.

Estão ainda presentes nesta camada células de Langerhans com função imunitária e células de Merckel responsáveis por funções sensitivas⁴⁵.

A epiderme possui também os anexos da pele: unhas, pelos, glândulas sudoríparas e sebáceas⁴⁷. Estas glândulas, que têm origem na derme, são responsáveis pela produção do filme hidrolipídico que ajuda a manter a pele firme e protegida⁴⁹.

3.1.2. *Derme*

Camada intermediária da pele constituída por tecido conjuntivo com fibras de colagénio, fibras elásticas (elastina) e fibras reticulares (reticulina). O colagénio e a elastina são as substâncias que dão força e flexibilidade à pele. Com o envelhecimento natural a sua produção diminui, dando origem ao aparecimento de rugas e flacidez^{45,47}. Estas fibras estão rodeadas por uma matriz de substâncias mucopolissacarídeas, que transporta água de forma a facilitar a passagem de nutrientes e outros produtos, atuando como lubrificante para permitir o movimento da pele e ao mesmo tempo dando firmeza para aguentar as pressões externas⁴⁸.

Apresenta também vasos linfáticos e alguns sanguíneos, folículos pilosos, glândulas sebáceas e terminações nervosas⁴⁷. Todas estas estruturas têm a função de nutrir a camada superior epidérmica.

Encontra-se dividida em duas camadas: derme reticular ou profunda e derme papilar. A primeira é a principal camada, constituída por tecido conjuntivo denso e irregular. A derme papilar é constituída por tecido conjuntivo laxo e feixes de fibras mais finas⁴⁵.

3.1.3. *Hipoderme*

Camada mais interior constituída por tecido conjuntivo, adipócitos, macrófagos e vasos sanguíneos. A sua espessura é bastante variável dependendo da parte do corpo onde se encontra. A principal função é acumular energia para o desempenho das funções biológicas e manter a temperatura corporal^{45,47}.

3.2. Os diferentes tipos de pele

Existem numerosas classificações para os diferentes tipos de pele, mas a que mais se relaciona com o aconselhamento dermocosmético é aquela que tem em conta a quantidade de sebo presente na pele, e que por isso a distingue em quatro tipos: pele normal, seca, oleosa ou mista^{45,50}. Algumas classificações consideram que existe ainda um quinto tipo: a pele sensível, que não está relacionada com a presença ou ausência de gordura.

A quantidade de sebo é característica de cada indivíduo, devido à sua herança genética, mas pode ser influenciada por vários fatores como a idade, fatores hormonais, o estado de saúde, a situação geográfica ou a etnia^{45,50}.

3.2.1. *Pele normal*

A pele normal, ou eudérmica, é uma pele equilibrada que tem esta designação por exclusão das outras características, uma vez que não é oleosa nem seca e, sobretudo, é saudável^{49,50}.

Como todos os processos fisiológicos referidos anteriormente se encontram normais, apresenta-se com textura suave, lisa, sem imperfeições, firme, flexível, mate, clara e rosada (devido à boa microcirculação), com poros finos e pouco visíveis^{45,47,49,50}.

Este é um tipo de pele difícil de encontrar, sendo normalmente característica de peles jovens e muitas vezes somente antes da puberdade.

3.2.2. *Pele seca*

Este tipo de pele, também conhecido como o fenómeno de xerose cutânea, é consequência de uma mudança na coesão e funcionalidade dos corneócitos, que causa insuficiência de água nas camadas superficiais do estrato córneo⁵⁰.

Em condições normais, cada corneócito contém substâncias denominadas fatores hidratantes naturais (FHN), resultantes da degradação enzimática das filagrinas, que fixam uma certa quantidade de água entre os corneócitos. São exemplo de FHN a ureia, aminoácidos e o ácido láctico. Uma diminuição na função enzimática, por conseguinte, vai diminuir o teor de FHN, facilitando uma descamação desorganizada do tecido epitelial. Esta variação pode dever-se a uma alteração qualitativa e quantitativa de enzimas e/ou a uma alteração do pH da epiderme^{49,50}. Outros fatores que também predis põem para a pele seca são: a hiperproliferação da epiderme, resultante de uma deficiência no processo de renovação dos queratinócitos e a diminuição da síntese lipídica, que dificulta a sua função barreira.

A pele seca é caracterizada como sendo áspera, baça, com falta de elasticidade e sensação de repuxamento. Apresenta poros pouco visíveis e um aspeto descamativo. Existe a possibilidade da existência de prurido, irritação e vermelhidão, uma vez que o estrato córneo se encontra comprometido^{45,49,50}.

3.2.3. *Pele oleosa*

Resulta de uma sobreactividade das glândulas sebáceas por problemas genéticos, hormonais, de stress, agressões químicas ou radiação UV, com excesso de produção de sebo.

Tem uma aparência brilhante, gordurosa, com poros dilatados, pontos negros e brancos^{45,50}. Como as glândulas estão mais presentes no rosto, pescoço, ombros e tórax, é nestas zonas que se evidenciam mais estas características.

3.2.4. *Pele mista*

Apresenta uma alternância entre um aspeto oleoso e com poros dilatados na “zona T” (testa, nariz e queixo), e seco nas bochechas e extremidades. É por isso uma pele complexa, com particularidades especiais, mas muito comum^{47,50}.

3.2.5. *Pele sensível*

A pele sensível é uma pele reativa, que é facilmente irritada por diferentes fatores como produtos de cuidados da pele ou diferenças de temperatura, que são geralmente tolerados numa pele normal. Tem etiologia genética e ocorre quando a função de barreira natural da pele é

comprometida, causando perda de água e permitindo a penetração de substâncias irritantes. É mais frequente nas populações de pele clara. Este é um fenómeno complexo, com ou sem sintomas clínicos, os quais podem apresentar-se isolados ou em associação com outras doenças da pele e tem um impacto considerável na qualidade de vida^{47,49,50,51}.

Alguns dos sintomas são: sensação de formigueiro, ardor, picadas, e aperto da pele, embora a intensidade varie muito de um indivíduo para o outro⁵¹.

3.3. Diagnóstico do tipo de pele

É necessário determinar previamente o tipo de pele para se conseguir indicar quais os produtos mais adequados em cada caso específico. Para proceder ao diagnóstico do tipo de pele os profissionais de saúde podem recorrer a equipamentos específicos ou à avaliação visual para medir parâmetros como a oleosidade, hidratação, cor, sinais de envelhecimento, sensibilidade, entre outros.

Outros instrumentos válidos para a inclusão da pele num determinado grupo são os questionários realizados ao doente/consumidor, com perguntas-chave que permitam conhecer as principais características da pele e do estado de saúde do indivíduo. É também importante identificar quais as suas principais preocupações e problemas dermatológicos, bem como os hábitos de higiene e cuidado da pele.

3.3.1. A classificação de Baumann

O sistema de classificação de Baumann é um questionário muito completo, com 64 perguntas, que analisa vários aspetos das diferentes características da pele. Tem em consideração quatro parâmetros: a oleosidade da pele (caracterizando-a como seca ou oleosa), a sensibilidade (sensível ou resistente), a pigmentação (pigmentada ou não pigmentada) e o envelhecimento (enrugada ou firme). Esta avaliação pode resultar em 16 tipos diferentes de pele como se pode observar na tabela 5^{52,53}.

Tabela 5 - Tipos de pele: classificação do questionário Baumann⁵²

O - oleosa / D – seca; S - sensível / R - resistente; P – pigmentada / N - não pigmentada; W - enrugada / T – firme

	<i>Pigmentada</i>	<i>Não-Pigmentada</i>	<i>Pigmentada</i>	<i>Não-Pigmentada</i>	
<i>Sensível</i>	OSPW	OSNW	DSPW	DSNW	<i>Enrugada</i>
<i>Sensível</i>	OSPT	OSNT	DSPT	DSNT	<i>Firme</i>
<i>Resistente</i>	ORPW	ORNW	DRPW	DRNW	<i>Enrugada</i>
<i>Resistente</i>	ORPT	ORNT	DRPT	DRNT	<i>Firme</i>

3.4. Aconselhamento dermocosmético

3.4.1. Cuidados comuns

Existem algumas práticas comuns a todos os tipos de pele para que esta se mantenha saudável. Esses cuidados incluem: limpeza, hidratação e proteção contra a radiação solar. A rotina de cuidados diários deve ser feita duas vezes ao dia: de manhã e à noite.

3.4.1.1. Limpeza

Uma limpeza diária profunda é o primeiro passo para um cuidado eficaz da pele. O objetivo é a remoção da sujidade, suor, sebo e, se aplicável, maquilhagem, preparando a pele para os cuidados seguintes. A pele limpa absorve melhor os ingredientes ativos dos produtos de cuidado.

A água por si só não tem capacidade para remover os materiais oleosos, e por isso é necessário usar produtos de limpeza à base de surfatantes. O sabão foi o primeiro exemplo de surfatante utilizado. Contudo, se a pele for limpa frequentemente com sabonetes comuns e agressivos, a sua função barreira pode ficar enfraquecida, uma vez que estes alteram o pH natural ligeiramente ácido para um pH neutro ou alcalino. É por isso importante escolher produtos suaves para a limpeza da pele^{47,49,54}. Para tal, existem duas opções válidas: o leite (para peles secas) ou o gel de limpeza (pele normal, oleosa ou mista).

Após a limpeza deve ainda ser aplicado um tónico que permita remover os resíduos dos produtos de limpeza, refrescar a pele e restaurar o seu pH natural.

Duas vezes por semana pode ainda proceder-se a uma esfoliação para retirar as células mortas e estimular a renovação celular⁴⁷.

3.4.1.2. Hidratação

Uma boa hidratação ajuda a manter a integridade da camada de proteção cutânea e evita problemas como descamação, envelhecimento precoce e irritações. Diariamente, devem ser utilizados cremes hidratantes adequados a cada tipo de pele e específicos para o rosto e o corpo. Tal como a limpeza, a hidratação também deve ser efetuada de manhã e à noite⁴⁷.

Para além do uso de produtos específicos, recomenda-se a ingestão diária de, no mínimo, dois litros de água, para uma pele ainda mais saudável⁴⁷.

As principais substâncias usadas nos produtos de hidratação são: humectantes (glicerol), emolientes e hidroxiácidos (ácido láctico) que atuam de forma a facilitar a descamação e melhorar a biossíntese lipídica. A niacinamida (vitamina B3) regula positivamente a biossíntese endógena lipídica e, consequentemente, proporciona uma melhoria significativa da função barreira do estrato córneo⁵⁴.

3.4.1.3. Proteção solar

A proteção solar é essencial no cuidado diário de todos os tipos de pele. Este assunto será discutido em pormenor no caso de estudo 3 deste relatório.

3.4.2. *Cuidados específicos*

3.4.2.1. Pele seca

Para o cuidado de uma pele deste tipo é importante evitar os fatores que contribuem para a secura e irritação da pele como o ar seco, a água quente, produtos com corantes, perfumes e parabenos⁴⁷.

Na limpeza devem ser usados produtos à base de água e de óleo, e na hidratação devem ser restabelecidos os fatores hidratantes naturais em falta⁴⁹. Se for utilizado um tónico de limpeza, este não deve ter álcool, porque iria contribuir ainda mais para a desidratação da pele, uma vez que retira os lípidos naturais da pele.

3.4.2.2. Pele oleosa

Na pele oleosa a limpeza é o passo fundamental, uma vez que permite retirar o excesso de sebo da pele, mas a hidratação também é necessária. Neste caso é recomendado o uso de produtos à base de água e não de óleo (*oil-free*), para não contribuírem para o aumento da gordura da pele⁴⁹.

4. **Ação na Farmácia Moderna**

No âmbito deste tema realizei um diagnóstico de pele aos utentes da FM, em dois dias diferentes do mês de junho. Para isso usei o questionário de Baumann referido anteriormente, embora adaptado e reduzido, uma vez que a extensão da versão original era pouco adequada à avaliação rápida e simples pretendida. Selecionei as 13 perguntas mais relevantes, das 64 que constavam no questionário original, e acrescentei algumas questões pessoais como a idade, alterações hormonais e hábitos no cuidado da pele, para conseguir realizar um aconselhamento ainda mais personalizado.

Os utentes eram informados, durante o atendimento ao balcão, da ação que estava a ser desenvolvida na FM e convidados a participar na hora ou em qualquer outro horário mais conveniente, durante esses dois dias.

Após a finalização do inquérito era comunicado o diagnóstico ao utente e preenchido um plano de aconselhamento com opções de produtos existentes na farmácia para o cuidado da sua pele. O plano era dividido em ações de limpeza, hidratação, correção (anti-envelhecimento/rugas ou maquilhagem) e proteção solar. Estes cuidados poderiam ser diários ou extraordinários (semanalmente ou mensalmente), no caso de uma exfoliação, por exemplo. Estes documentos podem ser consultados nos anexos 6 e 7.

Nesta ação participaram no total 11 utentes, todos do sexo feminino, com diversos tipos de pele e diferentes hábitos de cuidado. No final o impacto foi bastante positivo, as utentes ficaram esclarecidas sobre o seu tipo de pele, e recetivas e interessadas no seu cuidado diário, principalmente nos passos de limpeza, hidratação e proteção solar.

5. **Conclusão**

Numa sociedade em que as questões cosméticas e dermatológicas estão cada vez mais presentes no dia-a-dia das pessoas, é necessário que a farmácia e os farmacêuticos consigam ter um papel educativo, e não apenas comercial, no aconselhamento deste tipo de produtos.

O tipo de pele e as suas características têm de ser tidos em conta antes da utilização de qualquer produto, para que o utente possa beneficiar plenamente do tratamento a que se submete e, sobretudo, não pôr em risco a saúde da sua pele.

Para isso, a prévia classificação do tipo de pele e o conhecimento dos produtos e cuidados a ter são fulcrais para a eficácia do tratamento.

Caso de estudo 3 – Determinação do fototipo da pele e recomendações sobre proteção solar

1. Enquadramento do caso de estudo

Uma vez que a maior parte do meu estágio decorreu no período da primavera e verão, pude acompanhar a procura de produtos de proteção solar por parte dos utentes. Embora existisse essa procura, não havia muito conhecimento sobre qual o fator de proteção mais indicado e algumas regras fundamentais sobre a sua aplicação. Senti, por isso, a necessidade de esclarecer e aconselhar os utentes sobre esta matéria.

2. Objetivos

- Discutir os efeitos das radiações solares e a importância da proteção solar;
- Determinação do fototipo de doentes da FM e aconselhamento sobre proteção solar adequada;
- Perceber o papel do farmacêutico na farmácia comunitária neste aconselhamento.

3. Introdução

3.1. A radiação solar

A radiação solar que atinge a superfície terrestre é composta por radiação visível, infravermelha (IV) e ultravioleta (UV). Destes três tipos de radiação, aquela que é mais ativa biologicamente é a radiação UV, que pode ser dividida em radiação UVA, UVB e UVC. Contudo, uma vez que a UVC é totalmente absorvida pela camada do ozono e não chega à superfície terrestre, aquelas que têm maiores efeitos sobre a pele são a UVA (340-400nm) e UVB (290-320nm)^{45,47}.

As radiações UVA penetram profundamente na pele, ao nível da derme, sendo responsáveis por processos como o fotoenvelhecimento e o cancro da pele. A sua intensidade varia pouco ao longo do dia. Já a radiação UVB é mais intensa entre as 10h e as 16h e é a principal responsável pelas queimaduras solares e pela vermelhidão na pele, uma vez que é absorvida principalmente ao nível da epiderme. Enquanto a UVB provoca danos diretos no DNA, os comprimentos de onda UVA não interagem diretamente com o DNA ou proteínas, mas sim com os cromóforos existentes na pele. Quando estas moléculas absorvem radiação UV formam radicais livres, que por sua vez transferem energia ou carga às moléculas vizinhas, como o oxigénio, produzindo espécies reativas de oxigénio (ROS). Estas espécies atacam estruturas biológicas como os fosfolípidos, DNA e proteínas^{45,47,54}.

3.2. Os efeitos do sol

Os benefícios para a saúde humana provenientes da exposição solar já são conhecidos há alguns séculos, sendo prática recomendada para o tratamento de algumas doenças, como a tuberculose. A sensação de bem-estar físico e mental, o estímulo à produção de melanina e o tratamento da icterícia são outros benefícios da radiação solar⁵⁵.

O sol tem ainda um papel importante na síntese de vitamina D, que no organismo humano contribui para o aumento da absorção de cálcio e fósforo dos alimentos, para o fortalecimento dos ossos, para a função imunitária e para a formação de células sanguíneas⁵⁵.

Por outro lado, grandes quantidades de radiação são prejudiciais, pois se a quantidade de radiação UV exceder os limites a partir dos quais os mecanismos de defesa se tornam ineficazes, poderão ser causados graves danos a nível do organismo humano. Para além disso, a exposição à radiação UV tem efeito cumulativo^{47,55}. Os principais efeitos negativos na saúde humana ocorrem ao nível da pele, dos olhos (cataratas) e do sistema imunitário (imunossupressão)⁵⁵. Ao nível da pele pode ocorrer apenas o surgimento de sardas, manchas, rugas e bronzeamento mas também situações mais graves como tumores benignos ou cancerosos^{47,55}.

Os efeitos do sol podem ser divididos em efeitos imediatos (pigmentação imediata e síntese de vitamina D), retardados (queimadura solar e bronzeado) e a longo prazo (fotoenvelhecimento e cancro da pele)⁴⁵.

3.3. Proteção solar

3.3.1. *Filtros UV*

Os protetores solares são compostos por filtros UV que absorvem (químicos) ou refletem (físicos) esta radiação.

Os protetores físicos, à base de dióxido de titânio e óxido de zinco, depositam-se na epiderme refletindo e dispersando as radiações incidentes. Estas substâncias são fotoestáveis e não penetram na pele. Contudo, têm a desvantagem de serem de difícil remoção e promoverem o branqueamento cutâneo e a coloração da roupa. São os mais utilizados quando se pretende uma proteção segura e abrangente, principalmente em crianças com idade inferior a três anos, grávidas, e pessoas com pele sensível^{45,47}.

Já os filtros químicos absorvem a radiação e convertem-na em radiação não nociva para a pele^{45,47}. Têm como vantagens o facto de terem uma boa cosmetividade, texturas invisíveis e serem de fácil espalhamento. No entanto, há riscos de sensibilidade cutânea e a sua fotoestabilidade é variável. As substâncias mais comuns nestes filtros são: os cinamatos, salicilatos e ácido-paraminobenzoico (PABAs)⁴⁵.

A definição de protetor ideal é aquele que tem um amplo espectro, ou seja, uma boa absorção dos raios UVA e UVB, não é irritante, é fotoestável e tem uma certa resistência à água⁴⁷.

3.3.2. Fator de proteção solar (FPS)

Para medir a eficácia de um protetor solar, o método mais aceite é o fator de proteção solar. Este é definido como o quociente entre a dose mínima de radiação UV necessária para produzir eritema numa zona onde foi colocado um protetor e a mesma dose numa zona não protegida.

Por exemplo: um FPS15 significa que a dose de radiação UV necessária para provocar eritema com proteção é 15 vezes maior do que sem proteção. É assim possível calcular o período de tempo que se encontra protegido da queimadura solar. Para isso multiplica-se o intervalo de tempo (em minutos) que normalmente a pele demora até ficar queimada sem proteção solar (por exemplo 10 minutos) pelo número do FPS (15 por exemplo). Assim, aumenta de 10 para 150 minutos o tempo de proteção contra a queimadura solar⁴⁵.

O valor de FPS apenas avalia o grau de proteção para a radiação UVB, do eritema, não havendo ainda um método uniforme para a medição da radiação UVA e dos seus efeitos a longo prazo.

A proteção segundo o FPS é classificada como: baixa (FPS entre 2-15), média (15-30), elevada (30-50) e muito elevada (50+). A partir de determinado FPS a proteção UV mantém-se quase constante^{45,47}.

Em relação aos raios UVA, a sua proteção pode ser mensurada em estrelas, de 0 a 4 (onde 0 é nenhuma proteção e 4 é altíssima proteção) ou em números: < 2 (não há proteção), 2-4 (baixa proteção), 4-8 (média proteção), 8-12 (alta proteção) e > 12 altíssima proteção⁴⁷.

3.3.3. Fototipo

Há vários fatores que devem ser considerados ao escolher o fator de proteção solar mais adequado como o tipo de pele, o nível e a duração da exposição, entre outros. Contudo, o fator mais importante a ter em conta é o fototipo da pele.

A mais conhecida classificação dos fototipos cutâneos é a escala Fitzpatrick (tabela 6), que divide a pele em fototipos a partir da capacidade de cada pessoa, sob exposição solar, se bronzear e ficar vermelha e a sua sensibilidade à radiação.

Tabela 6 - Classificação dos fototipos da pele segundo a escala de Fitzpatrick⁴⁵

Fototipo	Eritema	Bronzeado	Sensibilidade ao sol	FPS recomendado
1	Sempre	Nunca	Muito sensível	50
2	Quase sempre	Muito pouco	Sensível	50
3	Frequente	Moderado	Normal	30
4	Muito pouco	Fácil	Normal	20
5	Raramente	Muito fácil	Pouca	6-20
6	Não queima	Sempre	Insensível	6-15

3.3.4. Regras de proteção solar

Vários cremes de dia já incluem FPS (normalmente FPS15) mas em situações de maior exposição ao sol ou tipos de pele mais sensíveis é necessário usar um FPS mais alto.

- O produto deve ser aplicado ainda em casa, sempre 20 minutos antes da exposição solar, e reaplicado ao longo do dia a cada 2 horas. Se houver muita transpiração ou contacto com água deve ser aplicado mais frequentemente.
- É necessário aplicar uma boa quantidade do produto, uniformemente, de modo a não deixar nenhuma área desprotegida. Não devem ser esquecidas as áreas de difícil acesso ou mais sensíveis como as orelhas, ombros, decote, pescoço e peito do pé.
- O filtro solar deve ser usado todos os dias, mesmo quando o tempo estiver frio ou nublado, pois a radiação UV atravessa as nuvens⁴⁷.
- A aplicação do protetor solar por si só não é suficiente para uma boa fotoproteção. É preciso complementar com outros mecanismos, como roupas, chapéus e óculos apropriados. Também é importante consultar um dermatologista regularmente para uma avaliação cuidadosa da pele⁴⁷.

Alguns dos cuidados recomendados na exposição solar são^{47,54}:

- Minimizar a exposição à radiação UV principalmente no horário entre as 11h e 16h, quando a radiação UVB é mais intensa;
- Tapar o corpo com roupas apropriadas, como camisa e calças;
- Utilizar chapéu de abas largas que protege os pavilhões auriculares, o nariz e a região frontal e completa a proteção do cabelo;
- Usar óculos escuros com proteção UV;
- Não expor diretamente ao sol crianças com menos de 3 anos de idade;
- No caso de estar a tomar alguma medicação é importante consultar o médico ou o farmacêutico, uma vez que alguns fármacos podem aumentar a sensibilidade ao sol.

4. Ação na Farmácia Moderna

No âmbito deste tema de proteção solar promovi uma ação na FM, em alguns dias do mês de junho e julho, em que convidei os utentes para uma determinação do fototipo e um pequeno esclarecimento sobre os cuidados a ter com o sol. A determinação foi realizada através de uma avaliação visual da pele e do recurso à classificação da escala de Fitzpatrick (tabela 6). Essa informação foi complementada com a entrega de um panfleto (anexo 8). No anexo 9 está presente o cartaz que convidava os utentes que esteve exposto na FM durante esses dias.

Durante esse contacto pude perceber que a proteção solar não é um hábito diário para a maioria da população. Apesar disso, uma grande parte das pessoas utiliza protetores em situações de

exposição mais prolongada como é o caso da praia, ou em dias de maior calor. Contudo, nem sempre cumprem as regras da sua aplicação.

Os casos mais dramáticos foram: uma utente de meia-idade que nunca utilizou protetor solar, mesmo na praia; e o de um jovem adulto que trabalha ao ar livre e também não tem qualquer tipo de cuidado com a sua pele, afirmando até usar óleo corporal sem qualquer FPS quando se desloca à praia ou piscina.

Nesse sentido penso que a minha ação teve um impacto positivo uma vez que consegui alertar estas pessoas para o perigo da exposição solar desprotegida e aconselhar algumas regras importantes e produtos que não são tão inalcançáveis a nível de preço e de oferta, como inicialmente pensavam.

5. Conclusão

A proteção solar, apesar de essencial, é bastante descorada pela grande maioria da população, pelo que cabe ao farmacêutico o dever de alertar, informar e aconselhar os utentes em relação aos cuidados a ter. Este aconselhamento pode ser efetuado tanto em contacto direto com o utente como nas diversas campanhas de divulgação realizadas na farmácia. Com tanta oferta de produtos e informação não se justifica que situações graves e evitáveis continuem a acontecer pela falta de adesão da população. É por isso fulcral uma contribuição ativa do farmacêutico na mudança desta realidade.

Conclusão geral

Ao longo destes seis meses de estágio curricular tive a oportunidade de vivenciar o dia-a-dia de um farmacêutico comunitário. Esta experiência foi muito enriquecedora para mim, permitindo-me crescer tanto a nível profissional como pessoal. Neste contacto com a realidade de uma farmácia pude consolidar os conhecimentos que obtive ao longo do curso, mas também adquirir muitas competências que complementam essa formação.

Para além de todas as questões técnicas e teóricas que desenvolvi, destaco o contacto com o utente como uma das maiores e mais gratificantes aprendizagens deste percurso. Consegui testemunhar a proximidade e confiança entre o farmacêutico e o doente, e perceber a responsabilidade que o profissional tem ao zelar pela sua saúde e qualidade de vida.

Os casos de estudo que desenvolvi permitiram-me, não só, aprofundar os temas investigados mas também criar uma relação mais direta com os utentes. Perceber que as minhas ações tiveram algum impacto na qualidade de vida dos doentes e que estes poderão beneficiar dos seus efeitos no presente e futuro foi, sem dúvida, muito recompensador.

Tenho a certeza que esta experiência terá um papel fundamental no meu futuro como farmacêutica.

Referências Bibliográficas

- [1] Código Deontológico da Ordem dos Farmacêuticos.
- [2] Conselho Nacional da Qualidade da Ordem dos Farmacêuticos (2009). *Boas Práticas Farmacêuticas para a farmácia comunitária*. 3ª edição.
- [3] Decreto-Lei n.º 307/2007, de 31 de agosto, “Regime jurídico das farmácias de oficina”, publicado em Diário da República n.º 168 de 31/08/2007.
- [4] Normas relativas à dispensa de medicamentos e produtos de saúde. INFARMED, I.P. e Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS).
- [5] Decreto-Lei n.º 176/2006 de 30 de agosto, “Regime jurídico dos medicamentos de uso humano”, parte integrante da Legislação Farmacêutica Compilada do INFARMED, I.P.
- [6] Decreto-Lei n.º 189/2008 de 24 de setembro, “Regime jurídico dos produtos cosméticos e de higiene corporal”, publicado em Diário da República n.º 185 de 24/09/2008.
- [7] Decreto-Lei n.º 95/2004, de 22 de abril, que regula a “Prescrição e a preparação de medicamentos manipulados”, parte integrante da Legislação Farmacêutica Compilada do INFARMED, I.P.
- [8] Decreto-Lei n.º 216/2008, de 11 de novembro, relativo aos alimentos dietéticos destinados a fins medicinais específicos, publicado em Diário da República n.º 219 de 11/11/2008.
- [9] Decreto-Lei n.º 136/2003, de 28 de junho, que regula os suplementos alimentares, publicado em Diário da República n.º 147 de 28/06/2003.
- [10] Decreto-Lei n.º 184/97 de 26 de julho, “Regime jurídico dos medicamentos de uso veterinário farmacológicos”, parte integrante da Legislação Farmacêutica Compilada do INFARMED, I.P.
- [11] Decreto-Lei n.º 273/95, de 23 de outubro, “Regras a que devem obedecer o fabrico, a comercialização e a entrada em serviço dos dispositivos médicos e respectivos acessórios”, parte integrante da Legislação Farmacêutica Compilada do INFARMED, I.P.
- [12] Decreto-Lei n.º 128/2013, de 5 de setembro, alteração ao Decreto-Lei n.º 176/2006, de 30 de agosto, que estabelece o regime jurídico dos medicamentos de uso humano, parte integrante da Legislação Farmacêutica Compilada do INFARMED, I.P.
- [13] Decreto-Lei n.º 11/2012, de 8 de março, que estabelece as novas regras de prescrição e dispensa de medicamentos, parte integrante da Legislação Farmacêutica Compilada do INFARMED, I.P.
- [14] Despacho n.º 15700/2012, de 30 de novembro, que aprova os modelos de receita médica, publicado em Diário da República n.º 238 de 10/12/2012.
- [15] Decreto-Lei n.º 48-A/2010, de 13 de maio, que aprova o regime geral das comparticipações do Estado no preço dos medicamentos, parte integrante da Legislação Farmacêutica Compilada do INFARMED, I.P.

- [16] Decreto-Lei n.º 270/2002 de 2 de dezembro, que estabelece o sistema de preços de referência para efeitos de comparticipação pelo Estado no preço dos medicamentos, parte integrante da Legislação Farmacêutica Compilada do INFARMED, I.P.
- [17] Decreto-Lei n.º 17690/2007, de 23 de julho, que apresenta a lista das situações de automedicação, publicado em Diário da República, 2ª série, n.º 154 de 10/08/2007.
- [18] 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, parte integrante da Legislação Farmacêutica Compilada do INFARMED, I.P.
- [19] Portaria n.º 769/2004, de 1 de Julho, que estabelece que o cálculo do preço de venda ao público dos medicamentos manipulados, parte integrante da Legislação Farmacêutica Compilada do INFARMED, I.P.
- [20] Direção-Geral da Saúde (2015). A Saúde dos Portugueses, Perspetiva 2015. 2183-5888.
- [21] INFARMED. Farmacovigilância: Notificação de Reação Adversa Medicamentosa. Disponível em: http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/PERGUNTAS_FREQUENTES/MEDICAMENTOS_USO_HUMANO/MUH_FARMACOVIGILANCIA [acedido em 2/08/2016].
- [22] Valormed. Disponível em: <http://www.valormed.pt/pt/conteudos/conteudo/id/18> [acedido em 2/8/2016].
- [23] Direção Geral da Saúde: Diagnóstico, controlo e tratamento da Hipertensão Arterial. Disponível em: <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006254.pdf> [acedido em 3/8/2016]
- [24] Associação Portuguesa dos diabéticos de Portugal: Valores de Referência. Disponível em: <http://www.apdp.pt/a-diabetes/a-pessoa-com-diabetes/valores-de-referencia#valores-de-referencia> [acedido em 3/8/2016]
- [25] Sociedade Portuguesa de Cardiologia. Disponível em: <http://www.spc.pt/spc/Microsites/Passaporte/kit/passaporte/colesterol/valores.aspx> [acedido em 3/8/2016]
- [26] Darbà J, Ramirez G, Sicras A, García-Bujalance L, Torvinen S, Rosa RS (2016). Identification of factors involved in medication compliance: incorrect inhaler technique of asthma treatment leads to poor compliance. *Patient preference and adherence*; 10: 135.
- [27] Global Initiative for Asthma. Global Strategy for Asthma Management and Prevention, 2016. Disponível em: www.ginasthma.org [acedido a 10/8/2016]
- [28] Maricoto T, Rodrigues LV, Teixeira G, Valente C, Andrade L, Saraiva A (2015). Assessment of Inhalation Technique in Clinical and Functional Control of Asthma and Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Acta Médica Portuguesa*; 28(6): 702-707.
- [29] Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (2005). “Guia de bolso para o diagnóstico, a conduta e prevenção da DPOC”. Anexo Gráfica e editora.

- [30] Lee JY, Yoo KH, Kim DK, Kim SH, Kim TE, Kim TH, *et al* (2016). Effects of Educational Interventions for Chronic Airway Disease on Primary Care. *Journal of Korean Medical Science*; 31(7): 1069-1074.
- [31] Direção Geral da Saúde. (2014). “Boas Práticas e Orientações estratégicas para o controlo da asma no adulto e na criança”. *Programa Nacional para as Doenças Respiratórias*.
- [32] Molen TVD, Boven JFM, Maguire T, Goyal P, Altman P (2016). Optimizing identification and management of COPD patients—reviewing the role of the community pharmacist. *British Journal of Clinical Pharmacology*.
- [33] Direção Geral da Saúde. (2011). “Norma 016/2011: Abordagem e controlo da asma”.
- [34] Direção Geral da Saúde. (2013) “Manual para a abordagem da Sibilância em idade pediátrica”.
- [35] Direção Geral da Saúde. (2011). “Norma 028/2011: Diagnóstico e Tratamento da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica”.
- [36] Silveira P, Rocha L, Ferreira J (1998). Técnicas de medicação inalatória: saberão os clínicos utilizar os dispositivos inalatórios?. *Rev Port Imunoalergol*; 5(1): 37-42.
- [37] Mesquita S, Gomes E, Cunha L, Lopes I (2004). Dispositivos para terapêutica inalatória na criança. *Revista Nascer e Crescer*; 13 (2): 121-126.
- [38] Direção Geral da Saúde. (2013). “Orientação 010/2013: Utilização de Dispositivos Simples em Aerossolterapia”.
- [39] Berkenfeld K, Lamprecht A, McConville JT (2015). Devices for dry powder drug delivery to the lung. *AAPS PharmSciTech*; 16.3:479-490.
- [40] Resumo das Características do Medicamento Spiriva Respimat, 2,5 microgramas, solução para inalação. Boehringer Ingelheim International GmbH. Aprovado em 27/08/2014. Disponível em: http://www.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=42521&tipo_doc=rcm. [acedido em 10/8/2016].
- [41] Sandler N, Hollander J, Langstrom D, Santtila P, Saukkonen A, Torvinen S (2016). Evaluation of inhaler handling-errors, inhaler perception and preference with Spiromax, Easyhaler and Turbuhaler devices among healthy Finnish volunteers: a single site, single visit crossover study (Finhaler). *BMJ open respiratory research*; 3.1: e000119.
- [42] Westerik JAM, Carter V, Chrystyn H, Burden A, Thompson SL, Ryan D, *et al* (2016). Characteristics of patients making serious inhaler errors with a dry powder inhaler and association with asthma-related events in a primary care setting. *Journal of Asthma*; 53.3: 321-329.
- [43] Chrystyn H, Price DB, Molimard M, Haughney J, Bosnic-Anticevich S, Lavorini F, *et al* (2016). Comparison of serious inhaler technique errors made by device-naïve patients using

three different dry powder inhalers: a randomised, crossover, open-label study. *BMC pulmonary medicine*; 16.1: 1.

[44] Ottenbros S, Teichert M, de Groot R, Griens F, Sodihardjo F, Wensing M, *et al* (2014). Pharmacist-led intervention study to improve drug therapy in asthma and COPD patients. *International journal of clinical pharmacy*; 36.2: 336-344.

[45] Fernandes, Adriana Isabel Palhares (2012). Cuidados dermocosméticos para uma pele saudável: aconselhamento farmacêutico nos casos mais comuns. *Universidade do Algarve Faculdade de Ciências e Tecnologia*.

[46] Venus M, Waterman J, McNab I (2011). Basic physiology of the skin. *Surgery (Oxford)*; 29.10: 471-474.

[47] Portal da Sociedade Portuguesa de Dermatologia. Disponível em: <http://www.sbd.org.br/informacoes/cuidados-gerais/>. [acedido em 10/8/2016].

[48] Powell, J (2006). Skin physiology. *Surgery (Oxford)*; 24(1), 1-4.

[49] Eucerin: Cuidado da pele. Disponível em: <http://www.eucerin.pt/sobre-a-pele/cuidado-da-pele>. [acedido em 10/8/2016].

[50] Couturaud, V. (2009). Biophysical characteristics of the skin in relation to race, sex, age, and site. *Handbook of Cosmetic Science and Technology*; 3rd ed. New York, NY: Informa Healthcare USA, Inc, 5-24.

[51] Escalas-Taberner J, Gonzales-Guerra E, Guerra-Tapia A (2011). Sensitive skin: a complex syndrome. *Actas Dermo-Sifiliográficas*; 102.8: 563-571.

[52] Kos, J. (2010). Utilização do questionário de Baumann para classificação de tipos de pele na cidade de Ivaí-pr. *Universidade Estadual do Norte do Paraná, Instituto Brasileiro de terapias e ensino*.

[53] Baumann, L. S. (2008). Sistema Baumann de classificação da pele. *RBM rev. bras. med*; 65: 29-32.

[54] Nash JF, Matts PJ, Ertel KD (2007). Maintenance of healthy skin: cleansing, moisturization, and ultraviolet protection. *Journal of Cosmetic Dermatology*; 6: 7-11.

[55] Direção Geral da Saúde. “Radiação ultravioleta”. Disponível em: <https://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/verao/radiacao-ultravioleta.aspx>. [acedido em 11/8/2016].

Anexos

Anexo 1 – Diferentes zonas do espaço interior da Farmácia Moderna

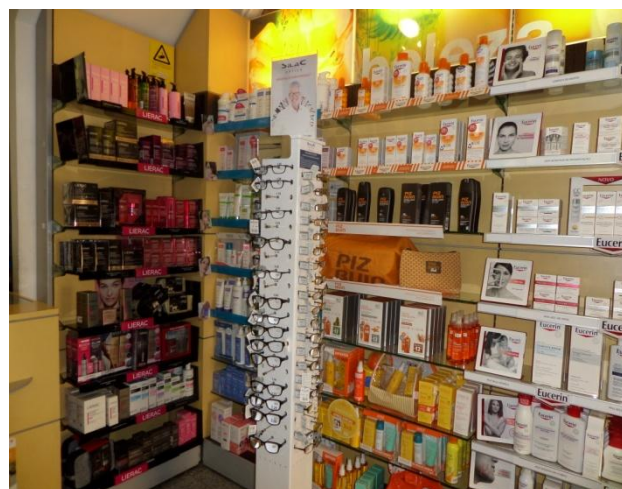
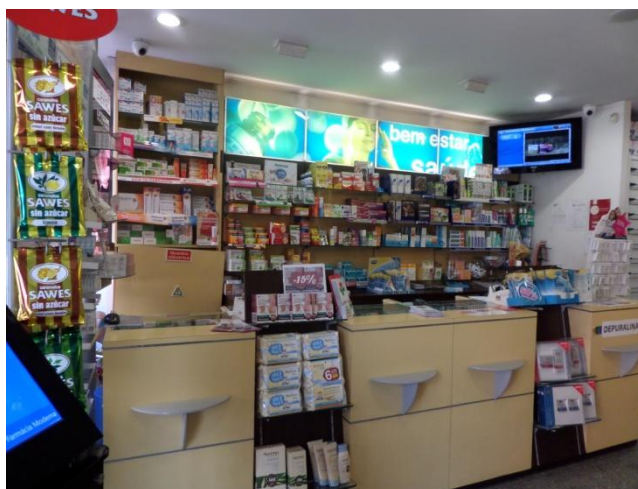


Figura 5 – Zona de atendimento ao público e lineares de exposição

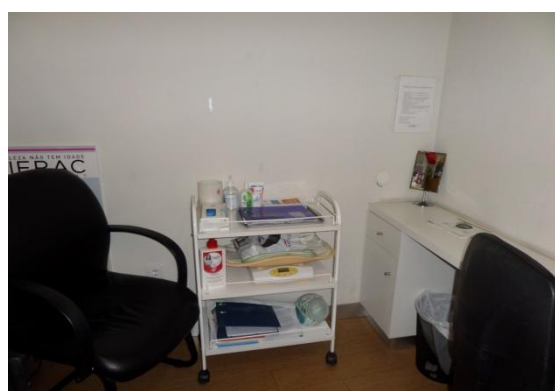
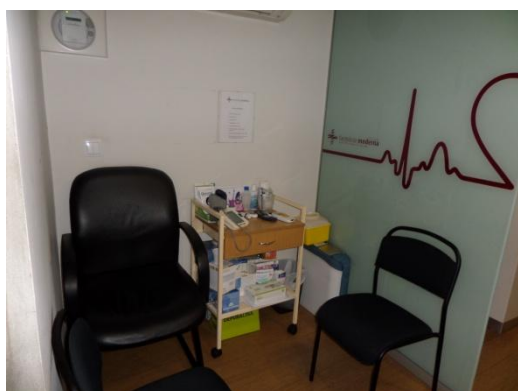


Figura 6 – Gabinetes de atendimento personalizado

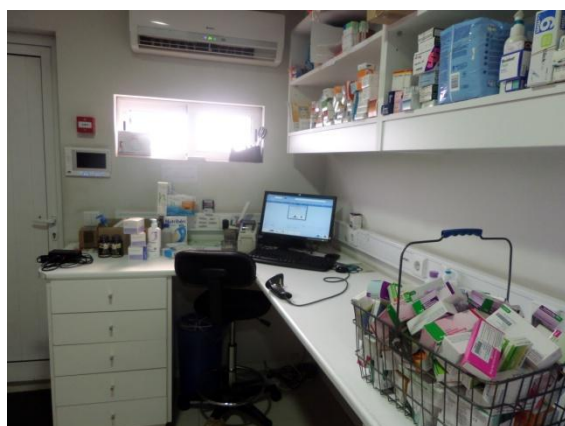


Figura 7 – Zona de receção de encomendas e armazém



Figura 8 – Laboratório e sistema de gavetas da zona de atendimento

Anexo 2 – Formações complementares

Durante os 6 meses de estágio tive oportunidade de assistir a algumas sessões de formação e esclarecimentos de produtos, nomeadamente:

Data	Laboratório	Tema	Local
14/04/2016 (Todo o dia)	Galderma®	Apresentação de vários produtos (Benzac®, Cetaphil®, Locetar ® e Inneov®).	Casa da Música, Porto
3/5/2016 (1 hora)		Esclarecimento sobre a intervenção farmacêutica na contraceção de emergência e formação sobre a pílula ellaOne®.	Farmácia Moderna
20/05/2016 (1 hora)	Uriage®	Sessão de esclarecimento e aconselhamento de toda a gama desta marca.	Farmácia Moderna
15/6/2016 (1 hora)	Eucerin®	Sessão de esclarecimento e aconselhamento de toda a gama desta marca.	Farmácia Moderna
28/6/2016 (3 horas)	Medinfar ®	Apresentação do produto Lamicreme®, utilizado em queimaduras de primeiro ou segundo grau e eritemas solares.	Mercure Porto Gaia Hotel
13/7/2016 (1 hora)	Nestle Health Science®	Formação com uma nutricionista sobre soluções nutricionais para suplementação alimentar.	Farmácia Moderna

Anexo 3 - Valores de referência para a tensão arterial, glicémia, colesterol total e triglicerídeos

Tabela 7: Valores de referência para a tensão arterial²³

Categoria	Tensão Arterial Sistólica mmHg		Tensão Arterial Diastólica mmHg
Normal	120 – 129	e	80 – 84
Normal alto	130 – 139	ou	85 – 89
Hipertensão Estadio 1	140 – 159	ou	90 – 99
Hipertensão Estadio 2	≥160	ou	≥100

Tabela 8: Valores de referência para a glicémia²⁴

	Jejum	2 horas após a refeição
Categoria	Valores da glicémia (mg/dl)	
Hipoglicémia	<70	<70
Normal	70 - 100	70 – 140
Pré-Diabetes	101 - 126	141 – 200
Diabetes	>126	>200

Tabela 9: Valores de referência para o colesterol total e triglicéridos²⁵

Gordura no sangue	Valor recomendado (mg/dl)
Colesterol Total	<190
Triglicéridos	<150

Data: _____	Contacto: _____
Sexo: _____	Idade: _____
Há quanto tempo utiliza?: _____	
Com que frequência utiliza?: _____	Teve formação?: _____
Quantas vezes? _____	Quem deu a formação? _____
Tipo de inalador: _____	

1ª Avaliação:

	Inalador pressurizado	v/X
1	Retirar a tampa do inalador;	
2	Agitar bem o inalador na posição vertical;	
3	Colocar a cabeça inclinada para trás e expirar o mais profundamente possível, mas não para dentro do dispositivo;	
4	Segurar o inalador na posição vertical entre os dedos;	
5	Colocar a peça bucal na boca, entre os dentes, e cerrar os lábios à sua volta, sem morder;	
6	Pressionar só uma vez o pMDI para libertação do aerossol e ao mesmo tempo inalar lenta e profundamente durante 3 - 5 segundos;	
7	Enquanto contém a respiração retirar o inalador da boca;	
8	Continuar a conter a respiração, durante 8-10 segundos;	
9	Expirar calmamente, com os lábios semicerrados, e retomar a respiração normal;	
10	Esperar 60 segundos antes da inalação seguinte e repetir os passos de 2-9.	

2ª Avaliação:

	Inalador pressurizado	v/X
1	Retirar a tampa do inalador;	
2	Agitar bem o inalador na posição vertical;	
3	Colocar a cabeça inclinada para trás e expirar o mais profundamente possível, mas não para dentro do dispositivo;	
4	Segurar o inalador na posição vertical entre os dedos;	
5	Colocar a peça bucal na boca, entre os dentes, e cerrar os lábios à sua volta, sem morder;	
6	Pressionar só uma vez o pMDI para libertação do aerossol e ao mesmo tempo inalar lenta e profundamente durante 3 - 5 segundos;	
7	Enquanto contém a respiração retirar o inalador da boca;	
8	Continuar a conter a respiração, durante 8-10 segundos;	
9	Expirar calmamente, com os lábios semicerrados, e retomar a respiração normal;	
10	Esperar 60 segundos antes da inalação seguinte e repetir os passos de 2-9.	

Data: _____	Contacto: _____
Sexo: _____	Idade: _____
Há quanto tempo utiliza?: _____	
Com que frequência utiliza?: _____	Teve formação?: _____
Quantas vezes? _____	Quem deu a formação? _____
Tipo de inalador: _____	

1ª Avaliação:

	Turbohaler	v/X
1	Retirar a tampa do inalador;	
2	Segurar o inalador na vertical com o bucal para cima;	
3	Deslizar a base colorida para a direita até parar e depois para a esquerda até ouvir um clique;	
4	Colocar a cabeça um pouco inclinada para trás e expirar o mais profundamente possível, mas não para dentro do dispositivo;	
5	Colocar a peça bucal na boca, entre os dentes, e cerrar os lábios à sua volta, sem morder;	
6	Inspirar rápida e profundamente;	
7	Retirar o inalador da boca e suspender a respiração durante cerca de 8 a 10 segundos;	
8	Expirar calmamente, com os lábios semicerrados, e retomar a respiração normal;	
9	Esperar 60 segundos antes da inalação seguinte e repetir os passos de 2-8.	

2ª Avaliação:

	Turbohaler	v/X
1	Retirar a tampa do inalador;	
2	Segurar o inalador na vertical com o bucal para cima;	
3	Deslizar a base colorida para a direita até parar e depois para a esquerda até ouvir um clique;	
4	Colocar a cabeça um pouco inclinada para trás e expirar o mais profundamente possível, mas não para dentro do dispositivo;	
5	Colocar a peça bucal na boca, entre os dentes, e cerrar os lábios à sua volta, sem morder;	
6	Inspirar rápida e profundamente;	
7	Retirar o inalador da boca e suspender a respiração durante cerca de 8 a 10 segundos;	
8	Expirar calmamente, com os lábios semicerrados, e retomar a respiração normal;	
9	Esperar 60 segundos antes da inalação seguinte e repetir os passos de 2-8.	

Estagiária Bárbara Gonçalves

Data: _____	Contacto: _____
Sexo: _____	Idade: _____
Há quanto tempo utiliza?: _____	
Com que frequência utiliza?: _____	Teve formação?: _____
Quantas vezes? _____	Quem deu a formação? _____
Tipo de inalador: _____	

1ª Avaliação:

	Diskus	v/X
1	Deslizar a tampa do inalador;	
2	Segurar o inalador na horizontal com o bucal para si;	
3	Deslizar a patilha até ao fim;	
4	Colocar a cabeça um pouco inclinada para trás e expirar o mais profundamente possível, mas não para dentro do dispositivo;	
5	Colocar a peça bucal na boca, entre os dentes, e cerrar os lábios à sua volta, sem morder;	
6	Inspirar rápida e profundamente;	
7	Retirar o inalador da boca e suspender a respiração durante cerca de 8 a 10 segundos;	
8	Expirar calmamente, com os lábios semicerrados, e retomar a respiração normal;	
9	Esperar 60 segundos antes da inalação seguinte e repetir os passos de 2-8.	

2ª Avaliação:

	Diskus	v/X
1	Deslizar a tampa do inalador;	
2	Segurar o inalador na horizontal com o bucal para si;	
3	Deslizar a patilha até ao fim;	
4	Colocar a cabeça um pouco inclinada para trás e expirar o mais profundamente possível, mas não para dentro do dispositivo;	
5	Colocar a peça bucal na boca, entre os dentes, e cerrar os lábios à sua volta, sem morder;	
6	Inspirar rápida e profundamente;	
7	Retirar o inalador da boca e suspender a respiração durante cerca de 8 a 10 segundos;	
8	Expirar calmamente, com os lábios semicerrados, e retomar a respiração normal;	
9	Esperar 60 segundos antes da inalação seguinte e repetir os passos de 2-8.	

Data: _____	Contacto: _____
Sexo: _____	Idade: _____
Há quanto tempo utiliza?: _____	
Com que frequência utiliza?: _____	Teve formação?: _____
Quantas vezes? _____	Quem deu a formação? _____
Tipo de inalador: _____	

1ª Avaliação:

	Aerolizer	v/X
1	Retirar a tampa do inalador;	
2	Segurar o inalador na vertical com o bucal para cima;	
3	Rodar o bucal, colocar a cápsula no interior do dispositivo, fechar o bucal, acionar o furador;	
4	Colocar a cabeça um pouco inclinada para trás e expirar o mais profundamente possível, mas não para dentro do dispositivo;	
5	Colocar a peça bucal na boca, entre os dentes, e cerrar os lábios à sua volta, sem morder;	
6	Inspirar rápida e profundamente;	
7	Retirar o inalador da boca e suspender a respiração durante cerca de 8 a 10 segundos;	
8	Expirar calmamente, com os lábios semicerrados, e retomar a respiração normal;	
9	Esperar 60 segundos antes da inalação seguinte e repetir os passos de 2-8.	

2ª Avaliação:

	Aerolizer	v/X
1	Retirar a tampa do inalador;	
2	Segurar o inalador na vertical com o bucal para cima;	
3	Rodar o bucal, colocar a cápsula no interior do dispositivo, fechar o bucal, acionar o furador;	
4	Colocar a cabeça um pouco inclinada para trás e expirar o mais profundamente possível, mas não para dentro do dispositivo;	
5	Colocar a peça bucal na boca, entre os dentes, e cerrar os lábios à sua volta, sem morder;	
6	Inspirar rápida e profundamente;	
7	Retirar o inalador da boca e suspender a respiração durante cerca de 8 a 10 segundos;	
8	Expirar calmamente, com os lábios semicerrados, e retomar a respiração normal;	
9	Esperar 60 segundos antes da inalação seguinte e repetir os passos de 2-8.	

Data: _____	Contacto: _____
Sexo: _____	Idade: _____
Há quanto tempo utiliza?: _____	
Com que frequência utiliza?: _____	Teve formação?: _____
Quantas vezes? _____	Quem deu a formação? _____
Tipo de inalador: _____	

1ª Avaliação:

	Novolizer	v/X
1	Retirar a tampa do inalador;	
2	Segurar o inalador na horizontal com o bucal virado para si;	
3	Carregar no botão até ouvir um clique duplo e a cor da janela de controlo mudar de vermelho para verde;	
4	Colocar a cabeça um pouco inclinada para trás e expirar o mais profundamente possível, mas não para dentro do dispositivo;	
5	Colocar a peça bucal na boca, entre os dentes, e cerrar os lábios à sua volta, sem morder;	
6	Inspirar rápida e profundamente;	
7	Retirar o inalador da boca e suspender a respiração durante cerca de 8 a 10 segundos;	
8	Expirar calmamente, com os lábios semicerrados, e retomar a respiração normal;	
9	Esperar 60 segundos antes da inalação seguinte e repetir os passos de 2-8.	

2ª Avaliação:

	Novolizer	v/X
1	Retirar a tampa do inalador;	
2	Segurar o inalador na horizontal com o bucal virado para si;	
3	Carregar no botão até ouvir um clique duplo e a cor da janela de controlo mudar de vermelho para verde;	
4	Colocar a cabeça um pouco inclinada para trás e expirar o mais profundamente possível, mas não para dentro do dispositivo;	
5	Colocar a peça bucal na boca, entre os dentes, e cerrar os lábios à sua volta, sem morder;	
6	Inspirar rápida e profundamente;	
7	Retirar o inalador da boca e suspender a respiração durante cerca de 8 a 10 segundos;	
8	Expirar calmamente, com os lábios semicerrados, e retomar a respiração normal;	
9	Esperar 60 segundos antes da inalação seguinte e repetir os passos de 2-8.	

Data:	Contacto:
Sexo: _____	Idade: _____ Há quanto tempo utiliza?: _____
Com que frequência utiliza?: _____ Teve formação?: _____	
Quantas vezes? _____	Quem deu a formação? _____
Tipo de inalador: _____	

1ª Avaliação:

	Handihaler /Breezhaler	v/X
1	Retirar a tampa do inalador;	
2	Segurar o inalador na vertical com o bucal virado para cima;	
3	Abrir o bucal, colocar a cápsula na câmara central, fechar o bucal, acionar o furador;	
4	Colocar a cabeça um pouco inclinada para trás e expirar o mais profundamente possível, mas não para dentro do dispositivo;	
5	Colocar a peça bucal na boca, entre os dentes, e cerrar os lábios à sua volta, sem morder;	
6	Inspirar rápida e profundamente;	
7	Retirar o inalador da boca e suspender a respiração durante cerca de 8 a 10 segundos;	
8	Expirar calmamente, com os lábios semicerrados, e retomar a respiração normal;	
9	Esperar 60 segundos antes da inalação seguinte e repetir os passos de 2-8.	

2ª Avaliação:

	Handihaler /Breezhaler	v/X
1	Retirar a tampa do inalador;	
2	Segurar o inalador na vertical com o bucal virado para cima;	
3	Abrir o bucal, colocar a cápsula na câmara central, fechar o bucal, acionar o furador;	
4	Colocar a cabeça um pouco inclinada para trás e expirar o mais profundamente possível, mas não para dentro do dispositivo;	
5	Colocar a peça bucal na boca, entre os dentes, e cerrar os lábios à sua volta, sem morder;	
6	Inspirar rápida e profundamente;	
7	Retirar o inalador da boca e suspender a respiração durante cerca de 8 a 10 segundos;	
8	Expirar calmamente, com os lábios semicerrados, e retomar a respiração normal;	
9	Esperar 60 segundos antes da inalação seguinte e repetir os passos de 2-8.	

Data: _____	Contacto: _____
Sexo: _____	Idade: _____
Há quanto tempo utiliza?: _____	
Com que frequência utiliza?: _____	Teve formação?: _____
Quantas vezes? _____	Quem deu a formação? _____
Tipo de inalador: _____	

1ª Avaliação:

	Spiriva Respimat	v/X
1	Retirar a tampa do inalador;	
2	Segurar o inalador em posição vertical, com a tampa de proteção fechada, para evitar a libertação accidental de uma dose;	
3	Rodar a base na direção das setas pretas do rótulo até ouvir um clique;	
4	Abrir totalmente a tampa de proteção;	
5	Expirar lenta e profundamente;	
6	Fechar os lábios ajustando-os à volta da parte terminal do bucal;	
7	Inspirar lenta e profundamente e ao mesmo tempo pressionar o botão de libertação de dose. Continuar a inspirar lentamente, o máximo que conseguir;	
8	Suster a respiração aproximadamente 10 segundos;	
9	Expirar calmamente e retomar a respiração normal;	
10	Esperar 60 segundos antes da inalação seguinte e repetir os passos de 2-8.	

2ª Avaliação:

	Spiriva Respimat	v/X
1	Retirar a tampa do inalador;	
2	Segurar o inalador em posição vertical, com a tampa de proteção fechada, para evitar a libertação accidental de uma dose;	
3	Rodar a base na direção das setas pretas do rótulo até ouvir um clique;	
4	Abrir totalmente a tampa de proteção;	
5	Expirar lenta e profundamente;	
6	Fechar os lábios ajustando-os à volta da parte terminal do bucal;	
7	Inspirar lenta e profundamente e ao mesmo tempo pressionar o botão de libertação de dose. Continuar a inspirar lentamente, o máximo que conseguir;	
8	Suster a respiração aproximadamente 10 segundos;	
9	Expirar calmamente e retomar a respiração normal;	
10	Esperar 60 segundos antes da inalação seguinte e repetir os passos de 2-8.	

Estagiária Bárbara Gonçalves

Anexo 5 – Cartões entregues aos doentes com a lista de passos da técnica inalatória a seguir para o seu dispositivo

Não esqueça!



Retirar a tampa do inalador;
Agitar bem na posição vertical;
Colocar a cabeça inclinada para trás e expirar o mais profundamente possível, mas não para dentro do dispositivo;
Segurar o inalador na posição vertical entre os dedos;
Colocar a peça bucal na boca, entre os dentes, e cerrar os lábios à sua volta, sem morder;
Pressionar só uma vez para libertação do aerossol e ao mesmo tempo inalar lenta e profundamente durante 3-5 segundos;
Enquanto contém a respiração retirar o inalador da boca;
Continuar a conter a respiração, durante 8-10 segundos;
Expirar calmamente, com os lábios semicerrados, e retomar a respiração normal;
Esperar 60 segundos antes da inalação seguinte e repetir os passos de 2-6.



farmácia moderna
RUA 1500, LOTE 10, 4.º ANDAR
4050-109 PORTO



Não esqueça!



Retirar a tampa do inalador;
Segurar o inalador na vertical com o bucal para cima;
Deslizar a base colando para a direita até parar e depois para a esquerda até ouvir um clique;
Colocar a cabeça um pouco inclinada para trás e expirar o mais profundamente possível, mas não para dentro do dispositivo;
Colocar a peça bucal na boca, entre os dentes, e cerrar os lábios à sua volta, sem morder;
Inspirar rápida e profundamente;
Retirar o inalador da boca e suspender a respiração durante cerca de 5 a 10 segundos;
Expirar calmamente, com os lábios semicerrados, e retomar a respiração normal;
Esperar 60 segundos antes da inalação seguinte e repetir os passos de 2-6.



farmácia moderna
RUA 1500, LOTE 10, 4.º ANDAR
4050-109 PORTO



Não esqueça!



Deslizar a tampa do inalador;
Segurar o inalador na horizontal com o bucal para si;
Deslizar a pedilha até ao fim;
Colocar a cabeça um pouco inclinada para trás e expirar o mais profundamente possível, mas não para dentro do dispositivo;
Colocar a peça bucal na boca, entre os dentes, e cerrar os lábios à sua volta, sem morder;
Inspirar rápida e profundamente;
Retirar o inalador da boca e suspender a respiração durante cerca de 5 a 10 segundos;
Expirar calmamente, com os lábios semicerrados, e retomar a respiração normal;
Esperar 60 segundos antes da inalação seguinte e repetir os passos de 2-6.



farmácia moderna
RUA 1500, LOTE 10, 4.º ANDAR
4050-109 PORTO



Não esqueça!



Retirar a tampa do inalador;
Segurar o inalador na vertical com o bucal para cima;
Modar o bucal, colocar a cápsula no interior do dispositivo, fechar o bucal, acionar o funilador;
Colocar a cabeça um pouco inclinada para trás e expirar o mais profundamente possível, mas não para dentro do dispositivo;
Colocar a peça bucal na boca, entre os dentes, e cerrar os lábios à sua volta, sem morder;
Inspirar rápida e profundamente;
Retirar o inalador da boca e suspender a respiração durante cerca de 5 a 10 segundos;
Expirar calmamente, com os lábios semicerrados, e retomar a respiração normal;
Esperar 60 segundos antes da inalação seguinte e repetir os passos de 2-6.



farmácia moderna
RUA 1500, LOTE 10, 4.º ANDAR
4050-109 PORTO



Não esqueça!



Retirar a tampa do inalador;
Segurar o inalador na horizontal com o bucal virado para si;
Carregar no botão até ouvir um clique duplo e a cor da janela de controlo mudar de vermelho para verde;
Colocar a cabeça um pouco inclinada para trás e expirar o mais profundamente possível, mas não para dentro do dispositivo;
Colocar a peça bucal na boca, entre os dentes, e cerrar os lábios à sua volta, sem morder;
Inspirar rápida e profundamente;
Retirar o inalador da boca e suspender a respiração durante cerca de 5 a 10 segundos;
Expirar calmamente, com os lábios semicerrados, e retomar a respiração normal;
Esperar 60 segundos antes da inalação seguinte e repetir os passos de 2-6.



farmácia moderna
RUA 1500, LOTE 10, 4.º ANDAR
4050-109 PORTO



Não esqueça!



Retirar a tampa do inalador;
Segurar o inalador na vertical com o bucal virado para cima;
Abir o bucal, colocar a cápsula na câmara central, fechar o bucal, acionar o funilador;
Colocar a cabeça um pouco inclinada para trás e expirar o mais profundamente possível, mas não para dentro do dispositivo;
Colocar a peça bucal na boca, entre os dentes, e cerrar os lábios à sua volta, sem morder;
Inspirar rápida e profundamente;
Retirar o inalador da boca e suspender a respiração durante cerca de 5 a 10 segundos;
Expirar calmamente, com os lábios semicerrados, e retomar a respiração normal;
Esperar 60 segundos antes da inalação seguinte e repetir os passos de 2-6.



farmácia moderna
RUA 1500, LOTE 10, 4.º ANDAR
4050-109 PORTO



Não esqueça!



Retirar a tampa do inalador;
Segurar o inalador na vertical com o bucal virado para cima;
Abir o bucal, colocar a cápsula na câmara central, fechar o bucal, acionar o funilador;
Colocar a cabeça um pouco inclinada para trás e expirar o mais profundamente possível, mas não para dentro do dispositivo;
Colocar a peça bucal na boca, entre os dentes, e cerrar os lábios à sua volta, sem morder;
Inspirar rápida e profundamente;
Retirar o inalador da boca e suspender a respiração durante cerca de 5 a 10 segundos;
Expirar calmamente, com os lábios semicerrados, e retomar a respiração normal;
Esperar 60 segundos antes da inalação seguinte e repetir os passos de 2-6.



farmácia moderna
RUA 1500, LOTE 10, 4.º ANDAR
4050-109 PORTO



Não esqueça!



Retirar a tampa do inalador;
Segurar o inalador em posição vertical, com a tampa de proteção fechada, para evitar a libertação acidental de uma dose;
Modar a base na direção das setas pretas, do botão até ouvir um clique;
Abir totalmente a tampa de proteção;
Expirar lenta e profundamente;
Fechar os lábios ajustando-os à volta da parte terminal do bucal;
Inspirar lenta e profundamente e ao mesmo tempo pressionar o botão de libertação da dose;
Continuar a inspirar lentamente, o máximo que conseguir;
Sustentar a respiração aproximadamente 10 segundos;
Expirar calmamente e retomar a respiração normal;
Esperar 60 segundos antes da inalação seguinte e repetir os passos de 2-6.



farmácia moderna
RUA 1500, LOTE 10, 4.º ANDAR
4050-109 PORTO



Diagnóstico tipo de pele

Nome: _____ **Idade:** _____

Alterações hormonais (pílula, gravidez, menopausa): _____

Profissão: _____

Rotina de cuidado da pele: _____

Seca ou oleosa?

1) Como é a aparência geral da testa e bochechas quando lavadas e sem aplicação de qualquer produto?

- a. Muito áspera, descamativa, sem brilho.
- b. Sensação de tensão.
- c. Bem hidratada, sem brilho excessivo.
- d. Muito brilhante, refletindo o brilho da luz.

2) Em meio ambiente com baixa humidade, se não usar hidratante, nem protector solar, a pele do rosto:

- a. Fica muito seca e descamativa.
- b. Fica com sensação de tensão.
- c. Fica normal.
- d. Fica brilhante, ou nunca sinto que precisa de hidratante.

3) Quantos poros abertos e dilatados (tamanho de uma ponta de alfinete ou maior) e pontos negros tem?

- a. Nenhum.
- b. Apenas um pouco na “zona T” (testa e nariz).
- c. Muitos.
- d. Uma quantidade exagerada.

Sensível ou Resistente?

1) Apresenta pápulas vermelhas na pele:

- a. Nunca.
- b. Raramente.
- c. Pelo menos uma vez por mês.
- d. Pelo menos uma vez por semana.

2) A aplicação de produtos para cuidado da pele causam irritação, vermelhidão, ardor ou “alergia”:

- a. Nunca.
- b. Às vezes.
- c. Frequentemente.
- d. Sempre.
- e. Não uso produtos no rosto

3) Já teve diagnóstico de acne, rosácea, dermatite atópica/contacto ou eczema?

- a. Não.
- b. Sim.
- c. Sim, um caso grave.

4) Com que frequência a sua pele e/ou pescoço ficam vermelhos após exercícios moderados, e/ou *stress*, ingestão de bebidas alcoólicas/quentes/comida condimentada ou variações bruscas de temperatura?

- a. Nunca.
- b. Às vezes.
- c. Frequentemente.
- d. Sempre.

5) Quantos vasos dilatados (vermelhos ou azulados) tem no rosto?

- a. Nenhum.
- b. Poucos (1-3 no rosto todo, incluindo o nariz).
- c. Alguns (4-6 no rosto todo, incluindo o nariz).
- d. Muitos (>7, incluindo o nariz).

Pigmentada ou Não-Pigmentada?

1) Qual a cor natural da sua pele?

- a. Negra.
- b. Média.
- c. Clara.
- d. Muito clara.

2) As suas manchas escuras no rosto ficam piores quando apanha sol?

- a. Não tenho manchas escuras.
- b. Não pioram.
- c. Pioram um pouco.
- d. Pioram muito.

3) Quando a sua pele é exposta ao sol pela primeira vez após muitos meses:

- a. Só queima.
- b. Queima e depois fica levemente bronzeada.
- c. Fica bronzeada.
- d. A minha pele já é escura.

Enrugada ou Firme?

1) Tem rugas no rosto?

- a. Não, mesmo quando faço expressões faciais.
- b. Somente ao sorrir, franzir a testa ou outras expressões faciais.
- c. Sim, ao fazer expressões faciais e algumas mesmo sem movimento.
- d. As rugas estão presentes mesmo quando não estou a fazer expressões faciais.

2) Que idade a sua pele aparenta?

- a. 1-5 anos mais nova do que a sua idade.
- b. Exatamente a sua idade.
- c. 1-5 anos a mais do que a sua idade.
- d. 5 anos a mais do que a sua idade.

A sua pele é do tipo: _____

O nosso aconselhamento para a sua pele:



Cuidados diários

	Limpeza	Hidratação	Correção	Proteção solar
Manhã				
Noite				

Cuidados extraordinários

Manhã				
Noite				

Outros cuidados que deve ter: _____

Como escolher a proteção mais adequada?

Para escolher o FPS certo precisa de considerar o fototipo da sua pele:

Foto tipo	Tipo de pele	FPS
	1. Queima com facilidade, nunca bronzeia	50
	2. Queima com facilidade, bronzeia muito pouco	50
	3. Queima e bronzeia moderadamente	30
	4. Queima pouco, bronzeia com facilidade	20
	5. Queima raramente, bronzeia bastante	8-20
	6. Nunca queima, bronzeia facilmente	8-15

Como fazer uma aplicação segura e eficaz do protetor solar:

- Aplique o protetor solar pelo menos 20 minutos antes da exposição solar, mesmo em dias nublados
- Certifique-se que aplica quantidade de protetor suficiente.
- Não esqueça as áreas mais sensíveis e de difícil acesso: orelhas, ombros, decote, pescoço e peito dos pés
- Resplique o protetor solar a cada 2 horas.
- Aplique mais frequentemente depois de nadar, transpirar ou secar-se com uma toalha.

Não esqueça:

- Evite a exposição solar entre as 11:00h e as 15:00h
- Se estiver a tomar alguma medicação, consulte o médico ou farmacêutico para se certificar de que pode passar tempo ao sol.
- Evite a exposição solar ao longo de muitas horas, mesmo quando use proteção solar.
- Não exponha diretamente ao sol crianças com menos de 3 anos de idade.
- Use chapéu e óculos de sol.

Saiba como proteger a sua pele do sol!

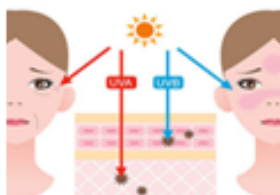


As radiações solares

A radiação solar é composta por radiação visível, infravermelha (IV) e ultravioleta (UV).

As radiações UV são as principais responsáveis pelas lesões cutâneas, e estão subdivididas em:

- UVA – podem causar problemas na pele a longo prazo (cancro e envelhecimento)
- UVB – responsáveis pelas queimaduras solares
- UVC – bloqueadas pela camada de ozono



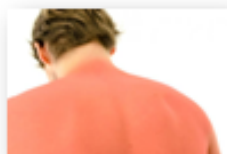
Efeitos do sol

Efeitos imediatos

Pigmentação Imediata - desaparece em 2h, não protege contra queimaduras solares

Efeitos retardados

Queimadura - 2-6h após a exposição, desaparece em 3-5 dias



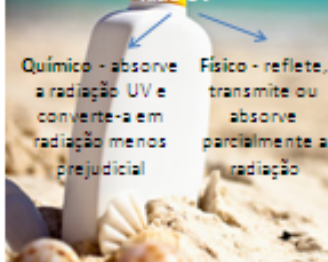
Bronzeado - 3-5 dias após a exposição. Ajuda a proteger contra os efeitos nocivos da radiação UV.

Efeitos a longo prazo sem proteção adequada: Envelhecimento e cancro da pele

Proteção solar

Como atuam os protetores solares?

A principal tecnologia utilizada é o filtro UV



O que significa Fator de Proteção Solar (FPS)?

Indica a quantidade de proteção solar contra os raios UVB. É o quociente entre a dose mínima de raios UV necessária para produzir eritema numa zona com protetor e a mesma dose numa zona sem. Ex: FPS15 significa que a dose de radiação UV necessária para provocar eritema com proteção é 15 vezes maior do que sem proteção.

**Sabe qual é a proteção solar ideal
para o seu tipo de pele?**

Venha descobrir!!

