

**O papel do farmacêutico comunitário na
promoção da adesão à terapêutica no doente
idoso com asma
Experiência Profissionalizante na vertente de
Farmácia Comunitária e Investigação**

Ana Beatriz Borges Bento

Relatório de Estágio para obtenção do Grau de Mestre em
Ciências Farmacêuticas
(ciclo de estudos integrado)

Orientador: Prof. Doutora Olga Maria Marques Lourenço

fevereiro de 2023

Folha em branco

Declaração de Integridade

Eu, Ana Beatriz Borges Bento, que abaixo assino, estudante com o número de inscrição 30191 de Ciências Farmacêuticas da Faculdade de Ciências da Saúde, declaro ter desenvolvido o presente trabalho e elaborado o presente texto em total consonância com o **Código de Integridade da Universidade da Beira Interior**.

Mais concretamente afirmo não ter incorrido em qualquer das variedades de Fraude Académica, e que aqui declaro conhecer, que em particular atendi à exigida referenciação de frases, extratos, imagens e outras formas de trabalho intelectual, e assumindo assim na íntegra as responsabilidades da autoria.

Universidade da Beira Interior, Covilhã 27/02/2023

Beatriz Bento

(assinatura conforme Cartão de Cidadão ou preferencialmente assinatura digital no documento original se naquele mesmo formato)

Folha em branco

Dedicatória

A todas as mulheres que fizeram de mim a mulher que sou hoje.

Folha em branco

Agradecimentos

Com o fim finalmente à vista são muitas e tão intensas as emoções que me assolam por meio de lágrimas, sorrisos e gargalhadas por poder dizer enfim que consegui! Conseguimos. Nada disto teria sido possível sem vocês, as minhas pessoas, que me apoiaram incondicionalmente a cada passo, que me compreenderam quando precisei de parar em busca de fôlego para esta subida final e que hoje celebram mais uma conquista a meu lado.

Em primeiro lugar quero agradecer ao Professor Doutor Gilberto Alves pelo incansável incentivo e à Professora Doutora Olga Lourenço pela exímia orientação e dedicação, não só ao longo deste trabalho, mas desde o meu primeiro ano de curso em que rapidamente se tornou um exemplo de profissionalismo a seguir. Ser-vos-ei eternamente grata por não terem desistido de mim quando eu própria tinha já desistido do meu percurso profissional.

Aos meus pais, Paula e António, e ao meu irmão, Diogo, quero agradecer, mais do que a minha vida, a minha felicidade, a minha liberdade e a minha serenidade. Mãe, a ti que és a minha metade, obrigada. Pai, meu mestre e conselheiro da vida, toda a gratidão do mundo. Mano, que continuemos a salvar a vida um do outro por esta vida fora.

Aos meus avós maternos, Clara e Benjamim, por serem pais duas vezes por toda a minha vida. Amo-vos do fundo do meu coração.

Aos meus avós paternos, por me guiarem lá de cima em todas as etapas deste caminho tumultuoso, cheio de altos e baixos. Senti o vosso empurrão em todas as subidas e o vosso auxílio nas descidas. Espero que se orgulhem de mim, onde quer que estejam.

A toda a minha família. Gostaria de agradecer individualmente a cada um de vós, mas não me chegariam todas as páginas do mundo. Obrigada Tia Bela, Bruna e Inês, por serem refúgio sempre que preciso dele. Obrigada Tia Balinda, Tio Nando, Guilherme, João e Bruno, por me mostrarem o verdadeiro significado de família e de união.

Às minhas melhores amigas Anita, Francisca e Nadine, obrigada pelo apoio incondicional. São para a vida toda.

A ti Renata, que foste porto seguro, farol, rochedo e todos os clichês que eu sei que detestas, neste último ano. Obrigada por me dares nada mais do que amor sem pedires nada em troca.

À equipa da Farmácia Costa, por toda a aprendizagem, união e companheirismo com que me receberam no meu primeiro estágio.

A toda a equipa da Farmácia Gastromil que em tempos tão difíceis como os dos últimos anos se tornou família e uma segunda casa. Um obrigada especial à Dra. Amália; sei que não tenho de explicar o porquê. Nós sabemos e isso basta.

À Dra. Karina um muito obrigada pela compreensão ímpar nos últimos meses e por ter ajudado a tornar isto possível, fazendo-me acreditar a cada dia que todo o esforço valerá a pena no final de tudo. A todas as meninas da Farmácia da Música obrigada por serem a melhor equipa.

À Dra. Manuela e à Dra. Rita um especial agradecimento pela oportunidade e pelo carinho com que me trataram desde o primeiro dia em que nos cruzámos. À restante equipa da Farmácia Central de Valbom obrigada por me fazerem sentir em casa desde o início.

A todas as pessoas que se cruzaram comigo neste percurso. A todos os amigos e conhecidos que em algum momento foram importantes para ultrapassar todos os obstáculos com os quais me deparei nestes anos. Rafael, Brígida, Henrique, Inês, Débora, Bárbara, Marta, Cristiana e tantos tantos outros. Perdoem-me não conseguir mencionar cada um de vós mas fica aqui o meu último muito obrigada a todos.

Folha em branco

Resumo

O presente relatório cujo objetivo é a obtenção do grau de mestre em Ciências Farmacêuticas é composto por dois capítulos: o primeiro aborda a componente de Investigação e o segundo relata detalhadamente a minha experiência no estágio de Farmácia Comunitária.

Na vertente de investigação o principal objetivo seria perceber que tipo de estratégias podem ser lideradas por farmacêuticos comunitários visando o aumento da adesão à terapêutica e consequente controlo da doença no doente asmático idoso e os resultados das mesmas.

Apesar de ser uma doença habitualmente relacionada com populações mais jovens, a asma tem sido, cada vez mais, diagnosticada em doentes idosos, número que terá propensão a aumentar com o aumento da população idosa que se prevê que duplique nos próximos anos. A adesão à terapêutica parece ser significativamente baixa em doentes asmáticos, sobretudo em doentes idosos o que pode ser justificado pelo declínio mental característico com o avançar da idade. Uma baixa adesão à terapêutica relaciona-se proporcionalmente com o não controlo da doença e consequentemente uma pior qualidade de vida.

A asma custa, ao Estado Português, anualmente, cerca de 400 milhões de euros; sabendo que um doente com a asma não controlada requer aproximadamente o dobro dos custos comparativamente a um doente com a doença controlada, é possível perceber o interesse que intervenções que potenciem o controlo da doença têm do ponto de vista monetário.

O farmacêutico comunitário, profissional de saúde altamente qualificado, é também o profissional de saúde mais acessível à população no geral, mesmo à população mais idosa. Assim, o papel do farmacêutico comunitário pode ser levado mais além, intervindo diretamente na saúde e qualidade de vida dos doentes.

Neste trabalho foram analisados exaustivamente oito estudos levados a cabo em várias partes do mundo e em todos eles os resultados foram muito positivos e promissores.

A segunda vertente deste trabalho descreve as mais variadas atividades referentes à prática diária da profissão farmacêutica, realizadas no âmbito do estágio em farmácia comunitária, entre os meses de setembro de 2022 e janeiro de 2023, na Farmácia Central

de Valbom, sob a supervisão da Dra. Rita Ferreira. Os últimos meses foram extremamente enriquecedores do ponto de vista profissional pois permitiram a consolidação e aplicação na prática de todos os conhecimentos adquiridos ao longo dos anos de aprendizagem na faculdade.

O estágio em farmácia comunitária veio reforçar, para mim, a importância do farmacêutico comunitário junto da população, uma vez que a farmácia é habitualmente o primeiro local a que a população se dirige para procurar ajuda, seja ela física ou psicológica. O farmacêutico comunitário é muito mais do que um mero “dispensador de medicamentos” e está na hora de ser reconhecido como tal.

Palavras-chave

Adesão à Terapêutica;Asma;Farmacêutico;Farmácia Comunitária;Idosos

Folha em branco

Abstract

This report, to obtain a master's degree in Pharmaceutical Sciences, is divided into two chapters: The first one describes my research work over the past few months and the second chapter illustrates thoroughly my experience as an intern at a community pharmacy.

With my research, the main goal would be to understand what kind of strategies can be led by community pharmacists aimed at increasing adherence to therapy and consequent control of the disease in elderly asthmatic patients and their results.

Despite being a disease usually related to a younger population, asthma has been increasingly diagnosed in elderly patients, a number that tends to grow with the increase of the elderly population, which is expected to double in the coming years.

Medication adherence seems to be significantly low in asthmatic patients, especially in elderly patients, which can be explained by the typical mental decline with advancing age. Low adherence to therapy is proportionally related to non-control of the disease and, consequently, a worse quality of life.

Asthma costs the Portuguese State around 400 million euros annually; knowing that a patient with uncontrolled asthma requires approximately twice the costs compared to a patient with a controlled disease, it is possible to understand the interest that interventions that enhance disease control have from an economic point of view.

The community pharmacist, a highly qualified health professional, is also the health professional most accessible to the general population, even the elderly population. Thus, the role of the community pharmacist can be taken further, intervening directly in the health and quality of life of patients.

In this paperwork, eight studies carried out in various parts of the world, were exhaustively analyzed and in all of them the results were very positive and promising.

The second chapter of this work describes the most varied activities related to the daily practice of the pharmaceutical profession, carried out within the scope of the internship in community pharmacy, throughout the months of September 2022 and January 2023, at Farmácia Central de Valbom, under Dr. Rita Ferreira's supervision. The last few months have been extremely enriching from a professional point of view as they have

allowed the consolidation of all the knowledge acquired over the years of learning in college.

The internship in a community pharmacy reinforced, for me, the importance of the community pharmacist among the population, since the pharmacy is usually the first place that the population goes to seek help, be it physical or psychological. The community pharmacist is much more than a mere “medicine dispenser” and it is time to be recognized as such.

Keywords

Aged;Asthma;Community Pharmacy;Elderly;Medication Adherence;Pharmacist

Folha em branco

Índice

Declaração de Integridade	Error! Bookmark not defined.
Dedicatória	v
Agradecimentos	vii
Resumo	x
Palavras-chave	xi
Abstract	xiii
Keywords	xiv

Capítulo 1 - O papel do farmacêutico comunitário na promoção da adesão à terapêutica no doente idoso com asma

1. Introdução	1
1.1. Asma no idoso.....	5
1.1.1 Epidemiologia.....	5
1.1.2. Sintomas e diagnóstico	6
1.1.3. Tratamento.....	6
1.2. Adesão à terapêutica	7
1.2.1. Adesão à terapêutica no doente idoso.....	8
1.2.2. Adesão à terapêutica e controlo da doença	9
2. Metodologia	10
2.1 Estratégia de pesquisa.....	10
3. Resultados e Discussão	11
3.1. Seleção e caracterização das intervenções.....	11
3.2. Dados sociodemográficos	11
3.3. Tipos de intervenções de promoção da adesão à terapêutica.....	16
3.4. O papel do farmacêutico comunitário	16
3.4.1. Programas de Educação do Doente.....	17
3.4.2. Programas de Cessaçã Tabágica	18
3.5. Barreiras e soluções à implementação destas estratégias na farmácia comunitária.....	19
3.6. Limitações.....	20
4. Conclusão	22
5. Referências Bibliográficas	23

Anexos	30
Anexo I – Exemplar do ACT para adultos	30
Anexo II – Exemplar do ACQ para adultos	31
Anexo III – Exemplar do Teste de Adesão de Morisky Green Levine	32

Capítulo 2 – Relatório de Estágio em Farmácia Comunitária	
1. Introdução.....	34
2. Caracterização da farmácia.....	35
2.1. Localização e Horário de Funcionamento	35
3. Organização da farmácia.....	35
3.1. Espaço físico e equipamentos	35
3.1.1. Espaço exterior	35
3.1.2. Espaço interior	36
3.2. Recursos Humanos.....	37
3.3. Documentação oficial, científica e Legislação Farmacêutica.....	38
3.4. Sistema informático: Sifarma2000® e Sifarma®	39
4. Aprovisionamento e armazenamento	39
4.1. Seleção de fornecedor	39
4.2. Elaboração de uma encomenda.....	40
4.3. Receção de encomendas	42
4.4. Armazenamento de produtos	44
4.5. Devolução de produtos	45
4.6. Reserva de produtos	46
4.7. Prazos de validade	47
4.8. Produtos sem consumo.....	48
5. Interação farmacêutico-utente-medicamento.....	48
6. Dispensa de medicamentos e produtos de saúde	49
6.1. Medicamentos sujeitos a receita médica	49
6.1.1. Dispensa de Receita Manual	50
6.1.2. Dispensa de Receita Eletrónica Materializada (REM).....	51
6.1.3. Dispensa de Receitas Eletrónicas Desmaterializadas (RED)	52
6.1.4. Dispensa de Medicamentos Estupefacientes e Psicotrópicos	52
6.1.5. Subsistemas de saúde e entidades de participação adicional	53
6.2. Dispensa de Medicamentos Genéricos	54
6.3. Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica.....	54
7. Aconselhamento e dispensa de outros produtos de saúde.....	55
7.1. Produtos de dermofarmácia, cosmética e higiene.....	55
7.2. Produtos dietéticos para alimentação especial.....	56
7.3. Produtos dietéticos infantis.....	57
7.4. Produtos Fitoterápicos.....	57
7.5. Suplementos Alimentares	58
7.6. Medicamentos de uso veterinário.....	60
7.7. Medicamentos Homeopáticos	60
7.8. Dispositivos médicos	61
8. VALORMED	62

9. Serviços e cuidados de saúde prestados.....	62
9.1. Determinação da tensão arterial.....	63
9.2. Determinação de parâmetros fisiológicos e bioquímicos.....	63
9.3. Administração de vacinas	64
10. Preparação de medicamentos	64
10.1. Medicamentos manipulados.....	64
10.2. Preparações Extemporâneas	65
11. Contabilidade e Faturação	66
11.1. Fim de dia.....	66
11.2. Conferência de receituário	66
11.3. Faturação	67
11.4. Gestão de Medicamentos Psicotrópicos e de Benzodiazepinas	67
12. Sessões de formação.....	68
13. Farmacovigilância	68
14. Kaizen	69
15. Análise SWOT.....	69
15.1. Pontos Fortes (<i>Strengths</i>).....	70
15.2. Pontos Fracos (<i>Weaknesses</i>)	70
15.3. Oportunidades (<i>Opportunity</i>)	71
15.4. Ameaças (<i>Threats</i>).....	71
16. Conclusão	72
16. Referências Bibliográficas.....	73
Anexos	78
Anexo I – Fotografia da fachada exterior da Farmácia Central de Valbom.....	78
Anexo II – Zona de atendimento ao público da FCV.....	78
Anexo III – Script de Atendimento utilizado na FCV.....	79
Anexo III – Script de Atendimento utilizado na FCV (continuação)	80
Anexo IV – Receita Manual de Proton® 40mg	81
Anexo V – Prescrição eletrónica materializada de Meias de Compressão grau II.....	82
Anexo VI – Guia de Consulta Rápida cedido pela marca Juzo®	83

Folha em branco

Lista de Figuras

Figura 1. Diagrama PRISMA da estratégia de pesquisa e de seleção dos artigos incluídos neste trabalho.....	13
--	----

Folha em branco

Lista de Tabelas

Tabela 1. Avaliação do controlo dos sintomas	2
Tabela 2. Tratamento da asma - Fármacos de controlo com autorização de introdução no mercado em Portugal e respetivas formas farmacêuticas.....	3
Tabela 3. Tratamento da asma - Fármacos de alívio com autorização de introdução no mercado em Portugal e respetivas formas farmacêuticas.....	4
Tabela 4. Esquema terapêutico da asma	5
Tabela 5. Critérios de inclusão utilizados durante a pesquisa de artigos	10
Tabela 6. Resumo das intervenções analisadas	14
Tabela 7. Resumo das características dos estudos analisados	21

Folha em branco

Lista de Acrónimos

ACOS	Síndrome de sobreposição Asma-DPOC
ACT	do inglês <i>Asthma Control Test</i>
ACQ	do inglês <i>Asthma Control Questionnaire</i>
AH	<i>Alliance Healthcare</i> ®
ANF	Associação Nacional das Farmácias
CI	Corticosteroide Inalado
CNP	Código Nacional de Produto
CNPEM	Código Nacional de Prescrição Eletrónica de Medicamentos
CO	Corticosteroide Oral
CVF	Capacidade Vital Forçada
DCI	Denominação Comum Internacional
DGS	Direção Geral de Saúde
DM	Dispositivo Médico
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica
FCV	Farmácia Central de Valbom
FEFO	do inglês <i>First Expired, First Out</i>
FIFO	do inglês <i>First In, First Out</i>
GAP	Gabinete de Atendimento Personalizado
GC	Grupo de Controlo
GINA	do inglês <i>Global Initiative for Asthma</i>
H	Participantes do sexo masculino
Ig	Imunoglobulina
IVA	Imposto sobre Valor Acrescentado
LT	Leucotrienos
MALMAS	do inglês <i>Malaysian Medication Adherence Scale</i>
MeSH	do inglês <i>Medical Subject Headings</i>
MH	Medicamento Homeopático
MMAS	do inglês <i>Morisky Green Levine Medication Adherence Scale</i>
MNSRM	Medicamento Não Sujeito a Receita Médica
MSRM	Medicamento Sujeito a Receita Médica
NICE	do inglês <i>National Institute for Health and Care Excellence</i>
OF	Ordem dos Farmacêuticos
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNV	Plano Nacional de Vacinação
PVF	Preço de Venda à Farmácia
PVP	Preço de Venda ao Público
RAMs	Reações Adversas aos Medicamentos
RSP	Receita Sem Papel
SI	Sifarma®
SIGREM	Sistema Integrado de Gestão de Resíduos de Embalagens e Medicamentos
SNS	Serviço Nacional de Saúde
TAI	do inglês <i>Test of Adherence to Inhalers</i>
UBI	Universidade da Beira Interior
VEF ₁	Volume Expiratório Forçado no primeiro segundo

Folha em branco

Capítulo 1 - Investigação

1. Introdução

A *Global Initiative for Asthma* (GINA) define a asma como uma doença heterogénea que se caracteriza por uma inflamação crónica das vias aéreas. Os seus sintomas mais comuns são sintomas respiratórios, tais como, pieira, dificuldade em respirar, aperto no peito e tosse. Os sintomas podem variar na sua frequência e intensidade ao longo do tempo. (1)

Estima-se que cerca de 339 milhões de pessoas sejam afetadas por esta doença em todo o mundo, sendo que, nos países desenvolvidos a sua incidência parece ter estagnado, enquanto nos países em desenvolvimento se tem verificado um aumento na incidência. (2,3)

Em Portugal, a prevalência da asma rondará os 6,8%, afetando em proporções iguais homens e mulheres. (4) No entanto, a asma parece afetar, geralmente, mais mulheres do que homens, o que sugere que as hormonas sexuais possam desempenhar um papel no desenvolvimento da doença. (5)

Quanto ao aparecimento dos sintomas, a asma pode ser classificada como de início precoce ou como de início tardio. Na asma de início precoce, os sintomas revelam-se durante a infância e podem ou não permanecer na idade adulta. Na asma de início tardio, os sintomas aparecem já na idade adulta. (6) Para além da idade de aparecimento dos primeiros sintomas, há também diferenças na epidemiologia da doença, sendo que a doença de início tardio é habitualmente mais severa e não tem atopia associada, algo que é muito comum na doença de início na infância. (7)

O diagnóstico é clínico e baseia-se na presença de sintomas sendo suportado pela determinação de obstrução expiratória do fluxo aéreo, frequentemente reversível, espontaneamente ou através de tratamento. (3)

O exame complementar de eleição para o diagnóstico da asma é a espirometria. Considera-se que existe obstrução do fluxo aéreo se a razão entre a Capacidade Vital Forçada (CVF) e o Volume Expiratório Forçado no primeiro segundo (VEF1) é inferior a 0,75 nos adultos ou menor do que o limite inferior da normalidade para o sexo, idade e altura da criança e/ou adulto, atendendo sempre às curvas de referência utilizadas. (3)

A Direção Geral de Saúde (DGS), classifica a asma consoante a gravidade da doença e o controlo dos seus sintomas. A classificação da gravidade da asma deve ser realizada antes do início do tratamento. A gravidade pode ser avaliada considerando: asma intermitente, leve persistente, moderada persistente e grave persistente. (3)

O tratamento será posteriormente ajustado tendo em conta a avaliação do controlo dos sintomas, que se baseia na presença de sintomas nas 4 semanas antecedentes, como se encontra resumido na Tabela 1. (1,3)

Tabela 1. Avaliação do controlo dos sintomas (Adaptado de 1,8).

Controlo dos sintomas		Nível de controlo dos sintomas		
<i>Nas últimas 4 semanas:</i>		Controlada	Parcialmente controlada	Não controlada
<i>Sintomas diurnos em mais de 2 dias/semana?</i>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Nenhum dos anteriores	1 ou 2 dos anteriores	3 ou 4 dos anteriores
<i>Algum despertar noturno por asma ou tosse noturna?</i>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>			
<i>Medicamentos de alívio em mais de 2 dias/semana?</i>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>			
<i>Alguma limitação na atividade condicionada pela asma?</i>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>			

É importante realçar que as medidas não farmacológicas são fundamentais no controlo da doença e na melhoria da qualidade de vida. Entre elas podemos destacar manter um estilo de vida saudável, praticar exercício físico regularmente e evitar a exposição ao fumo do tabaco e a outros poluentes ou alergénios. (3,3)

O tratamento farmacológico tem de ser ajustado consoante o degrau da doença em que cada pessoa se encontra e pode ser dividido em duas classes: fármacos de controlo e fármacos de alívio (3), que podemos ver discriminados nas Tabelas 2 e 3, respetivamente.

O esquema terapêutico utilizado em Portugal é adaptado do documento GINA que é atualizado anualmente, e encontra-se resumido na Tabela 4, sendo que as opções assinaladas a negrito são as opções preferenciais em cada degrau.

A asma custa ao estado português cerca de 380 milhões de euros por ano, sendo que a média por doente são 700 euros anuais (dados de 2010). (8) No entanto, no estudo realizado por Barbosa e colaboradores, em 2010 podemos observar a discrepância de valores gastos em doentes com a doença controlada (425,44€/doente/ano) e em doentes com a doença não controlada (894,86€/doente/ano). (8) Deste modo, os gastos associados são um incentivo adicional para que se aposte em programas desenhados para aumentar a adesão à terapêutica e assim melhorar o controlo da doença.

Tabela 2. Tratamento da asma - Fármacos de controlo com autorização de introdução no mercado em Portugal e respetivas formas farmacêuticas (Adaptado de 10)

Classe Terapêutica	Substância Ativa	Formas Farmacêuticas disponíveis em Portugal
<i>Corticosteroides inalados</i>	Beclometasona	<ul style="list-style-type: none"> Solução pressurizada para inalação Pó para inalação
	Budesonida	<ul style="list-style-type: none"> Suspensão pressurizada para inalação Pó para inalação
	Fluticasona	<ul style="list-style-type: none"> Pó para inalação
	Mometasona	<ul style="list-style-type: none"> Pó para inalação
<i>Corticosteroides sistémicos</i>	Prednisolona	<ul style="list-style-type: none"> Comprimido
	Deflazacorte	<ul style="list-style-type: none"> Comprimido
<i>Antagonistas dos recetores de leucotrienos</i>	Montelucaste	<ul style="list-style-type: none"> Comprimido revestido por película Comprimido para mastigar Granulado
<i>β2-agonistas de longa duração de ação</i>	Formoterol	<ul style="list-style-type: none"> Solução pressurizada para inalação Pó para inalação Suspensão pressurizada para inalação
	Salmeterol	<ul style="list-style-type: none"> Pó para inalação
	Indacaterol	<ul style="list-style-type: none"> Pó para inalação
	Procaterol	<ul style="list-style-type: none"> Comprimido Xarope Solução para inalação por nebulização
<i>Anticolinérgicos de longa duração de ação</i>	Brometo de tiotrópio	<ul style="list-style-type: none"> Solução para inalação Pó para inalação
<i>Metilxantinas</i>	Aminofilina	<ul style="list-style-type: none"> Comprimido de libertação prolongada Solução injetável
	Diprofilina	<ul style="list-style-type: none"> Comprimido Xarope
	Teofilina	<ul style="list-style-type: none"> Comprimido de libertação prolongada
<i>Fármacos Biológicos</i>	Omalizumab	<ul style="list-style-type: none"> Solução injetável
	Benralizumab	<ul style="list-style-type: none"> Solução injetável
	Mepolizumab	<ul style="list-style-type: none"> Solução injetável
	Reslizumab	<ul style="list-style-type: none"> Concentrado para solução para perfusão
<i>Outros medicamentos</i>	Roflumilaste	<ul style="list-style-type: none"> Comprimido Comprimido revestido por película
	Vilanterol	<ul style="list-style-type: none"> Pó para inalação
	Cetotifeno	<ul style="list-style-type: none"> Cápsula Xarope

Tabela 3. Tratamento da asma - Fármacos de alívio com autorização de introdução no mercado em Portugal e respetivas formas farmacêuticas (9)

Classe Terapêutica	Substância Ativa	Formas Farmacêuticas disponíveis em Portugal
<i>β2-agonistas de curta duração de ação</i>	Salbutamol	<ul style="list-style-type: none"> • Solução para inalação • Suspensão pressurizada para inalação • Pó para inalação • Comprimido • Solução injetável • Solução para perfusão • Solução oral
	Terbutalina	<ul style="list-style-type: none"> • Pó para inalação
	Fenoterol	<ul style="list-style-type: none"> • Solução pressurizada para inalação
	Clenbuterol	<ul style="list-style-type: none"> • Pó para inalação
<i>Anticolinérgicos de curta duração de ação</i>	Brometo de ipratrópio	<ul style="list-style-type: none"> • Solução para inalação • Solução pressurizada para inalação
<i>Corticosteroides sistémicos</i>	Prednisolona	<ul style="list-style-type: none"> • Comprimido
	Deflazacorte	<ul style="list-style-type: none"> • Comprimido

Tabela 4. Esquema terapêutico da asma (Adaptado de 3)

	Degrau 1	Degrau 2	Degrau 3	Degrau 4	Degrau 5
	Educação do doente/cuidador + controlo ambiental				
	β2- agonista de curta duração		β2- agonista de curta duração ou dose baixa de CI + Formoterol		
Opções terapêuticas de controlo	Considerar dose baixa CI	Escolher uma opção	Escolher uma opção	Adicione uma ou mais opções ao degrau 3	Adicione uma ou mais opções ao degrau 4
		Dose baixa CI	Dose baixa CI + β2-agonista de longa duração	Dose média ou alta CI + β2- agonista de longa duração	Tratamento adjuvante (p. ex. Anti-IgE)
			Dose média ou alta CI	Antagonistas dos recetores LT	CO (dose baixa)
		Antagonistas dos recetores LT	Dose baixa CI + Antagonistas dos recetores LT	Metilxantina de libertação lenta	
Dose baixa CI + Metilxantina de libertação lenta					

CI: corticosteroide inalado; CO: corticosteroide oral; LT: leucotrienos; Ig: Imunoglobulina

1.1. Asma no idoso

1.1.1 Epidemiologia

Historicamente, a asma tem sido considerada, erroneamente, como uma doença de desenvolvimento na infância afetando idades mais jovens. (10) No entanto, nos últimos anos, vários estudos mostraram que a prevalência da doença é semelhante em idades jovens e em idosos; sendo que é nos idosos que apresenta uma maior taxa de hospitalizações, de morbilidade e de mortalidade. (6) Estima-se que a mortalidade por asma na população com mais de 65 anos seja quatro vezes superior à média global. (11) Nos próximos 40 anos, prevê-se que a população

idosa duplique, e conseqüentemente, o número de idosos com asma deverá aumentar significativamente. (12)

1.1.2. Sintomas e diagnóstico

A maioria dos sintomas referidos anteriormente, tais como aperto no peito ou dispnéia, manifestam-se independentemente da idade do doente. No entanto, no doente idoso a fadiga é habitualmente descrita, mesmo na ausência de outros sintomas típicos da asma. (13)

Com o avançar da idade, torna-se mais difícil diferenciar um doente com asma, de um doente com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) ou com Síndrome de sobreposição Asma-DPOC (ACOS), conceito que tem vindo a surgir nos últimos anos, dada a necessidade de distinguir a apresentação de sintomas comuns às duas doenças. (14) Deste modo, um bom diagnóstico é fundamental para a prescrição de um tratamento adequado e conseqüentemente um bom controlo da doença.

Existem cinco fatores relevantes na diferenciação destas doenças: uma história clínica exaustiva, a reversibilidade da obstrução das vias aéreas, historial de tabagismo e/ou ocupação profissional de risco, presença de atopia e resposta ao tratamento. (7)

Como referido anteriormente, o exame complementar de eleição no diagnóstico da asma é a espirometria. No entanto, nos doentes idosos podem manifestar-se algumas dificuldades técnicas como a dificuldade da correta execução do mesmo, ou até dificuldade de interpretação dos resultados. (15)

Outros fatores que podem contribuir para um atraso no diagnóstico da doença estão diretamente relacionados com o envelhecimento e com o decréscimo da função cognitiva, o que por sua vez pode dificultar a perceção de sintomas, como a dispnéia, e a comunicação dos mesmos aos profissionais de saúde. (16)

1.1.3. Tratamento

Até ao momento não existem diretrizes de tratamento específicas para o doente idoso, sendo por isso o tratamento baseado nas recomendações disponíveis. (17)

Os objetivos do tratamento são os mesmos independentemente da idade do doente: reduzir o número de agudizações, obter um controlo dos sintomas e minimizar os efeitos secundários da farmacoterapia. (18)

A educação é, mais uma vez, fundamental para o controlo da doença e infelizmente não é amplamente praticada nos doentes idosos. No entanto, vários estudos têm mostrado resultados muito positivos na adesão à terapêutica, bem como, no controlo da doença, quando são instituídos

programas de educação pensados especificamente para os doentes mais idosos, sendo que esta é uma das maneiras mais evidentes em que o farmacêutico comunitário pode intervir junto do utente. (12,19–22)

A escolha dos fármacos mais adequados é um dos maiores desafios nos doentes idosos tendo em conta a elevada probabilidade de existirem outras doenças concomitantes que necessitam por si só de tratamento farmacológico, uma vez que é preciso ter em atenção a possível interação entre fármacos e o aumento do número e da severidade de efeitos adversos. (23) Por exemplo, a falta de coordenação no manuseamento dos inaladores pode levar a uma maior deposição de fármaco na cavidade oral, o que afeta a deposição pulmonar, diminuindo assim a eficácia do tratamento e aumentando a probabilidade de efeitos adversos locais e sistémicos. (23)

Apesar dos corticosteroides inalados (CI) serem o pilar do tratamento da asma, comum a todos os graus da doença, o uso de doses altas durante um tempo prolongado está associado ao aparecimento de vários efeitos adversos sistémicos como cataratas, glaucoma, diabetes, pneumonia, candidíase e osteoporose. (24) Por isto, recomenda-se o uso da menor dose possível de CI e um controlo minucioso dos efeitos secundários na população idosa. (24)

Como referido por Scichilone e colaboradores (25) e reforçado por Trinh (15), os antagonistas dos leucotrienos podem ser uma alternativa interessante aos corticosteroides inalados, quando estes estão fortemente contraindicados ou quando a adesão à terapêutica é muito baixa, uma vez que existe uma maior adesão quando a terapia é oral, como é o caso do montelucaste.

As infeções respiratórias são uma das causas mais comuns de exacerbações no doente asmático. As infeções por *Influenza* ou por *Streptococcus pneumoniae* são, por sua vez, as infeções mais comuns do trato respiratório, sendo por isso recomendada a toma da vacina da gripe anualmente e a toma da vacina da pneumonia, em todos os doentes, independentemente da sua idade. (26–28) A norma da DGS do presente ano (2022), inclui os doentes asmáticos que façam corticosteroides sistémicos ou inalados no grupo de doentes crónicos em que a vacina da gripe está fortemente recomendada. (29) A Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar recomenda a toma da vacina pneumocócica apenas em doentes sujeitos a corticoterapia sistémica ou inalada crónica. (30)

1.2. Adesão à terapêutica

A adesão à terapêutica descreve a extensão com que os doentes se mantêm fiéis à medicação e posologia prescrita pelo médico e subentende três conceitos fulcrais: a aceitação do tratamento, a utilização do mesmo, e a persistência, ou seja, a utilização do tratamento constante ao longo do tempo. (31)

A não adesão à terapêutica pode ter várias causas, agrupando-se estas geralmente em intencionais e não intencionais. (32,33) Falamos de não adesão intencional quando o doente conscientemente

não faz a medicação prescrita, ou muda a posologia da mesma. A não adesão é não intencional quando o doente, involuntariamente, não segue o esquema terapêutico, o que pode ser justificado por esquecimento ou dificuldade de manuseamento dos dispositivos de inalação. (34)

Apesar de ainda não se ter atingido um consenso quanto à taxa aceitável de adesão na literatura, no caso da asma esta taxa costuma variar entre os 60 e os 100%. (31) No entanto, a adesão reportada nos vários estudos tem variado entre os 30 e os 70%, o que nos permite concluir que, habitualmente, a adesão à terapêutica nos doentes com asma se encontra significativamente abaixo do esperado. (35)

Estima-se que cerca de 50% da população asmática com prescrição de terapia de uso prolongado não adira eficazmente ao tratamento, o que por sua vez se relaciona com o não controlo dos sintomas e com uma qualidade de vida inferior ao desejável. (36)

No estudo de Peláez e colaboradores podemos encontrar resumidos vários fatores barreira descritos pelos doentes que influenciam a adesão à terapêutica: crenças quanto à eficácia e segurança do tratamento, esquecimento, falta de motivação, uma má relação entre os doentes e os profissionais de saúde, preocupação quanto ao custo dos fármacos e dos serviços de saúde em geral e preferência na limitação das atividades diárias ao invés de seguir o tratamento planeado. (37)

Vários estudos mostram que a adesão à terapêutica é amplamente influenciada pela perceção que o doente tem da própria doença e do tratamento prescrito. (35,37) Por exemplo, é comum os doentes pensarem que têm a doença controlada, mesmo quando experienciam sintomas frequentemente, quando usam fármacos de alívio recorrentemente ou até mesmo tendo tido uma exacerbação aguda no espaço de 12 meses. (35,38)

O estudo de Peláez e colaboradores resumiu também alguns fatores que favorecem a adesão à terapêutica, como por exemplo, a educação do doente sobre a doença e o seu tratamento, ter uma rotina estabelecida para a toma da medicação, envolver o doente na escolha do tratamento mais adequado (por exemplo, perceber a qual dos tipos de inaladores disponíveis o doente se adapta melhor e tem maior facilidade em manusear), manter uma boa relação entre o doente e os profissionais de saúde envolvidos, centrando sempre esta relação nas necessidades do doente. (37)

1.2.1. Adesão à terapêutica no doente idoso

Como referido anteriormente, até ao momento não existem orientações de tratamento específicas para o doente idoso; no entanto, é nestes doentes que se verifica uma maior prevalência e severidade dos sintomas. (39) Tal facto pode ser explicado por diversos motivos, sendo que o mais preponderante parece ser a baixa adesão à terapêutica na população idosa. (23)

A capacidade mental e a cognição do doente são as maiores responsáveis pela adesão ou não à terapêutica. (40,41) Também um baixo nível de escolaridade, a capacidade pulmonar diminuída e uma fragilidade global se revelam como fatores preponderantes na não adesão à terapêutica no doente idoso, relacionando-se mais diretamente com uma pobre técnica inalatória. (42)

A asma tem vindo a ser relacionada com o declínio cognitivo, o que pode ser suportado por momentos de hipoxia, que estão diretamente associados a neurotoxicidade; doentes frequentemente com depressão ou ansiedade, que por sua vez, se relacionam diretamente com a cognição; o próprio tratamento, mais concretamente a toma de corticosteroides orais, pode também alterar a cognição. (41,43)

1.2.2. Adesão à terapêutica e controlo da doença

Nunca será demais realçar a importância da adesão à terapêutica no controlo da doença, uma vez que existem inúmeros estudos que mostram que quanto melhor a adesão e a técnica inalatória, mais controlada será a doença, o que neste caso se traduz em menos agudizações, e em sintomas menos frequentes e severos. (18) Tem-se observado um menor controlo da doença na população idosa (44), o que poderá ser causado por diversos fatores a explorar posteriormente.

De acordo com Riley e colaboradores, nos países desenvolvidos com serviços de saúde universais, as três principais barreiras da adesão à terapêutica são as crenças sobre as consequências da mesma, a educação e conhecimento do doente sobre a doença e o seu tratamento e influências sociais. (45) Assim, percebe-se uma vez mais, a importância de programas de educação do doente e de autogestão da doença.

O principal objetivo deste trabalho é perceber quais as estratégias de promoção da adesão à terapêutica mais eficientes no doente idoso com asma e qual o papel do farmacêutico comunitário para que se obtenha o controlo da doença.

2. Metodologia

2.1 Estratégia de pesquisa

Foram realizadas duas pesquisas científicas na base de dados MEDLINE/PubMed entre os meses de junho e setembro de 2022. Em ambas as pesquisas filtraram-se os resultados para artigos publicados nos últimos dez anos (a partir de 2012 inclusivamente).

Numa primeira pesquisa os termos *MeSH* utilizados foram: “*Asthma*”, “*Pharmacist*” e “*Aged*”. A expressão resultante usada foi “(“*Asthma*”[Mesh]) AND “*Pharmacists*”[Mesh]) AND “*Aged*”[Mesh]”.

Na segunda pesquisa foram usados os termos *MeSH* “*Asthma*”, “*Pharmacist*” e “*Medication Adherence*”. A expressão de pesquisa resultante foi “(“*Asthma*”[Mesh]) AND “*Pharmacists*”[Mesh]) AND “*Medication Adherence*”[Mesh]”.

Inicialmente, foram analisados os títulos e resumos de todos os artigos obtidos, após exclusão dos duplicados. Os artigos que não cumpriam os critérios de inclusão, descritos na Tabela 5 foram excluídos.

Tabela 5. Critérios de inclusão utilizados durante a pesquisa de artigos

Critérios de Inclusão	
<i>População alvo</i>	Adultos e/ou idosos
<i>Tipo de intervenção</i>	Intervenções lideradas ou que incluíam farmacêuticos
<i>Idioma do artigo</i>	Inglês ou português
<i>Foco do estudo</i>	Técnicas de promoção da adesão à terapêutica

Critérios de Exclusão	
<i>Tipo de estudo</i>	Estudo-piloto
<i>Local de realização do estudo</i>	Farmácia Hospitalar
<i>Tipo de artigo</i>	Revisão Sistemática

3. Resultados e Discussão

3.1. Seleção e caracterização das intervenções

A primeira pesquisa encontrou vinte e sete (27) resultados, enquanto a segunda pesquisa obteve vinte e três (23) artigos. Destes 23, cinco (5) artigos foram excluídos por duplicação. Após análise do título e resumo dos quarenta e cinco (45) artigos restantes foram excluídos dezasseis (16) por não se adequarem aos critérios de inclusão escolhidos para este trabalho. Os vinte e nove (29) artigos que restaram foram lidos na íntegra e avaliados quanto ao cumprimento dos critérios de inclusão. Após esta análise detalhada foram incluídos neste trabalho sete (7) artigos. (46–52)

A Figura 1 resume a estratégia utilizada desde a pesquisa dos artigos até à decisão de inclusão no trabalho. A Tabela 6 resume as características destes oito artigos, evidenciando as estratégias apresentadas e os principais resultados.

Todos os artigos em análise usaram a educação do doente como intervenção principal. Foram prestados esclarecimentos sobre o tratamento e desmistificaram-se algumas crenças sobre a doença e respetiva terapêutica. Em todos eles foi também descrita, passo a passo, a técnica inalatória ideal e na sua maioria a mesma foi demonstrada pelo farmacêutico.

O controlo da doença e a adesão à terapêutica foram os parâmetros avaliados em todos os estudos, exceto no estudo de Ruud et al. (50) que apenas avaliou a técnica inalatória.

O controlo da doença avaliou-se recorrendo ao *Asthma Control Test* (ACT) (53), ou, no estudo de Torres Robles e colaboradores, ao *Asthma Control Questionnaire* (ACQ) (54). (ANEXO I e II)

Quanto à adesão à terapêutica, o teste de eleição para a maioria dos autores foi o Teste de Adesão de Morisky Green Levine (55). (ANEXO III)

As intervenções apresentam durações muito diversas, indo desde 2 meses para o estudo de Paoletti e colaboradores (48) até 15 meses no caso do estudo de Wong e colaboradores. (52)

3.2. Dados sociodemográficos

As intervenções analisadas incluíam amostras de pequena dimensão, de idade muito variável, eram maioritariamente constituídas por indivíduos do sexo feminino e incluíam uma percentagem apreciável de fumadores e ex-fumadores.

Todos os estudos incluíam doentes idosos, no entanto, nenhum deles foi pensado especificamente para esta população, o que pode ser desde já referido como uma das principais limitações e poderá servir de base para estudos futuros.

Ao analisar os vários estudos, é relevante também notar que mais de 20% dos indivíduos incluídos são fumadores, excetuando-se apenas o estudo de Wong e colaboradores (52) em que apenas 8,28% dos doentes são fumadores ativos. No entanto, neste mesmo estudo, 34 doentes são ex-fumadores. Este aspeto representa uma oportunidade de intervenção para o farmacêutico no âmbito da cessação tabágica.

Figura 1. Diagrama PRISMA da estratégia de pesquisa e de seleção dos artigos incluídos neste trabalho

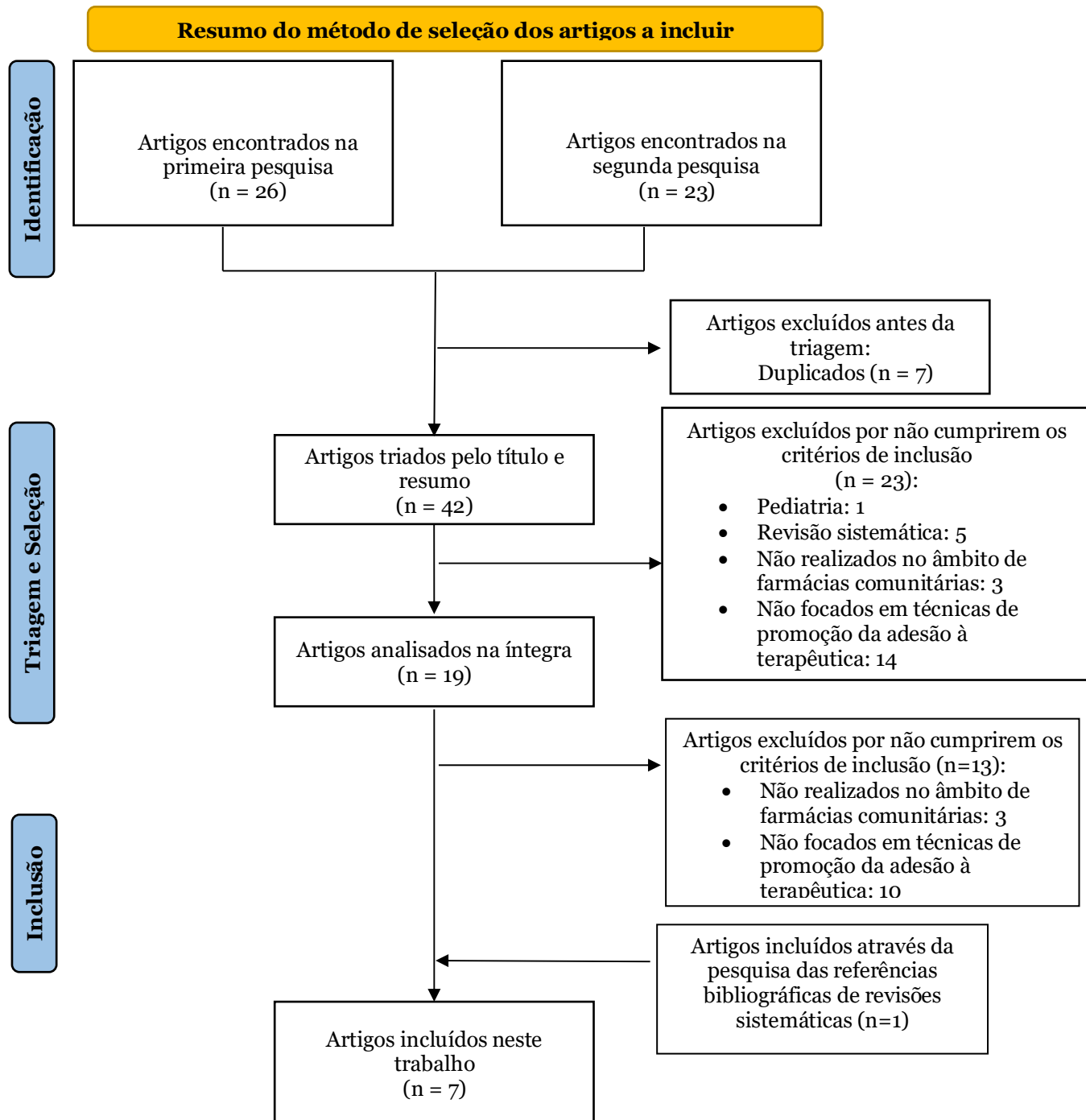


Tabela 6. Resumo das intervenções analisadas

Referência	Tipo de estudo	Duração (meses)	Participantes: farmacêuticos/farmácias (n)	Participantes: doentes (n)	Tipo de intervenção farmacêutica	Parâmetros avaliados	Resultados
<i>Kovacevic et al. (2017, Sérvia) (46)</i>	Estudo de intervenção não controlado	3	18 / 14	128; 39 H	1. Educação do doente 2. Demonstração da técnica inalatória 3. Plano de ação escrito	1. Adesão à terapêutica: <i>MMAS</i> 2. Controlo da doença: ACT 3. Técnica inalatória	Melhoria significativa na adesão à terapêutica e no controlo da doença
<i>Olivera et al. (2016, Brasil) (47)</i>	Estudo controlado aleatorizado	4	- / 1*	G.I.: 59; 15 H G.C.: 60; 14 H	1. Educação do doente 2. Demonstração da técnica inalatória	1. Adesão à terapêutica: <i>MMAS</i> 2. Função pulmonar: espirometria	Melhoria significativa na adesão à terapêutica e no controlo da doença
<i>Paoletti et al. (2020, Itália) (48)</i>	Estudo de intervenção não controlado	2	- / 34	G.I.: 235; 62 H G.C.: 81; 35 H	1. Educação do doente	1. Adesão à terapêutica: <i>TAI</i> 2. Controlo da doença: ACT	Melhoria significativa na adesão à terapêutica e no controlo da doença
<i>Rodrigues et al. (2021, Portugal) (49)</i>	Estudo controlado aleatorizado	6	- / 48	G.I.: 102; 34 H G.C.: 99; 35 H	1. Educação do doente 2. Demonstração da técnica inalatória	1. Técnica inalatória 2. Controlo da doença 3. Ocorrência de exacerbações	Melhoria significativa na técnica inalatória e no controlo da doença
<i>Ruud et al. (2018, Noruega) (50)</i>	Estudo de intervenção não controlado	7	- / 42	405; 108 H	1. Educação do doente; 2. Demonstração da técnica inalatória	1. Técnica inalatória	Melhoria significativa da técnica inalatória

<i>Torres Robles (2021, Espanha) (51)</i>	Estudo controlado aleatorizado	6	134 / 94	G.I.: 205 G.C.: 180	1. Educação do doente	1. Adesão à terapêutica: MMAS 2. Controlo da doença: ACQ	Melhoria significativa em ambos os parâmetros
<i>Wong et al. (2017, Malásia) (52)</i>	Estudo controlado aleatorizado	15	- / 4	G.I.: 92; 38 H G.C.: 79; 35 H	1. Educação dos doentes 2. Demonstração da técnica inalatória	1. Controlo da doença: ACT 2. Adesão à terapêutica: MALMAS	Melhoria significativa na adesão à terapêutica e no controlo da doença

ACQ: Asthma Control Questionnaire; ACT: Asthma Control Test; GI: grupo de intervenção; GC: grupo de controlo; H: participantes do sexo masculino; MALMAS: Malaysian Medication Adherence Scale; MMAS: Morisky Green Levine Medication Adherence Scale; TAI: Test of Adherence to Inhalers.

3.3. Tipos de intervenções de promoção da adesão à terapêutica

As intervenções de promoção de adesão à terapêutica podem ser diferenciadas pelo tipo de causa de não adesão que abordam. Segundo o *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) as intervenções podem focar-se em: 1) alteração de causas intencionais de não adesão, 2) alteração de causas não intencionais de não adesão, ou 3) intervenções que incluem os pontos 1) e 2). (33)

A educação do doente, por exemplo, é uma intervenção que procura e pretende resolver causas de não adesão intencionais, uma vez que as crenças dos doentes poderão levar à não adesão da terapêutica de uma forma consciente (como por exemplo os efeitos secundários da terapêutica). Já a demonstração de uma técnica inalatória correta intervém nas causas de adesão não intencionais, isto é, o doente pode até respeitar a posologia indicada, mas apresenta uma pobre técnica inalatória, não cumprindo a maioria dos passos fulcrais para uma boa ação do medicamento.

Das sete intervenções incluídas neste trabalho, 2 focavam-se em causas de não adesão intencional, debruçando-se apenas sobre a educação do doente (48,51), procurando desmistificar crenças sobre a mesma e sobre a sua terapêutica, e 6 abordavam ambas as causas, intencionais e não intencionais, focando-se na educação do doente e na demonstração da técnica inalatória correta. (46,47,49,50,52)

Nos oito artigos analisados as conclusões foram muito similares. Todos as intervenções apresentaram melhorias significativas tanto na adesão à terapêutica como no controlo da doença, o que vem reforçar, uma vez mais, o papel tão importante que o farmacêutico pode e deve desempenhar junto da população. No entanto, os resultados são apresentados globalmente para a população não sendo possível inferir qual o real impacto das intervenções propostas nos indivíduos idosos com asma, o que vem reforçar, uma vez mais, a importância de conduzir este tipo de estudos focados exclusivamente na população idosa.

3.4. O papel do farmacêutico comunitário

O farmacêutico, quer comunitário, quer hospitalar, tem um acesso privilegiado à terapêutica dos doentes e pode ter um papel preponderante na melhoria da adesão à terapêutica, especialmente junto da população idosa, para quem a gestão da medicação diária poderá representar um desafio. (56)

O farmacêutico comunitário deve assumir uma posição relevante na educação do doente, uma vez que é o profissional de saúde de mais fácil acesso para a população, o que lhe permite reavaliar e repetir esta abordagem. (50,57) Sabe-se que, principalmente a população idosa, tende a sentir-se mais confortável e num ambiente mais familiar nas farmácias comunitárias, fidelizando-se

habitualmente a uma só farmácia. Esta confiança depositada nas farmácias comunitárias, é uma mais-valia para a implementação de programas de educação dos doentes, em que todos poderão beneficiar.

3.4.1. Programas de Educação do Doente

Segundo Milosavljevic (58), intervenções lideradas por farmacêuticos comunitários visando o aumento da adesão à terapêutica e consequentemente um melhor controlo de doenças crónicas, mostraram resultados positivos em cerca de 62% da população abrangida. As intervenções com maior taxa de sucesso são habitualmente multifacetadas e personalizadas, combinando não só a educação dos doentes, mas também a simplificação dos esquemas terapêuticos, o acompanhamento regular e a monitorização.

Vários estudos têm vindo a reforçar que intervenções lideradas por farmacêuticos têm um impacto positivo, não só na adesão à terapêutica como também na técnica inalatória, nos doentes com asma. (59)

Os resultados são mais positivos quando há uma intervenção junto do doente, onde o doente demonstra a sua técnica inalatória e é corrigido por um profissional de saúde, ao invés de intervenções em que é fornecida informação escrita ou há demonstração isolada da técnica inalatória por um profissional de saúde. (50,60) Segundo a meta-análise de Monteiro e colaboradores (61) uma maior adesão à terapêutica poderá estar também diretamente relacionada com altos rendimentos, elevado grau de escolaridade, existência de obesidade como comorbilidade e idade mais avançada. No entanto, o mesmo estudo revela que o simples facto de ter um emprego pode diminuir a adesão à terapêutica, bem como o uso de outros fármacos para doenças concomitantes.

As intervenções na técnica inalatória deverão ser repetidas periodicamente, uma vez que com o tempo a técnica inalatória vai-se deteriorando. Nos idosos deve ter-se especial atenção e repetir a intervenção com intervalos de tempo mais curtos, tendo em conta que esta população poderá ter mais dificuldades na aprendizagem correta da técnica e terá maior tendência a esquecê-la. (60)

Como documentado por Bouwmeester e colaboradores (62), a reeducação dos doentes quanto à técnica inalatória tem resultados melhores e mais duradouros (cerca de 4-6 semanas) quando realizada por um farmacêutico num ambiente familiar ao doente, do que a aprendizagem realizada apenas aquando da prescrição do dispositivo inalatório por um médico ou um enfermeiro (3-4 dias).

No estudo realizado por Paoletti e colaboradores (48), o programa educacional apresentou efeitos positivos não só na adesão à terapêutica, mas também, consequentemente, no controlo da doença e na função pulmonar. Esse mesmo programa abordava vários tópicos relevantes: medidas não farmacológicas, a importância do cumprimento da posologia prescrita pelo médico,

demonstração do uso correto do dispositivo inalatório e ainda algumas maneiras de evitar o esquecimento do tratamento como um plano escrito ou aplicações de telemóvel específicas para o efeito.

O estudo de Khmour e colaboradores (63) estendeu-se durante um ano e dividia-se em 3 fases. Uma avaliação inicial de todos os parâmetros a ser estudados, uma avaliação depois de 6 meses, e uma avaliação no final dos 12 meses. Os seus resultados vieram reforçar as conclusões de estudos anteriores, mostrando melhor controlo da asma, melhor técnica inalatória, melhor adesão à terapêutica e uma menor necessidade de ida à urgência hospitalar para o grupo de intervenção quando comparado com o grupo controlo. Apesar de se tratar de um estudo realizado no âmbito hospitalar, este tipo de intervenção poderá ser facilmente adaptado a farmácias comunitárias, prometendo resultados igualmente positivos.

Caminati (57) mostrou, uma vez mais, que a inclusão de farmacêuticos comunitários pode refletir-se, globalmente, num melhor controlo da doença e na redução dos custos associados. Para além dos programas educacionais, já referidos anteriormente, Caminati propõe uma intervenção mais ampla, referindo que o farmacêutico comunitário poderá adicionalmente avaliar o controlo da doença e o risco de exacerbações, prestando o serviço de espirometria na farmácia.

Na revisão sistemática de Marcum e colaboradores (64), conclui-se que existe, de facto, um efeito benéfico na adesão à terapêutica em intervenções lideradas por farmacêuticos junto da população idosa. No entanto, esta revisão mostrou também que o efeito benéfico tende a diminuir ao longo do tempo, sendo por isso importante manter, tanto o doente como o profissional de saúde responsável, motivados durante todo o processo. Este estudo vem reforçar, uma vez mais, que os resultados são mais positivos quando realizados num ambiente familiar ao doente (como a sua casa) e quando compreendem mais do que uma estratégia.

Uma estratégia que tem vindo a ser implementada é a definição de objetivos. Quanto mais específicos e realistas forem os objetivos delineados, mais provável será que se consigam atingir. (65) Por exemplo, “melhorar a capacidade pulmonar” é um objetivo muito vago e pouco específico. Por sua vez, “usar o inalador 2 vezes por dia” é um objetivo específico e mais fácil para o próprio doente perceber se foi atingido ou não, aumentando assim a sua motivação para atingir os objetivos propostos.

3.4.2. Programas de Cessação Tabágica

Como foi já referido por Khmour (63) e reforçado por García-Cárdenas (66), uma grande parte da população asmática é fumadora. Torna-se assim relevante realçar a importância de implementar programas de cessação tabágica nas farmácias comunitárias.

No estudo de Condinho e colaboradores (67), conduzido em farmácias comunitárias em Portugal, podemos verificar uma taxa de sucesso de aproximadamente 21% após 12 meses de programa, um

valor muito encorajador e otimista quando comparado com estudos conduzidos noutros países, que apresentaram taxas de sucesso entre 3,6 e 25%. (68–71)

3.5. Barreiras e soluções à implementação destas estratégias na farmácia comunitária

Anteriormente, foram descritas algumas barreiras à implementação de estratégias de promoção da adesão à terapêutica em farmácia comunitária. A falta de tempo, a falta de recursos humanos e monetários, e a falta de comunicação entre os profissionais envolvidos parecem ser as razões mais usualmente apontadas para a dificuldade de implementação destas estratégias. (72)

Num estudo conduzido no Ruanda, as principais barreiras do envolvimento de farmacêuticos comunitários na implementação de programas que visam a promoção da saúde de uma forma geral, são a ausência de coordenação entre os vários profissionais de saúde envolvidos, a falta de tempo e de espaço e a insuficiência de recursos. (73) É sabido que a realidade deste país é muito distinta da realidade do sistema de saúde em Portugal, no entanto, estas barreiras descritas pelos próprios farmacêuticos parecem ser semelhantes em todo o mundo.

A falta de motivação é apontada por Caminati e seus colaboradores como uma das principais barreiras na implementação e sucesso dos vários tipos de abordagens já postas em prática anteriormente. (57) É sugerido então, pelos mesmos autores, algum tipo de remuneração adicional para que os profissionais envolvidos mantenham a sua motivação ao longo de todo o processo.

Com base na minha experiência profissional, ainda que curta, diria que este seria um dos maiores, senão o maior, entrave à implementação deste tipo de serviços, por parte do proprietário ou responsável da farmácia. Sabendo que os recursos humanos são a fonte de maior despesa para uma farmácia comunitária e que este tipo de serviços requer, a longo prazo, pelo menos um profissional exclusivamente focado neles, uma das soluções seria o pagamento do serviço pelo doente, o que por si só, poderá representar também uma barreira na implementação do serviço junto de populações com menores rendimentos. Uma outra solução, seria a criação de um programa a nível nacional, financiado pelo Estado, que pudesse abranger todos os doentes, em especial aqueles com asma não controlada e com baixos rendimentos. Como já foi demonstrado em estudos anteriores, a asma controlada representa metade da despesa anual da doença não controlada. (8)

A falta de formação dos próprios profissionais de saúde representa também uma grande barreira uma vez que a formação destes, é a principal base para a boa formação dos doentes. Sugere-se então que se aposte na formação dos profissionais, quer ao nível de conhecimento da doença e da sua terapêutica, quer ao nível de programas complementares, como por exemplo de cessação tabágica. O farmacêutico comunitário é o profissional de saúde com contacto mais direto e acesso

mais privilegiado à população o que facilita a sua intervenção na prevenção ou na cessação de hábitos tabágicos. (67) Para isto torna-se fulcral uma maior aposta na formação dos profissionais, quer ao nível dos cursos académicos, quer na criação de formações para farmacêuticos em atividade visando fornecer ferramentas necessárias para a prestação de um serviço farmacêutico de qualidade. (67)

Já foi referido também em estudos anteriores o desinteresse do doente neste tipo de programas ou até o absoluto desconhecimento sobre eles. (72) Para ultrapassar esta barreira, poderia apostar-se mais nas medidas de comunicação dos benefícios trazidos por este tipo de programas, levando a informação diretamente aos doentes necessitados, quer através dos meios de comunicação como a televisão ou as redes sociais, quer nas próprias farmácias através de cartazes e panfletos.

Importa também referir que o farmacêutico não deve deixar que as suas crenças pessoais interfiram no compromisso profissional para com os doentes. Como mostrado pelo estudo de Lee e colaboradores (74), há uma tendência para prestar um melhor aconselhamento e acompanhamento a doentes com asma não fumadores e que sejam aderentes à farmacoterapia. Ao longo do desenvolvimento deste trabalho, pretendeu-se precisamente reforçar a importância do farmacêutico comunitário junto dos doentes não aderentes à terapêutica que poderão ou não ser fumadores.

3.6. Limitações

Os artigos analisados apresentam intervenções muito heterogéneas quer em duração, quer na sua abordagem, como podemos encontrar resumido na tabela 7. Além disso, os parâmetros avaliados e que serviram de base às suas conclusões foram também diversos o que compromete a generalização das conclusões.

Em termos metodológicos, três dos sete estudos não eram controlados nem aleatorizados o que por si só compromete a validade das suas conclusões.

O facto de nenhum dos estudos ter sido pensado e desenhado especificamente para a população idosa, que é a população de interesse neste trabalho, representa também uma limitação. Dadas as particularidades desta população em termos de características clínicas e alterações funcionais e cognitivas não é claro se estas são de facto boas intervenções.

Tabela 7. Resumo das características dos estudos analisados

Referência	Estudo controlado	Estudo aleatorizado	Estudo multicêntrico	Inclui participantes idosos	Intervenção desenhada especificamente para idosos
Kovacevic et al. (2017, Sérvia) (46)	Não	Não	Sim	Sim	Não
Paoletti et al. (2020, Itália) (48)	Não	Não	Sim	Sim	Não
Rodrigues et al. (2021, Portugal) (49)	Sim	Sim	Sim	Sim	Não
Ruud et al. (2018, Noruega) (50)	Não	Não	Sim	Sim	Não
Torres Robles (2021, Espanha) (51)	Sim	Sim	Sim	Sim	Não
Wong et al. (2017, Malásia) (52)	Sim	Sim	Sim	Sim	Não
Olivera et al. (2016, Brasil) (47)	Sim	Sim	Não	Sim	Não

4. Conclusão

Segundo os estudos mais recentes (4), aproximadamente 700,000 portugueses sofrem de asma atualmente, e estima-se que cerca de metade, isto é 350,000, não tenham a doença controlada.

Como referido anteriormente, a doença não controlada tem um impacto negativo significativo na qualidade de vida do doente e representa o dobro dos gastos económicos quer para o doente, quer para o estado (desde medicação a número de idas às urgências e internamentos).

O não controlo da doença é resultado, na maioria dos casos, da não adesão à terapêutica que por si só, pode ter variadas razões.

O farmacêutico comunitário, como profissional de saúde altamente qualificado, ocupa um lugar privilegiado e pode desempenhar um papel crucial na gestão de doenças crónicas, nomeadamente a asma, dada a sua acessibilidade aos doentes.

Com este trabalho pretendeu-se evidenciar de que maneira o farmacêutico comunitário pode auxiliar no combate à não adesão da terapêutica nos doentes asmáticos, e consequentemente no controlo da doença, em particular dos mais idosos.

Pode concluir-se que as abordagens mais individualizadas e personalizadas têm um impacto mais significativo, tanto na adesão à terapêutica, como no controlo da própria doença. Conclui-se também que estratégias que visem melhorar os dois tipos de não adesão à terapêutica (intencional e não intencional) apresentam melhores resultados do que estratégias que se foquem em apenas um dos tipos.

Propõe-se ainda, que mais estudos sejam feitos posteriormente, especialmente estudos pensados e desenhados especificamente para a população idosa.

5. Referências Bibliográficas

1. GINA - Global Initiative for Asthma. Global Strategy for Asthma Management and Prevention [Internet]. 2022. Disponível em: www.ginasthma.com
2. Braman SS. Asthma in the Elderly. Clin Geriatr Med [Internet]. 2017;33(4):523–37. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cger.2017.06.005>
3. DGS - Direção Geral da Saúde. Programa Nacional para as Doenças Respiratórias - Boas práticas e Orientações para o controlo da asma no adulto e na criança. 2016; Disponível em: www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/boas-praticas-e-orientacoes-para-o-controlo-da-asma-no-adulto-e-na-crianca-2-edicao-pdf.aspx
4. Sa-Sousa A, Morais-Almeida M, Azevedo LF, Carvalho R, Jacinto T, Todo-Bom A, et al. Prevalence of asthma in Portugal - The Portuguese National Asthma Survey. Clin Transl Allergy [Internet]. 2012;2(1):1–12. Disponível em: <http://www.ctajournal.com/content/2/1/15>
5. Stern J, Pier J, Litonjua AA. Asthma epidemiology and risk factors. Semin Immunopathol [Internet]. 2020;42(1):5–15. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00281-020-00785-1>
6. Battaglia S, Benfante A, Scichilone N. Asthma in the older adult: Presentation, considerations and clinical management. Expert Rev Clin Immunol [Internet]. 2015;11(12):1297–308. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1586/1744666X.2015.1087850>
7. Abramson MJ, Perret JL, Dharmage SC, McDonald VM, McDonald CF. Distinguishing adult-onset asthma from COPD: A review and a new approach. Int J COPD [Internet]. 2014;9:945–62. Disponível em: <https://doi.org/10.2147/COPD.S46761>
8. Barbosa JP, Ferreira-Magalhães M, Sá-Sousa A, Azevedo LF, Fonseca JA. Cost of asthma in Portuguese adults: A population-based, cost-of-illness study. Rev Port Pneumol [Internet]. 2017;23(6):323–30. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rppnen.2017.07.003>
9. INFARMED IP. INFOMED - Base de Dados de Medicamentos de Uso Humano [Internet]. [citado 2 de Agosto de 2022]. Disponível em: <https://extranet.infarmed.pt/INFOMED-fo/>
10. González-Díaz SN, Villarreal-Gonzalez RV, Lira-Quezada CE De, Guzman-Avilan RI. Outcome measures to be considered on asthma in elderly. Curr Opin Allergy Clin Immunol [Internet]. 2019;19(3):209–15. Disponível em: <http://doi.org/10.1097/ACI.0000000000000525>
11. Baptist AP, Hamad A, Patel MR. Older women with asthma: special challenges in treatment and self-management. Ann Allergy, Asthma Immunol [Internet].

- 2014;113(2):125–30. Disponível em: <http://doi.org/10.1016/j.anai.2014.05.013>
12. Nanda A, Baptist AP, Divekar R, Parikh N, Seggev JS, Yusin JS, et al. Asthma in the older adult. *J Asthma* [Internet]. 2020;57(3):241–52. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/02770903.2019.1565828>
 13. Baptist AP, Busse PJ. Asthma Over the Age of 65: All’s Well That Ends Well. *J Allergy Clin Immunol Pract* [Internet]. 2018;6(3):764–73. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jaip.2018.02.007>
 14. Enilari O, Sinha S. The global impact of asthma in adult populatio. *Ann Glob Heal* [Internet]. 2019;85(1):1–7. Disponível em: <https://doi.org/10.5334/aogh.2412>
 15. Trinh HKT, Ban GY, Lee JH, Park HS. Leukotriene Receptor Antagonists for the Treatment of Asthma in Elderly Patients. *Drugs and Aging* [Internet]. 2016;33(10):699–710. Disponível em: <http://doi.org/10.1007/s40266-016-0401-2>
 16. Al-Alawi M, Hassan T, Chotirmall SH. Advances in the diagnosis and management of asthma in older adults. *Am J Med* [Internet]. 2014;127(5):370–8. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.amjmed.2013.12.013>
 17. Dunn RM, Busse PJ, Wechsler ME. Asthma in the elderly and late-onset adult asthma. *Allergy Eur J Allergy Clin Immunol* [Internet]. 2018;73(2):284–94. Disponível em: <http://doi.org/10.1111/all.13258>
 18. Albertson TE, Pugashetti J V., Chau-Etchepare F, Chenoweth JA, Murin S. Pharmacotherapeutic management of asthma in the elderly patient. *Expert Opin Pharmacother* [Internet]. 2020;00(00):1991–2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/14656566.2020.1795131>
 19. Ducharme FM, Bhogal SK. The role of written action plans in childhood asthma. *Curr Opin Allergy Clin Immunol* [Internet]. 2008;8(2):177–88. Disponível em: <http://doi.org/10.1097/ACI.0b013e3282f7cd58>
 20. Ducharme FM, Zemek RL, Chalut D, McGillivray D, Noya FJD, Resendes S, et al. Written action plan in pediatric emergency room improves asthma prescribing, adherence, and control. *Am J Respir Crit Care Med* [Internet]. 2011;183(2):195–203. Disponível em: <http://doi.org/10.1164/rccm.201001-0115OC>
 21. Bhogal S, Zemek R, Ducharme F. Written action plans for asthma in children. *Evidence-Based Child Heal A Cochrane Rev J* [Internet]. 2007;2(2):553–603. Disponível em: <http://doi.org/10.1002/14651858.CD005306.pub2>
 22. Janson SL, McGrath KW, Covington JK, Cheng SC, Boushey HA. Individualized asthma self-management improves medication adherence and markers of asthma control. *J Allergy Clin Immunol* [Internet]. 2009;123(4):840–6. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaci.2009.01.053>
 23. Agusta F, Battaglia S, Benfante A, Spatafora M, Scichilone N. Challenges in the

- pharmacological treatment of geriatric asthma. *Expert Rev Clin Pharmacol* [Internet]. 2016;9(7):917–26. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1586/17512433.2016.1167596>
24. Battaglia S, Cardillo I, Lavorini F, Spatafora M, Scichilone N. Safety Considerations of Inhaled Corticosteroids in the Elderly. *Drugs and Aging* [Internet]. 2014;31(11):787–96. Disponível em: <http://doi.org/10.1007/s40266-014-0213-1>
 25. Scichilone N, Battaglia S, Benfante A, Bellia V. Safety and efficacy of montelukast as adjunctive therapy for treatment of asthma in elderly patients. *Clin Interv Aging* [Internet]. 2013;8:1329–37. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.2147/CIA.S35977>
 26. Bandell A, Ambrose CS, Maniaci J, Wojtczak H. Safety of live attenuated influenza vaccine (LAIV) in children and adults with asthma: a systematic literature review and narrative synthesis. *Expert Rev Vaccines* [Internet]. 2021;20(6):717–28. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/14760584.2021.1925113>
 27. Melani AS. Management of asthma in the elderly patient. *Clin Interv Aging* [Internet]. 2013;8:913–22. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.2147/CIA.S33609>
 28. Czaicki N, Bigaj J, Zielonka TM. Pneumococcal Vaccine in Adult Asthma Patients. *Adv Exp Med Biol* [Internet]. 2021;1289(Gina 2015):55–62. Disponível em: https://doi.org/10.1007/5584_2020_562
 29. DGS - Direção Geral da Saúde. Campanha de Vacinação Sazonal contra a Gripe: Outono-Inverno 2022-2023. 2023;1–9. Disponível em: <https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0072022-de-02092022-pdf.aspx>
 30. Costa RP, Gonçalves C, Sousa JC de. Recomendações GRESP vacinação anti-pneumocócica. 2015; Disponível em: <https://apmgf.pt/apmgfbackoffice/fich/oedcdo119f2343e75ec357731c3bde7d.pdf>
 31. Boulet LP, Vervloet D, Magar Y, Foster JM. Adherence. The Goal to Control Asthma. *Clin Chest Med* [Internet]. 2012;33(3):405–17. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ccm.2012.06.002>
 32. Thomas M. Why aren't we doing better in asthma: Time for personalised medicine? *Prim Care Respir Med* [Internet]. 2015;25(September 2014). Disponível em: <http://doi.org/10.1038/npjpcrm.2015.4>
 33. National Institute for Health and Clinical Excellence. Medicines adherence: Involving patients in decisions about prescribed medicines and supporting adherence. NICE Guidel [Internet]. 2009;(January):1–31. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg76>
 34. De Geest S, Sabaté E. Adherence to long-term therapies: Evidence for action. *Eur J Cardiovasc Nurs* [Internet]. 2003;2(4):323. Disponível em: [http://doi.org/10.1016/S1474-5151\(03\)00091-4](http://doi.org/10.1016/S1474-5151(03)00091-4)

35. Lycett H, Wildman E, Raebel EM, Sherlock JP, Kenny T, Chan AHY. Treatment perceptions in patients with asthma: Synthesis of factors influencing adherence. *Respir Med* [Internet]. 2018;141(February):180–9. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.rmed.2018.06.032>
36. Price D, Harrow B, Small M, Pike J, Higgins V. Establishing the relationship of inhaler satisfaction, treatment adherence, and patient outcomes: A prospective, real-world, cross-sectional survey of US adult asthma patients and physicians. *World Allergy Organ J* [Internet]. 2015;8(1):1–11. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1186/s40413-015-0075-y>
37. Peláez S, Lamontagne AJ, Collin J, Gauthier A, Grad RM, Blais L, et al. Patients' perspective of barriers and facilitators to taking long-term controller medication for asthma: A novel taxonomy. *BMC Pulm Med* [Internet]. 2015;15(1):1–11. Disponível em: <http://doi.org/10.1186/s12890-015-0044-9>
38. Fletcher M, Hiles D. Continuing discrepancy between patient perception of asthma control and real-world symptoms: A quantitative online survey of 1,083 adults with asthma from the UK. *Prim Care Respir J* [Internet]. 2013;22(4):431–8. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4104/pcrj.2013.00091>
39. Razi E, Moosavi GA, Razi A. Effect of age on response to treatment in adult patients with severe persistent asthma. *Tanaffos* [Internet]. 2012;11(2):16–21. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4153199/pdf/Tanaffos-11-016.pdf>
40. Mackin RS, Arean PA. Cognitive and psychiatric predictors of medical treatment adherence among older adults in primary care clinics. *Int J Geriatr Psychiatry* [Internet]. 2007;22(September 2006):55–60. Disponível em: <http://doi.org/10.1002/gps.1653>
41. Caldera-Alvarado G, Khan DA, Defina LF, Pieper A, Brown ES. Relationship between asthma and cognition: The cooper center longitudinal study. *Allergy Eur J Allergy Clin Immunol* [Internet]. 2013;68(4):545–8. Disponível em: <http://doi.org/10.1111/all.12125>
42. Maricoto T, Santos D, Carvalho C, Teles I, Correia-de-Sousa J, Taborda-Barata L. Assessment of Poor Inhaler Technique in Older Patients with Asthma or COPD: A Predictive Tool for Clinical Risk and Inhaler Performance. *Drugs and Aging* [Internet]. 2020;37(8):605–16. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s40266-020-00779-6>
43. Becker JH, Feldman JM, Arora A, Busse PJ, Wisnivesky JP, Federman AD. Cognition, symptom perception, and medication non-adherence in older adults with asthma. *J Asthma* [Internet]. 2022;59(3):607–15. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/02770903.2020.1856867>
44. Lourenço O, Calado S, Sá-Sousa A, Fonseca J. Evaluation of allergic rhinitis and asthma control in a portuguese community pharmacy setting. *J Manag Care Pharm* [Internet]. 2014;20(5):513–22. Disponível em: <http://doi.org/10.18553/jmcp.2014.20.5.513>
45. Mattila T, Santonen T, Andersen HR, Katsonouri A, Szigeti T, Uhl M, et al. Scoping

- review—the association between asthma and environmental chemicals. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2021;18(3):1–14. Disponível em: <http://doi.org/10.3390/ijerph18031323>
46. Kovačević M, Čulafić M, Jovanović M, Vučićević K, Kovačević SV, Miljković B. Impact of community pharmacists' interventions on asthma self-management care. *Res Soc Adm Pharm* [Internet]. 2018;14(6):603–11. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.sapharm.2017.07.007>
 47. Olivera CMX, Vianna EO, Bonizio RC, De Menezes MB, Ferraz E, Cetlin AA, et al. Asthma self-management model: Randomized controlled trial. *Health Educ Res* [Internet]. 2016;31(5):639–52. Disponível em: <http://doi.org/10.1093/her/cyw035>
 48. Paoletti G, Keber E, Heffler E, Malipiero G, Baiardini I, Canonica GW, et al. Effect of an educational intervention delivered by pharmacists on adherence to treatment, disease control and lung function in patients with asthma. *Respir Med* [Internet]. 2020;174(October). Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.rmed.2020.106199>
 49. Rodrigues AT, Romano S, Romão M, Figueira D, Bulhosa C, Madeira A, et al. Effectiveness of a pharmacist-led intervention on inhalation technique for asthma and COPD patients: The INSPIRA pilot cluster-randomized controlled trial. *Respir Med* [Internet]. 2021;185(March). Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.rmed.2021.106507>
 50. Ruud KW, Rønningen SW, Faksvåg PK, Ariansen H, Hovland R. Evaluation of a structured pharmacist-led inhalation technique assessment service for patients with asthma and COPD in Norwegian pharmacies. *Patient Educ Couns* [Internet]. 2018;101(10):1828–37. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2018.05.018>
 51. Torres-Robles A, Benrimoj SI, Gastelurrutia MA, Martinez-Martinez F, Peiro T, Perez-Escamilla B, et al. Effectiveness of a medication adherence management intervention in a community pharmacy setting: a cluster randomised controlled trial. *BMJ Qual Saf* [Internet]. 2022;31(2):105–15. Disponível em: <http://doi.org/10.1136/bmjqs-2020-011671>
 52. Wong LY, Chua SS, Husin AR, Arshad H. A pharmacy management service for adults with asthma: A cluster randomised controlled trial. *Fam Pract* [Internet]. 2017;34(5):564–73. Disponível em: <http://doi.org/10.1093/fampra/cmz028>
 53. Mendes Z, Madeira A, Costa S, Inácio S, Vaz M, Araújo AT, et al. Avaliação do controlo da Asma através do Asthma control test™ aplicado em farmácias Portuguesas. *Rev Port Imunoalergologia* [Internet]. 2010;18(4):313–30. Disponível em: https://www.spaic.pt/client_files/rpia_artigos/avaliacao-do-controlo-da-asma-atraves-do-asthma-control-testtm-aplicado-em-farmacias-portuguesas.pdf
 54. Asthma Control Questionnaire. Disponível em: <https://www.thoracic.org/members/assemblies/assemblies/srn/questionnaires/acq.php>

55. Morisky DE, Green LW LD. Concurrent and Predictive Validity of a Self-reported Measure of medication Adherence [Internet]. *Med Care* Vol. 24. 1986. p. 67–74. Disponível em: <http://doi.org/10.1097/00005650-198601000-00007>
56. Falch C, Alves G. Pharmacists' role in older adults' medication regimen complexity: A systematic review. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2021;18(16). Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph18168824%0AAcademic>
57. Caminati M, Cegolon L, Bacchini M, Segala N, Dama A, Bovo C, et al. The potential role of local pharmacies to assess asthma control: an Italian cross-sectional study. *BMC Public Health* [Internet]. 2021;21(1):1–8. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12889-020-10080-1>
58. Milosavljevic A, Aspden T, Harrison J. Community pharmacist-led interventions and their impact on patients' medication adherence and other health outcomes: a systematic review. *Int J Pharm Pract* [Internet]. 2018;26(5):387–97. Disponível em: <http://doi.org/10.1111/ijpp.12462>
59. Jia X, Zhou S, Luo D, Zhao X, Zhou Y, Cui Y. Effect of pharmacist-led interventions on medication adherence and inhalation technique in adult patients with asthma or COPD: A systematic review and meta-analysis. *J Clin Pharm Ther* [Internet]. 2020;45(5):904–17. Disponível em: <http://doi.org/10.1111/jcpt.13126>
60. Sanchis J, Corrigan C, Levy ML, Viejo JL. Inhaler devices-From theory to practice. *Respir Med* [Internet]. 2013;107(4):495–502. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rmed.2012.12.007>
61. Monteiro C, Maricoto T, Prazeres F, Augusto Simões P, Augusto Simões J. Determining factors associated with inhaled therapy adherence on asthma and COPD: A systematic review and meta-analysis of the global literature. *Respir Med* [Internet]. 2022;191(September 2021). Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.rmed.2021.106724>
62. Bouwmeester C, Kraft J, Bungay KM. Optimizing inhaler use by pharmacist-provided education to community-dwelling elderly. *Respir Med* [Internet]. 2015;109(10):1363–8. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rmed.2015.07.013>
63. Khmour MR, Elyan SO, Hallak HO, Jarab AS, Mukattash TL, Astal A. Pharmaceutical care for adult asthma patients: A controlled intervention one-year follow-up study. *Basic Clin Pharmacol Toxicol* [Internet]. 2020;126(4):332–40. Disponível em: <http://doi.org/10.1111/bcpt.13344>
64. Marcum ZA, Jiang S, Bacci JL, Ruppert TM. Pharmacist-led interventions to improve medication adherence in older adults: A meta-analysis. *J Am Geriatr Soc* [Internet]. 2021;69(11):3301–11. Disponível em: <http://doi.org/10.1111/jgs.17373>
65. Smith L, Alles C, LeMay K, Reddel H, Saini B, Bosnic-Anticevich S, et al. The contribution of goal specificity to goal achievement in collaborative goal setting for the management of asthma. *Res Soc Adm Pharm* [Internet]. 2013;9(6):918–29. Disponível

em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.sapharm.2013.02.002>

66. Garcia-Cardenas V, Armour C, Benrimoj SI, Martinez-Martinez F, Rotta I, Fernandez-Llimos F. Pharmacists' interventions on clinical asthma outcomes: A systematic review. *Eur Respir J* [Internet]. 2016;47(4):1134–43. Disponible em: <http://dx.doi.org/10.1183/13993003.01497-2015>
67. Condinho M, Ramalhinho I, Sinogas C. Smoking Cessation at the Community Pharmacy: Determinants of Success from a Real-Life Practice. *Pharmacy* [Internet]. 2021;9(3):143. Disponible em: <https://doi.org/10.3390/pharmacy9030143>
68. Khan N, Anderson JR, Du J, Tinker D, Bachyrycz AM, Namdar Dr. R. Abandono del Tabaco y sus Predictores: Resultados de un Programa de Deshabitación Tabáquica Basado en Farmacias Comunitaria en Nuevo Meójjico. *Ann Pharmacother* [Internet]. 2012;46(9):1198–204. Disponible em: <http://doi.org/10.1345/aph.1P146>
69. Bouchet-Benezech B, Champanet B, Rouzaud P. Smoking cessation at the pharmacy: feasibility and benefits based on a French observational study with six-month follow-up. *Subst Abuse Rehabil* [Internet]. 2018;Volume 9:31–42. Disponible em: <http://doi.org/10.2147/sar.s152186>
70. Costello MJ, Sproule B, Victor JC, Leatherdale ST, Zawertailo L, Selby P. Effectiveness of pharmacist counseling combined with nicotine replacement therapy: A pragmatic randomized trial with 6,987 smokers. *Cancer Causes Control* [Internet]. 2011;22(2):167–80. Disponible em: <http://doi.org/10.1007/s10552-010-9672-9>
71. Bauld L, Boyd KA, Briggs AH, Chesterman J, Ferguson J, Judge K, et al. One-year outcomes and a cost-effectiveness analysis for smokers accessing group-based and pharmacy-led cessation services. *Nicotine Tob Res* [Internet]. 2011;13(2):135–45. Disponible em: <http://doi.org/10.1093/ntr/ntq222>
72. Saini B, Krass I, Armour C. Development, implementation, and evaluation of a community pharmacy-based asthma care model. *Ann Pharmacother* [Internet]. 2004;38(11):1954–60. Disponible em: <http://doi.org/10.1345/aph.1E045>
73. Nsengimana A, Biracyaza E, Hategekimana JC, Tuyishimire J, Nyiligira J, Rutembesa E. Attitudes, perceptions, and barriers of community pharmacists in Rwanda towards health promotion: a cross sectional study. *Arch Public Heal* [Internet]. 2022;80(1):1–14. Disponible em: <https://doi.org/10.1186/s13690-022-00912-4>
74. Lee C, Segal R, Kimberlin C, Smith WT, Weiler RM. Pharmacist's perspective on providing care when patients engage in unhealthy behaviors. *J Am Pharm Assoc* [Internet]. 2014;54(2):159–62. Disponible em: <http://doi.org/10.1331/JPhA.2014.13149>

Anexos

Anexo I – Exemplar do ACT para adultos (53)

1. Durante as últimas 4 semanas, quanto tempo é que a asma o/a impediu de fazer as suas tarefas habituais no trabalho, na escola/universidade ou em casa?				
1	2	3	4	5
Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco Tempo	Nunca
2. Durante as últimas 4 semanas, quantas vezes teve falta de ar?				
1	2	3	4	5
Mais de uma vez por dia	Uma vez por dia	3 a 6 vezes por semana	Uma ou duas vezes por semana	Nunca
3. Durante as últimas 4 semanas, quantas vezes os sintomas da asma (pieira, tosse, falta de ar, aperto ou dor no peito) o/a fizeram acordar de noite ou mais cedo do que é costume de manhã?				
1	2	3	4	5
4 ou mais noites por semana	2 ou 3 noites por semana	Uma vez por semana	Uma ou duas vezes	Nunca
4. Durante as últimas 4 semanas, quantas vezes usou os seus medicamentos para alívio rápido, em inalador ou nebulizador, como por exemplo, salbutamol?				
1	2	3	4	5
3 ou mais vezes por dia	1 ou 2 vezes por dias	2 ou 3 vezes por semana	Uma vez por semana ou menos	Nunca
5. Como avaliaria o seu controlo da asma nas últimas 4 semanas?				
1	2	3	4	5
Não controlada	Mal controlada	Mais ao menos controlada	Bem controlada	Completamente controlada

Anexo II – Exemplar do ACQ para adultos (54)

Asthma Control Questionnaire

Please answer Questions 1–6.

Circle the number of the response that best describes how you have been during the past week.

1. On average, during the past week, how often were you woken by your asthma during the night?

- | | |
|-----------------|-------------------------------------|
| 0 Never | 4 Many times |
| 1 Hardly ever | 5 A great many times |
| 2 A few times | 6 Unable to sleep because of asthma |
| 3 Several times | |

2. On average, during the past week, how bad were your asthma symptoms when you woke up in the morning?

- | | |
|----------------------|-------------------------|
| 0 No symptoms | 4 Quite severe symptoms |
| 1 Very mild symptoms | 5 Severe symptoms |
| 2 Mild symptoms | 6 Very severe symptoms |
| 3 Moderate symptoms | |

3. In general, during the past week, how limited were you in your activities because of your asthma?

- | | |
|-------------------------|---------------------|
| 0 Not limited at all | 4 Very limited |
| 1 Very slightly limited | 5 Extremely limited |
| 2 Slightly limited | 6 Totally limited |
| 3 Moderately limited | |

4. In general, during the past week, how much shortness of breath did you experience because of your asthma?

- | | |
|---------------------|---------------------|
| 0 None | 4 Quite a lot |
| 1 A very little | 5 A great deal |
| 2 A little | 6 A very great deal |
| 3 A moderate amount | |

5. In general, during the past week, how much of the time did you wheeze?

- | | |
|---------------------------------|---------------------|
| 0 Not at all | 4 A lot of the time |
| 1 Hardly any of the time | 5 Most of the time |
| 2 A little of the time | 6 All the time |
| 3 A moderate amount of the time | |

6. On average, during the past week, how many puffs of short-acting bronchodilator have you used each day?

- | | |
|-----------------------|--------------------------------|
| 0 None | 4 9–12 puffs most days |
| 1 1–2 puffs most days | 5 13–16 puffs most days |
| 2 3–4 puffs most days | 6 More than 16 puffs most days |
| 3 5–8 puffs most days | |

To be completed by a member of the clinic staff:

7. FEV₁ prebronchodilator:

- | | |
|-------------------------------|-------------------------------|
| 0 > 95% predicted | FEV ₁ % predicted: |
| 1 95–90% | 4 69–60% |
| FEV ₁ % predicted: | 5 59–50% |
| 2 89–80% | 6 < 50% predicted |
| 3 79–70% | |

(Record actual values on the dotted lines and score the FEV₁% in the next column)

Anexo III – Exemplar do Teste de Adesão de Morisky Green Levine (55)

1. Alguma vez se esqueceu de tomar os medicamentos para a sua doença?					
Sempre 1	quase sempre 2	com frequência 3	por vezes 4	Raramente 5	Nunca 6
2. Alguma vez foi descuidado com as horas da toma dos medicamentos para a sua doença?					
Sempre 1	quase sempre 2	com frequência 3	por vezes 4	Raramente 5	Nunca 6
3. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por se ter sentido melhor?					
Sempre 1	quase sempre 2	com frequência 3	por vezes 4	Raramente 5	Nunca 6
4. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido pior?					
Sempre 1	quase sempre 2	com frequência 3	por vezes 4	Raramente 5	Nunca 6
5. Alguma vez tomou mais um ou vários comprimidos para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido pior?					
Sempre 1	quase sempre 2	com frequência 3	por vezes 4	Raramente 5	Nunca 6
6. Alguma vez interrompeu a terapêutica para a sua doença por ter deixado acabar os medicamentos?					
Sempre 1	quase sempre 2	com frequência 3	por vezes 4	Raramente 5	Nunca 6
7. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por alguma outra razão que não seja a indicação do médico?					
Sempre 1	quase sempre 2	com frequência 3	por vezes 4	Raramente 5	Nunca 6

Capítulo 2 – Estágio em Farmácia Comunitária

1. Introdução

Segundo a Ordem dos Farmacêuticos (OF), pela sua ampla cobertura geográfica e pela elevada competência dos seus profissionais, as farmácias comunitárias tornaram-se aliados essenciais para a garantia dos pilares preconizados pelo Serviço Nacional da Saúde (SNS): a acessibilidade ao medicamento e a equidade na prestação de cuidados de saúde de qualidade a todos os cidadãos. (75) O principal objetivo da farmácia comunitária é a cedência de medicamentos em condições que possam minimizar os riscos do uso dos medicamentos e que permitam a avaliação dos resultados clínicos dos medicamentos de modo que possa ser reduzida a morbilidade e mortalidade associada aos medicamentos. (76)

O farmacêutico comunitário, por ser o profissional de saúde de mais fácil acesso à população em geral, pode contribuir em áreas como a gestão da terapêutica, administração de medicamentos, determinação de parâmetros bioquímicos, identificação de pessoas em risco, deteção precoce de diversas doenças e promoção de estilos de vida mais saudáveis. Já em 1993, a Organização Mundial de Saúde (OMS), propôs um maior envolvimento por parte dos farmacêuticos. (76) Desde então, o papel do farmacêutico comunitário tem vindo a redescobrir-se e a expandir-se ganhando novas formas e maneiras de atuação.

O estágio aqui relatado foi realizado no âmbito da unidade curricular Estágio do curso de Ciências Farmacêuticas na Universidade da Beira Interior, tendo sido concretizado na Farmácia Central de Valbom (FCV) em Gondomar no distrito do Porto, entre os dias 13 de setembro de 2022 e 27 de janeiro de 2023, sob orientação da Dra. Rita Ferreira. Durante estes 5 meses tive a oportunidade de aprender de perto a essência da profissão farmacêutica, mas, mais do que isso, tive a oportunidade de me apaixonar de novo pela profissão que eu escolhi e que, de algum modo, me escolheu também.

Ao longo deste capítulo resumirei a minha experiência na FCV, tentando focar os pontos de principal interesse no exercício da profissão farmacêutica, tais como o aconselhamento farmacoterapêutico, a dispensa de medicamentos sujeitos a receita médica e a organização de uma farmácia comunitária no geral. Para cada um dos tópicos abordados, procurei fazer primeiro o enquadramento legal, sempre que se aplique, e de seguida dar então alguns exemplos com os quais me deparei durante os meses de estágio, visando tornar este relatório mais pessoal e individualizado.

2. Caracterização da farmácia

2.1. Localização e Horário de Funcionamento

A Farmácia Central de Valbom localiza-se na Rua Dr. Joaquim Manuel da Costa, nº931 na freguesia de Valbom, concelho de Gondomar, no distrito do Porto.

O horário de funcionamento é das 09h00 às 20h00 de segunda a sexta-feira e das 09h00 às 13h00 aos sábados; encontrando-se encerrada aos domingos e feriados.

A FCV encontra-se inserida no programa “Farmácias de Serviço” do concelho de Gondomar. Assim sendo, aproximadamente uma vez por mês encontra-se aberta 24 horas. Até à meia-noite é mantido o regime de atendimento normal. A partir dessa hora os atendimentos são feitos ao postigo, para uma maior segurança do profissional de saúde.

Durante as 20 semanas em que estagiei na FCV o meu horário de estágio foi de segunda a sexta-feira das 09h30 às 13h00 e das 14h00 às 18h30.

3. Organização da farmácia

3.1. Espaço físico e equipamentos

3.1.1. Espaço exterior

A FCV encontra-se inserida num edifício relativamente antigo, ao nível do passeio, não possuindo nenhum tipo de obstáculo como escadas, pelo que é perfeitamente acessível a doentes idosos, a utentes de mobilidade reduzida e a cidadãos portadores de deficiência, tal como é exigido no artigo 10º do Decreto-Lei nº 307/2007 de 31 de agosto. (77) Na fachada exterior da FCV encontramos bem visível o nome da farmácia e o símbolo de uma cruz verde que permanece com as luzes acesas durante o tempo de abertura da farmácia, inclusive quando esta se encontra de serviço. (Anexo I)

A FCV possui ainda três montras em vidro (Anexo I), duas das quais onde se vão afixando cartazes publicitários de campanhas em vigor ou de variados produtos consoante a época sazonal em que nos encontramos. Por exemplo, quando iniciei o estágio em setembro uma das montras continha um cartaz que incentivava a vacinação da população mais idosa contra a gripe; sendo mais tarde substituído por um cartaz publicitário de um xarope para a tosse. Na montra adjacente à porta de entrada, foi colocada, há sensivelmente dois anos, uma moldura digital que tem o mesmo objetivo que os cartazes, mas que representa um menor impacto ambiental e mais diversidade de anúncios.

Na porta de acesso ao interior da farmácia encontram-se várias informações como requerido no Decreto-Lei supramencionado: o nome da diretora técnica, o horário de funcionamento, os serviços prestados e respetivos preços, as escalas de turnos das farmácias do município e a existência de um livro de reclamações. (77)

3.1.2. Espaço interior

Segundo o ponto 2 do artigo 29º do Decreto-Lei nº 307/2007, de 31 de agosto, e o artigo 2º da Deliberação n.º 1502/2014, de 3 de julho, “*as farmácias devem ter uma área útil total mínima de 95 m²*” e “*devem dispor, obrigatória e separadamente, das seguintes divisões:*

a) Sala de atendimento ao público com, pelo menos, 50 m²;

b) Armazém com, pelo menos, 25 m²;

c) Laboratório com, pelo menos, 8 m²;

d) Instalações sanitárias com, pelo menos, 5 m²;

e) Gabinete de atendimento personalizado, exclusivamente para a prestação dos serviços a que alude o n.º 2 do artigo 3.º da Portaria n.º 1429/2007, de 2 de novembro, com, pelo menos, 7 m².”

A zona de atendimento ao público da FCV (AnexoII) é composta por três balcões de atendimento, relativamente distanciados entre si, de modo a garantir a privacidade do utente. Cada um dos balcões está devidamente equipado por um computador, um sistema de leitura ótica, uma impressora de talões e um terminal multibanco. Cada balcão tem ainda duas gavetas, uma com sacos, e a outra com medicamentos de venda livre com elevada rotação na farmácia, como por exemplo Ibuprofeno de 400mg ou Paracetamol de 500mg, com o intuito de reduzir a quantidade e o tempo de deslocamentos dos funcionários. Ainda nesta zona encontram-se variadas estantes de prateleiras com produtos de venda livre como por exemplo produtos de dermocosmética ou de puericultura. Junto à porta de entrada encontra-se um aparelho que funciona como tensiómetro e/ou balança, que pode ser usado autonomamente pelos utentes. Dispositivos médicos (DM) e medicamentos não sujeitos a receita médica (MNSRM) encontram-se para lá dos balcões de atendimento, à vista do utente, mas sem acesso direto ao mesmo.

A zona de *backoffice*, ligada à zona de atendimento por um pequeno corredor, começa com o armazém principal, onde é armazenada a maioria dos medicamentos sujeitos a receita médica (MSRM), por ordem alfabética consoante a forma farmacêutica, e onde existe uma secretária com uma impressora, uma impressora de etiquetas e um computador, onde são realizadas as mais variadas tarefas ao longo do dia como receção de encomendas, realização de encomendas, gestão de devoluções, gestão das redes sociais, entre outras.

Adjacente ao armazém principal encontram-se, do lado direito um Gabinete de Atendimento Personalizado (GAP), onde são feitas, por exemplo, medições de vários parâmetros bioquímicos ou consultas de podologia e de nutrição. Do lado esquerdo do armazém encontra-se o laboratório da farmácia, local reservado para a preparação de alguns medicamentos manipulados e de preparações extemporâneas, como a suspensão de antibióticos. Este espaço contém duas bancadas, um lavatório e alguns armários para armazenamento do material de laboratório existente, de acordo com a Deliberação n.º 1500/2004, 7 de dezembro. (78) Pode ainda encontrar-se uma pequena biblioteca munida de alguma bibliografia obrigatória e necessária para a preparação de medicamentos manipulados, como a Farmacopeia Portuguesa e o Formulário Galénico Português.

Por fim, podemos encontrar um armazém secundário onde são armazenados os excedentes dos produtos expostos na zona de atendimento, o frigorífico onde se armazenam os medicamentos termolábeis sujeitos a condições de temperatura especiais, como por exemplo insulinas, um contentor da VALORMED® para reciclagem de medicamentos e as instalações sanitárias da farmácia, para uso exclusivo dos colaboradores.

Para além das divisões obrigatórias por lei, a FCV possui ainda um Gabinete para uso exclusivo da direção técnica, onde são realizadas as reuniões com delegados comerciais e outras funções relacionadas com a gestão administrativa da farmácia.

3.2. Recursos Humanos

Segundo os artigos 23º e 24º do Decreto-Lei nº 307/2007 de 31 de agosto (77), “as farmácias dispõem, pelo menos, de um diretor técnico e de outro farmacêutico”, “os farmacêuticos devem, tendencialmente, constituir a maioria dos trabalhadores da farmácia” e “podem ser coadjuvados por técnicos de farmácia ou por outro pessoal devidamente habilitado”.

Assim sendo, a equipa da FCV é constituída por três farmacêuticas, dois técnicos de farmácia e uma responsável pela limpeza e higienização do espaço, como se encontra detalhado na tabela 1.

Tabela 1. Equipa de Recursos Humanos da Farmácia Central de Valbom

Proprietária e Diretora Técnica	Dra. Maria Manuela Ferreira da Silva
Farmacêutica Substituta	Dra. Rita Ferreira
Farmacêutica	Dra. Sofia Freitas
Técnica de Farmácia	Cristina Couto
Técnico de Farmácia	Ismael da Silva
Responsável da limpeza	Elisabete Ribeiro

A gestão de recursos humanos é das tarefas mais importantes de qualquer responsável em qualquer empresa e numa farmácia não é diferente. No caso da FCV os horários e as tarefas de cada colaborador encontram-se bem definidos e afixados na zona do *backoffice*. Só assim é possível manter uma organização otimizada do tempo de cada um e da farmácia em si.

Todos os colaboradores se encontram devidamente identificados com um cartão onde pode ler-se o primeiro e último nome e o cargo de cada um.

3.3. Documentação oficial, científica e Legislação Farmacêutica

A farmácia comunitária, como prestadora de cuidados de saúde, é regulamentada por um vasto conjunto de legislação, que podemos encontrar compilado no site do INFARMED, I.P. e da OF.

A Ordem dos Farmacêuticos assume-se como sendo *“a associação pública profissional que representa os farmacêuticos portugueses e que regula a profissão farmacêutica em Portugal”* e *“exerce a sua ação nos domínios social, científico, cultural, deontológico, profissional e económico da atividade farmacêutica.”* (79) Deste modo, podemos encontrar os direitos e deveres da profissão farmacêutica no estatuto da OF no Decreto-Lei nº288/2001, de 10 de novembro (80) e no Código Deontológico pelo qual devemos reger a nossa profissão atualizado em 2021 pela OF. (81)

Na prática diária da atividade farmacêutica, o farmacêutico deve ter disponíveis fontes de informação que esclareçam quaisquer dúvidas que possam aparecer no dia a dia e que complementem os seus conhecimentos, de modo a garantir um atendimento de excelência com a maior eficácia e segurança.

É obrigatório em todas as farmácias comunitárias o acesso ao Prontuário Terapêutico e ao Resumo das Características dos Medicamentos (RCM) de cada medicamento.

Deve também existir uma biblioteca onde é obrigatória a existência de alguns documentos requeridos pelo INFARMED, I.P. tais como a Farmacopeia Portuguesa – em formato digital ou em papel -, o Formulário Galénico Português, o Código de Ética e Estatutos da Ordem dos Farmacêuticos, Regimento Geral de Preços e Manipulações, bem como, Circulares Técnico-Legislativas Institucionais.

Para além disto, o farmacêutico encontra ainda ao seu dispor variadas informações científicas, como reações adversas ou interações medicamentosas aquando do atendimento, no sistema informático utilizado.

3.4. Sistema informático: Sifarma2000® e Sifarma®

A Farmácia Central de Valbom utiliza o software Sifarma® (SI), desenvolvido pela Glintt®. Uma vez que este software se encontra ainda em desenvolvimento, é sujeito a atualizações constantes que visam melhorar a prática diária dos profissionais que dele dependem. Contudo, existem ainda muitas tarefas que têm de ser, obrigatoriamente, desempenhadas no seu módulo antigo – Sifarma2000®, como por exemplo a Gestão de Devoluções.

Entre os seus dois módulos podem desempenhar-se praticamente todas as tarefas inerentes à profissão farmacêutica, desde o atendimento ao público, à gestão de *stocks* e encomendas e até a faturação da farmácia.

Cada colaborador tem, para aceder ao sistema informático, um código de utilizador e uma senha de segurança de 5 dígitos cada um. Isto permite que toda a e qualquer tarefa desempenhada no SI, possa ser verificada posteriormente relativamente ao dia e hora em que foi efetuada, bem como, por quem foi efetuada.

Neste software encontramos para cada Código Nacional de Produto (CNP) – existente em todos os medicamentos e na maioria dos outros produtos vendidos em farmácias – as mais variadas informações sobre cada produto, como a sua composição, indicação terapêutica, posologia, efeitos adversos, precauções, entre outros, que se revelam informações fulcrais no dia a dia e que contribuem para uma melhor qualidade e segurança no atendimento ao utente.

4. Aprovisionamento e armazenamento

O controlo rigoroso dos *stocks* de medicamentos e outros produtos de saúde é uma das tarefas mais importantes no dia a dia de uma farmácia, pois só assim se consegue garantir que as necessidades dos utentes são satisfeitas. Este controlo encontra-se inerente a várias tarefas, desempenhadas por vários profissionais, o que enaltece a importância de todos trabalharem em sintonia e de um bom ambiente entre a equipa.

4.1. Seleção de fornecedor

A FCV trabalha diariamente com 4 armazenistas: Alliance Healthcare® (AH), Cooprofar®, Empifarma® e OCP Portugal®, sendo que os armazenistas preferenciais são a AH® e a Cooprofar®. Aos armazenistas preferenciais são elaboradas as encomendas diárias e a maioria das encomendas instantâneas, enquanto à Empifarma® e à OCP® são apenas pedidos produtos que estejam em rutura de *stock* nos armazenistas preferenciais.

Para além dos 4 armazenistas supramencionados, existem ainda encomendas que são feitas diretamente aos laboratórios responsáveis, como por exemplo produtos de cosmética, ou, no caso da FCV, produtos dos seus laboratórios genéricos de eleição – Generis®, Mylan®, Krka®.

A seleção de fornecedor é feita encomenda a encomenda e baseia-se em diversos fatores, como a disponibilidade do medicamento, os custos para a farmácia, bonificações, descontos, condições de transporte e disponibilidade para entrega.

Exemplo 1: O Sr. DA dirigiu-se à farmácia com uma prescrição da sua medicação habitual e queria o medicamento Ezetimiba do laboratório Farmoz®, que a FCV habitualmente não tem em *stock*. O Sr. DA perguntou se poderíamos encomendar o produto em questão, de preferência para o próprio dia. Fazendo uma pesquisa rápida no SI, percebi que o produto em questão era mais barato na Cooprofar®, no entanto a próxima entrega deste armazenista seria só no dia seguinte. Optei então por encomendar o mesmo produto à AH®, apesar de um pouco mais caro, uma vez que ainda seria feita uma entrega desse armazenista durante a tarde desse mesmo dia, de maneira a satisfazer o pedido do utente.

4.2. Elaboração de uma encomenda

Na atividade diária de um farmacêutico podem ser efetuadas 4 tipos de encomendas, que podem ser feitas no novo módulo do SI.

1. **Encomendas diárias:** Na FCV, são efetuadas duas vezes por dia aos dois armazenistas preferenciais (AH® e Cooprofar®), uma por volta da hora de almoço, mais tardar às 13h20, que são entregues no mesmo dia por volta das 16h00, e outra antes do fecho da farmácia, por volta das 19h30, que são entregues na manhã seguinte, aquando da abertura da farmácia. As encomendas diárias são geradas pelo sistema informático, tendo em conta os *stocks* mínimo e máximo estabelecidos na ficha de cada produto e o armazenista preferencial para cada um. Os *stocks* mínimo e máximo são estabelecidos tendo em conta as saídas do produto, isto é, se for um produto com alta rotação terá de se ter um *stock* maior. Já o armazenista preferencial é selecionado, habitualmente, tendo em conta as condições oferecidas por cada um e o Preço de Venda à Farmácia (PVF). A proposta gerada pelo SI é então analisada exaustivamente por um farmacêutico; que tem em conta alterações na rotação de produtos, ruturas de *stock*, entre outros e que finaliza e envia a encomenda ao fornecedor.

Exemplo 2: Na ficha do produto Ben-U-Ron® 1000mg está definido que o armazenista preferencial é a AH® e, uma vez que é um produto com bastantes saídas no dia a dia da farmácia, o *stock* mínimo é 25 e o máximo 30. Isto quer dizer que, por base, a farmácia terá sempre 30 embalagens de Ben-U-Ron® 1000mg. Quando se venderem 5 ou mais embalagens, o SI coloca o produto na proposta de encomenda diária e ainda sugere que se peçam o número de embalagens suficientes para se atingir novamente o *stock* máximo.

Exemplo 3: Quando iniciei o meu estágio o *stock* máximo definido para o medicamento laxante Agiolax® granulado era 1. Durante uma das análises a uma encomenda diária, sugeri que se aumentasse o *stock* máximo do produto, uma vez que o número de saídas tem vindo a aumentar nos últimos meses, e tinha anteriormente assistido a um atendimento de uma senhora que pretendia esse mesmo produto e a embalagem existente já tinha sido vendida durante a manhã. A cliente saiu insatisfeita, o que teria sido evitado o *stock* máximo estabelecido fosse maior. A farmacêutica agradeceu o meu contributo e mudou o *stock* máximo para 2.

Ao longo de todo o estágio, fui-me apercebendo que, atualmente, um dos maiores desafios de uma farmácia comunitária são os medicamentos esgotados, uma vez que, pelo que me foi dito, nunca houve tanta quantidade de produtos esgotados ao mesmo tempo. Este flagelo, vem enaltecendo mais ainda a importância da análise exaustiva às propostas de encomendas diárias.

Exemplo 4: No mês de dezembro, o produto Brufen® suspensão oral entrou em rutura de *stock* nos seus armazenistas preferenciais, no entanto, encontrava-se ainda disponível na Empifarma®, pelo que excepcionalmente foi pedido a este armazenista, em quantidade superior à estabelecida pelo *stock* máximo, uma vez que provavelmente entraria igualmente em rutura neste armazenista.

2. Encomenda Instantânea: Quando um utente se dirige à farmácia e solicita um medicamento que a farmácia não tem habitualmente em *stock*, é possível realizar uma encomenda instantânea nesse mesmo momento, tal como aconteceu no Exemplo 1 relatado anteriormente e inúmeras outras vezes ao longo dos meses de estágio. Através de uma pesquisa rápida no SI, podemos reunir algumas informações importantes no momento de efetuar uma encomenda, como a disponibilidade do produto nos 4 armazenistas, o PVF e o PVP do produto em cada armazenista e a data em que o mesmo será entregue na farmácia. Tendo em conta todos estes fatores a encomenda é feita então naquele momento, ao armazenista que mais se adequa em cada situação.

3. Encomenda Direta: Este tipo de encomenda é efetuado diretamente aos delegados comerciais de determinados laboratórios, aquando das suas visitas, que podem ser mensais, trimestrais ou semestrais, à farmácia. Deste modo, é possível negociar melhores condições, maiores descontos e adquirir medicamentos em maior quantidade. Estas encomendas são realizadas quando não é urgente obter um determinado medicamento ou produto de saúde.

Exemplo 5: Na FCV são realizadas encomendas diretas mensais com os delegados dos laboratórios genéricos preferenciais, sendo eles Generis®, Krka® e Mylan®, de modo a suprir as necessidades do mês seguinte. Também os produtos de cosmética são pedidos, na sua maioria, diretamente ao laboratório, consoante o acordado em reunião com o delegado responsável, como por exemplo o delegado da Cosmética Ativa®, empresa pertencente ao grupo L’Oreal® e que representa as marcas La Roche-Posay®, Vichy® e CeraVe®.

4. Encomenda Via Verde: Em determinadas situações, alguns produtos não se encontram disponíveis através do outro tipo de encomendas, mas, mediante prescrição médica, podem ser

pedidos através de uma encomenda via verde. Esta solução vai ao encontro do artigo 35.º do Decreto-Lei n.º 307/2007, de 31 de agosto, e da Deliberação n.º 021/CD/2011, de 27 de janeiro, em que é definido que “as farmácias devem providenciar, com a brevidade possível, pela obtenção dos medicamentos solicitados que se encontrem esgotados” na farmácia e que 12 horas é o prazo máximo de obtenção destes produtos que se encontram esgotado na farmácia, mas não no sistema de distribuição. (77,82)

Exemplo 6: Pelo que fui observando no meu estágio, um dos medicamentos que é constantemente pedido através de encomenda via verde é o Betmiga® 50mg, que raramente se encontra disponível pelas outras vias, mas que mediante a prescrição do doente, pode ser obtido, dentro do prazo máximo estabelecido legalmente.

Infelizmente, esta via é incapaz de suprir as necessidades relativas a todos os produtos esgotados atualmente.

4.3. Receção de encomendas

A receção de encomendas pode já ser feita no novo módulo, onde encontramos um separador específico para a o desempenho desta tarefa.

Sempre que uma encomenda chega à farmácia é necessário verificar se a mesma traz consigo a(s) fatura(s) associada(s) e se existe algum contentor com produtos de armazenamento no frigorífico, para que estes sejam prioritários na receção da encomenda. Estes produtos vêm sempre num contentor isolado com as devidas precauções para que a temperatura se mantenha abaixo dos 8°C em todas as fases do percurso. Habitualmente, estes contentores têm alguma característica diferente dos demais, para que possam ser facilmente identificados. Por exemplo, no caso da AH, os contentores de produtos de frio são verdes com a tampa azul, enquanto os contentores dos outros produtos são verdes com a tampa igualmente verde.

Segue-se então o processo informático que se inicia com a pesquisa do número de encomenda associado a cada fatura. O segundo passo é abrir a encomenda gerada no SI e confirmar se o preço total da fatura, coincide com o preço gerado no SI. No caso da AH existem, na maioria das vezes, taxas associadas (*fees*) que têm de ser introduzidos no SI para que os preços coincidam.

Posto isto, pode começar-se a leitura ótica de todas as embalagens da encomenda, começando sempre pelos produtos de frio para que possam ser armazenados imediatamente no frigorífico existente no segundo armazém. Para cada produto é necessário ter em consideração a data de validade, que pode ser inferior, igual ou superior à data de validade inserida no sistema, e deve ser alterada sempre que seja diferente. Este passo foi facilitado nos últimos anos, devido à obrigatoriedade de um Identificador Único em todas as embalagens, como previsto no Regulamento Delegado (UE) 2016/161, de 2 de outubro de 2015. (83) Segundo o Artigo 4º desse

mesmo Regulamento cada Identificador Único “*deve ser constituído pelos seguintes elementos informativos:*

i) um código que permita identificar, pelo menos, o nome, a denominação comum, a forma farmacêutica, a dosagem, o tamanho da embalagem e o tipo de embalagem do medicamento dotado do identificador único («código do produto»),

ii) uma sequência numérica ou alfanumérica com, no máximo, 20 caracteres, gerada por um algoritmo de aleatorização determinístico ou não determinístico («número de série»),

iii) um número nacional de reembolso ou outro número nacional que identifique o medicamento, se exigido pelo Estado-Membro em que o produto se destina a ser colocado no mercado, 9.2.2016 PT Jornal Oficial da União Europeia L 32/7,

iv) o número do lote,

v) o prazo de validade”.

Sendo assim, ao ler o identificador único com o sistema de leitura ótica a validade de cada produto é automaticamente atualizada.

Contudo, existem ainda alguns produtos que não contêm este código bidimensional; para estes é necessário ler o CNP ou escrever este último no teclado do computador e confirmar então o prazo de validade dos mesmos.

Lidas todas as embalagens, volta-se ao ecrã inicial da receção da encomenda onde se seleciona a opção “*Agrupar Alertas*”. Ao selecionar esta opção, o SI vai apresentar alguma incongruência que tenha registado durante o processo de receção relativamente ao número de embalagens faturadas e o número de embalagens recebidas.

Exemplo 7: Numa das primeiras vezes em que dei entrada de uma encomenda, peguei em duas embalagens semelhantes, mas de dois medicamentos diferentes e, por lapso, li duas vezes o mesmo produto. No final, ao selecionar a opção “*Agrupar Alertas*”, o SI informou-me que tinham sido faturadas 5 embalagens de Concor® 5mg mas que tinham sido rececionadas 6, enquanto que tinham sido faturadas 4 embalagens de Eutirox® 112mg mas só teriam sido recebidas 3. Posto isto, fui confirmar as embalagens que tinha lido há instantes e consegui identificar o meu erro, retificando-o de imediato.

Uma vez que nenhum alerta apareça no SI, podemos então avançar para a conferência dos PVP associados. Como consta no Decreto-Lei n.º 97/2015 de 1 de junho, o PVP de MSRM é fixado pelo INFARMED, I.P. e vem registado na embalagem do produto. (84) Os preços de MNSRM e outros produtos, como produtos de cosmética, são definidos pela farmácia, tendo em conta as margens pré-definidas pela gerência.

No contexto da pandemia que vivemos nos últimos anos foi necessário estabelecer uma margem de lucro máxima na comercialização de vários produtos como gel desinfetante, álcool etílico e equipamentos de proteção individual, como máscaras e luvas. Estabeleceu-se então, no Decreto-Lei n.º 14-E/2020, de 13 de abril (85) que a margem máxima para os produtos mencionados no mesmo seria de 15%.

Por último, ao encerrar a receção da encomenda, o novo módulo do SI faz uma compilação de todos os produtos dessa encomenda que estejam associados a reservas, para que possam ser mais facilmente identificados e armazenados no local específico para o efeito.

Depois de rececionada uma encomenda é necessário imprimir as etiquetas dos produtos sujeitos a marcação para que estes possam ser etiquetados e posteriormente armazenados. Cada etiqueta contém o código de barras do CNP de produto, o próprio CNP, o preço do produto e o Imposto sobre Valor Acrescentado (IVA) associado.

No caso de encomendas contendo matérias-primas, as mesmas têm de vir acompanhadas pelo boletim analítico devidamente preenchidos que devem ser carimbados, rubricados, datados e colocados numa capa de arquivo específico para esse efeito, tal como descrito no Manual de Boas Práticas Farmacêuticas da Ordem dos Farmacêuticos. (76)

Quando se trata de encomendas diretas, o processo inicia-se confrontando a fatura associada com a nota de encomenda deixada pelo delegado comercial aquando da elaboração da encomenda, para confirmar se a encomenda contém os produtos certos nas quantidades certas. Depois desta confirmação, é necessário criar a encomenda no SI, uma vez que estas encomendas não são criadas automaticamente no sistema como todas as outras. Para isto temos de inserir o CNP, quantidades recebidas, PVF e descontos associados para todos os produtos da encomenda em questão. Uma vez criada a encomenda, podemos prosseguir à sua receção de modo igual ao relatado nos parágrafos anteriores.

4.4. Armazenamento de produtos

Em todas as zonas de armazenamento devem ser respeitadas as exigências específicas dos medicamentos, de outros produtos farmacêuticos, químicos, matérias-primas e materiais de embalagem no que diz respeito às condições de iluminação, temperatura, humidade e ventilação. Estas condições são registadas diariamente através de aparelhos termohigrómetros colocados nas zonas principais da farmácia. (76)

No armazém principal, onde se encontram armazenados os MSRM e alguns MNSRM, os produtos são divididos por forma farmacêutica. Todos eles são colocados por ordem alfabética, quer de substância ativa quer de nome comercial. Existe uma estante com 6 prateleiras para os colírios e gotas auriculares; 2 prateleiras para gotas orais e 4 prateleiras para soluções dérmicas. Numa outra estante armazenam-se os medicamentos genéricos por ordem alfabética de substância ativa.

Por fim, existe um bloco de gavetas onde se armazenam soluções orais, ampolas, saquetas de pós ou granulados, contraceptivos orais, cremes/pomadas, medicamentos vaginais, supositórios, medicamentos e produtos de uso veterinário, preparações de colonoscopia, medicamentos de marca e por último, medicamentos para doenças respiratórias. Todas estas subcategorias encontram-se separadas entre si e devidamente sinalizadas com etiquetas.

Na zona de atendimento ao público são armazenados parte dos medicamentos de venda livre, produtos de cosmética, produtos de puericultura, essenciais de farmácia, produtos de ortopedia e produtos de higiene oral. Nesta zona o armazenamento não se faz por ordem alfabética, mas sim por margem de lucro para a farmácia, sendo que, em cada prateleira, se organizam os produtos por ordem decrescente de margem, da esquerda para a direita.

No armazém secundário são guardados todos os excedentes dos produtos da zona de atendimento.

Os medicamentos psicotrópicos e/ou estupefacientes encontram-se armazenados, por ordem alfabética, num armário fechado no gabinete da direção técnica.

Em toda a farmácia se segue a ideologia FEFO (*first expired, first out*) nos produtos com prazos de validade, ou a ideologia FIFO (*first in, first out*) nos produtos sem prazos de validade associados.

Exemplo 8: Durante o meu estágio na FCV, principalmente nas primeiras semanas fui responsável pela maior parte do armazenamento de todos os produtos. Isto permitiu-me uma melhor compreensão da organização da farmácia e facilitou-me bastante o processo de dispensa quando comecei a realizar atendimento ao público. Serviu também para perceber a importância que o simples “arrumar os medicamentos” tem para um ótimo funcionamento de uma farmácia, principalmente na gestão de *stocks* e na gestão de prazos de validade.

4.5. Devolução de produtos

A devolução de qualquer produto pode dever-se a variadas causas como erro no pedido, embalagem danificada, prazo de validade curto ou expirado, desistência da compra por parte do utente, reclamação de produto faturado e não enviado, produto retirado do mercado pelo laboratório, entre outros.

Todo o processo de devolução se inicia da mesma forma, independentemente da sua razão. Este processo é realizado no antigo módulo do Sifarma2000® no separador “Gestão de Devoluções”. O primeiro passo na criação de uma devolução é selecionar o fornecedor para o qual se pretende devolver o(s) produto(s). Depois procede-se à leitura ótica do(s) produto(s), e seleciona-se o motivo de devolução mais adequado, o número de embalagens a devolver, o preço de custo, o PVP e o número da fatura associada a cada produto. Depois de registada a devolução no sistema

imprimem-se as três cópias da Guia de Devolução resultante, que devem ser carimbadas e rubricadas. O original e o duplicado são levados para o armazenista, enquanto o triplicado fica na farmácia para controlo interno. Quando o transportador recolhe a devolução, cola uma vinheta no triplicado que pode então ser arquivado no dossiê das Devoluções até esta ser resolvida pelo fornecedor.

Se se tratar de uma devolução de um produto sujeito a refrigeração, deve ser preenchida uma guia de transporte e devem ser garantidas as condições de armazenamento durante todo o processo de transporte.

Cada devolução tem três soluções possíveis por parte do fornecedor: não ser aceite, ser aceite e regularizada através de uma nota de crédito ou ser aceite e ser regularizada pelo mesmo produto ou produto de valor similar.

Quando uma devolução é solucionada deve concluir-se o processo no SI, no separador “*Regularização de Devoluções*”, onde são pedidos o número da guia de resolução e a solução adotada pelo fornecedor. Se a devolução não for aceite, o produto é enviado novamente para a farmácia; se cumprir todos os parâmetros para a sua comercialização, é recolocado no stock da farmácia e de modo que possa ser vendido futuramente; caso não cumpra estes parâmetros é feita quebra do produto que é então colocado no contentor da VALORMED® e a farmácia tem o prejuízo no valor do produto.

Exemplo 9: Durante o meu estágio tive a oportunidade de realizar devoluções de vários produtos pelas mais variadas razões, sendo que as mais comuns foram erro no pedido, produto faturado e não enviado, produto com aproximação do prazo de validade e produto retirado do mercado, como os produtos listados na Circular Informativa n.º 149/CD/100.20.200, que comunicou em dezembro a retirada de vários produtos do mercado devido a preocupações relativas a dúvidas quanto à integridade dos dados em estudos realizados pela empresa Synchron Research Services, pelo que tiveram de ser todos devolvidos ao fornecedor de onde teriam sido encomendados anteriormente. (86)

4.6. Reserva de produtos

A reserva de produtos é realizada quando o utente pretende adquirir um produto que a farmácia não tem em *stock* no momento. O utente pode optar por deixar o(s) produto(s) pago(s) ou pode optar por efetuar o pagamento na altura de levantamento do produto. No novo módulo de atendimento do SI, este processo é bastante intuitivo, sendo que cada produto dispensado tem um símbolo de reserva associado onde se pode selecionar a opção “*Faturar*”, sempre que o utente efetue o pagamento aquando da encomenda do produto.

Na FCV a gestão das reservas divide-se em Reservas Faturadas e Reservas Não Faturadas. Sempre que se efetua uma reserva, no final do atendimento é gerado um documento de reserva, do qual

são impressos dois exemplares, um para o utente apresentar no momento do levantamento e outro para a farmácia para uma melhor organização interna. Enquanto os produtos não são rececionados estes papéis são afixados nuns ganchos específicos para este fim, colocados junto do computador do *backoffice*. Uma vez dada entrada destes produtos, a responsável pelas reservas junta cada papel ao(s) respetivo(s) produto(s) e são então armazenados em duas gavetas específicas etiquetadas como Reservas Faturadas e Reservas Não Faturadas, por ordem alfabética dos nomes dos utentes.

Quando, por fim, o utente se dirige à farmácia para levantar o produto em questão, é feita a dispensa da reserva no módulo do atendimento do SI e é realizado o pagamento caso se trate de uma reserva não faturada.

O controlo das reservas é de extrema importância, principalmente das reservas não faturadas, uma vez que estes produtos são, habitualmente, produtos que não interessam às farmácias ter em *stock*, ou por baixa rentabilidade ou por baixa rotatividade. Na FCV uma das tarefas atribuídas a um dos técnicos de farmácia é precisamente a gestão de reservas. Sempre que um utente opta por pagar o produto apenas quando o for levantar, é avisado de que o produto ficará reservado durante 3 dias. Após este prazo, o produto será devolvido ao fornecedor. Sendo assim, o responsável pela gestão de reservas, deve diariamente controlar se existe alguma reserva no prazo limite de devolução.

4.7. Prazos de validade

Todo o circuito do medicamento dentro de uma farmácia tem como um dos principais objetivos a dispensa de produtos dentro do prazo de validade correspondente, contudo isto nem sempre é possível, pelo que uma das tarefas de maior relevância numa farmácia é a verificação mensal dos prazos de validade.

Na FCV, é gerada mensalmente no SI uma listagem de produtos com os prazos de validade a expirar nos próximos 6 meses. Procede-se então à verificação das validades produto a produto. Quando o prazo de validade é igual ou inferior a dois meses, separam-se os produtos para serem devolvidos aos respetivos fornecedores no último dia do mês. Se o prazo de validade estiver entre os 3 e os 6 meses, os produtos são sinalizados para que os colaboradores lhes deem prioridade sempre que possível. Caso o prazo de validade dos produtos em stock seja superior a 6 meses, atualiza-se esse dado no sistema informático.

Exemplo 10: No mês de outubro, fui responsável pela verificação da listagem dos prazos de validade. Deparei-me com um Optrex®, colírio hidratante, com validade de janeiro de 2023. Questionei que procedimento adotar nestes casos e foi-me explicado que deveria então sinalizar o produto e colocá-lo no espaço mais à esquerda da prateleira destinada a produtos com a mesma finalidade na zona de atendimento. Deste modo, quando um utente pedisse um colírio hidratante

para olhos secos, o colaborador priorizava aquele colírio em detrimento de outras marcas existentes na farmácia.

4.8. Produtos sem consumo

Na FCV, consideram-se produtos sem consumo, produtos que não sejam adquiridos nem dispensados há pelo menos 1 ano. Sendo assim, é emitida trimestralmente uma listagem de produtos sem consumo, para que estes produtos possam ser geridos da melhor forma. O primeiro passo é alterar os *stocks* mínimo e máximo de todos estes produtos para zero, uma vez que, não havendo movimentos de *stock* nos últimos 12 meses, não são produtos de todo rentáveis para a farmácia. O segundo passo, é sinalizar esses mesmo produtos para que possam ser vendidos assim que surja uma oportunidade.

Exemplo 11: De acordo com a listagem de produtos sem consumo impressa no início do presente ano, foi-me indicado que o suplemento alimentar Arancis Plus® se encontrava nessa lista. Durante as últimas semanas de estágio, atendi a Sra. FS de 56 anos, que trazia prescrição médica para Fosfomicina® 3g 2 saquetas, tratamento muito utilizado nas infecções urinárias. Questionei a Sra. quanto à posologia indicada, reforcei algumas medidas não farmacológicas que complementassem o tratamento e sugeri então a toma do suplemento Arancis Plus®, explicando que se tratava de um suplemento que atua reduzindo a capacidade de permanência das bactérias causadoras da infecção nas paredes do trato urinário, permitindo assim um alívio mais rápido dos sintomas. A Sra. agradeceu o meu conselho e comprou o produto Arancis Plus®.

5. Interação farmacêutico-utente- medicamento

A dispensa de medicamentos é, desde sempre, a atividade base e diferenciadora de toda a farmácia comunitária, porém, o farmacêutico não deve ser visto como um mero “vendedor” de medicamentos. Citando o Artigo 8º do Regulamento n.º 1015/2021, ou Código Deontológico da Ordem dos Farmacêuticos, “*o Farmacêutico tem como principal dever contribuir para a saúde e o bem-estar da pessoa em geral e, em particular, no contexto de saúde, devendo pôr o bem dos indivíduos à frente dos seus interesses pessoais ou comerciais e promover o direito de acesso a um tratamento com qualidade, efetividade e segurança*”. (7)

No entanto, a profissão farmacêutica tem sofrido enormes mudanças nas últimas décadas, principalmente no que diz respeito aos serviços prestados. Surgiu então a necessidade de um novo termo, Cuidados Farmacêuticos, que pretende englobar todos os cuidados prestados diariamente pelo farmacêutico, tais como a cedência, a indicação, a revisão da terapêutica, a educação para a saúde, a farmacovigilância, o seguimento farmacoterapêutico e no geral a ideologia designada como o uso racional do medicamento. (76)

Desde cedo no estágio me foi inculcida a importância da aproximação com os utentes. Foi-me explicado o valor da linguagem verbal e não-verbal utilizada, que deve ser adequada a cada utente, tendo em conta as características pessoais e sociais de cada um. Esta aproximação é fulcral para o posterior cumprimento da terapêutica instituída.

Porém, como me fui apercebendo ao longo destes últimos meses, mais importante do que saber fazer as perguntas certas, é saber ouvir as respostas. Só ouvindo com atenção e interesse o que o utente tem a dizer, quer sejam factos científicos como os sintomas ou a sua medicação habitual, quer factos pessoais, como o seu estado de espírito, poderá ser dado um aconselhamento de excelência, adaptado às necessidades de cada um, visando estabelecer uma relação de confiança com todos os utentes.

Nos primeiros dias do estágio foi-me mostrado um diagrama (Anexo III) no qual a equipa baseia a sua forma de atendimento ao público, para que me pudesse ir familiarizando com a abordagem geral aos utentes.

6. Dispensa de medicamentos e produtos de saúde

6.1. Medicamentos sujeitos a receita médica

Em 2006, foi publicado o Decreto-Lei n.º 176/2006, de 30 de agosto ou Estatuto do Medicamento, (87) que define como Medicamentos Sujeitos a Receita Médica, todos aqueles que cumpram uma das seguintes condições:

“a) 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;

b) Possam constituir um risco, direto ou indireto, para a saúde, quando sejam utilizados com frequência em quantidades consideráveis para fins diferentes daquela a que se destinam;

c) Conttenham substâncias, ou preparações à base dessas substâncias cuja atividade ou reações adversas seja indispensável aprofundar;

d) Destinem-se a ser administrados por via parentérica.”

Sendo assim estes medicamentos podem apenas ser dispensados mediante apresentação de uma receita válida, seja ela eletrónica ou manual. De acordo com o artigo 5º da Portaria n.º 224/2015, de 27 de julho (88), a prescrição de medicamentos deve ser feita eletronicamente, salvo 4 exceções apresentadas no artigo 8º da mesma portaria: em caso de falência do sistema informático; se

existir uma inadaptação fundamentada do prescritor; caso seja uma prescrição ao domicílio ou outras situações até um máximo de 40 receitas médicas por mês.

A todos os tipos de receita podem ser aplicadas portarias, despachos ou leis que permitem ao utente beneficiar de um regime especial de comparticipação de medicamentos como por exemplo, a Portaria nº734/94, de 12 de agosto, que regula as comparticipações de determinados medicamentos para doentes com a doença de lúpus. (89)

6.1.1. Dispensa de Receita Manual

Ao receber uma receita manual, o primeiro passo deve ser verificar se o modelo apresentado é o modelo mais recente, em comemoração dos 40 anos do SNS, tal como consta no Despacho n.º 8809/2018. (90) De seguida deve conferir-se se apresenta todos os campos obrigatórios devidamente preenchidos: identificação do utente que deverá conter o nome e número de utente e o regime especial de comparticipação de medicamentos, representado pelas letras “R” e “O”, quando aplicável, plano de comparticipação, vinheta do médico, especialidade médica, local de prescrição, data da prescrição, assinatura do médico e razão pela qual o médico passou uma receita em manual em vez de receita eletrónica. (88,91)

Por cada receita manual, podem ser dispensadas apenas 4 embalagens de medicamentos, sendo que do mesmo medicamento, apenas se podem dispensar duas embalagens na mesma receita. Por exemplo, numa receita manual podem vir prescritas 1 embalagem de 4 medicamentos diferentes ou 2 embalagens de 2 medicamentos diferentes, mas nunca 4 embalagens do mesmo medicamento. A única exceção a esta regra são os medicamentos de dose unitária, que podem ser prescritos, no máximo, 4 embalagens por receita do mesmo medicamento.

Todas as receitas manuais têm 30 dias para ser aviadas, contando a partir do dia da sua prescrição.

Validados todos estes campos, podemos então prosseguir com a dispensa da receita. No SI, através de leitura ótica, introduz-se o número da receita e o número da vinheta do prescritor. Selecionam-se depois, manualmente, os medicamentos a dispensar. Quando o médico não especifica a dosagem ou o tamanho da embalagem a dispensar, deve sempre dispensar a embalagem menor da dosagem mais baixa. Por último seleciona-se o plano de comparticipação mais adequado a cada receita. Se, na identificação do utente, estiver escrita a letra “R”, aplica-se o plano 48, plano específico para utentes pensionistas abrangidos pelo regime especial de comparticipação. Caso esteja escrita a letra “O” aplica-se o plano 45, plano específico para utentes abrangidos por outro regime especial de comparticipação identificado por menção ao respetivo diploma legal.

No final do atendimento, é impresso no verso da receita um comprovativo dos medicamentos dispensados, que deve ser assinado pelo utente. As receitas manuais são então colocadas num caixote específico para esse efeito para poderem, posteriormente, ser devidamente tratadas

durante o processo de validação de receitas e de faturação. Aquando da validação de receitas, todas as receitas manuais devem ser assinadas, datadas e carimbadas pelo farmacêutico responsável.

Exemplo 12: A principal dificuldade na dispensa de uma receita manual é, julgo que unanimemente, a compreensão da tão famosa letra de médico. É bastante comum ver um farmacêutico ou técnico com uma receita manual na mão a perguntar a todos os colegas o que percebem em determinada linha de prescrição. Deparei-me com várias situações do género durante o meu estágio. Um dos casos mais flagrantes foi a receita que anexo no final deste documento (Anexo IV), em que o colaborador que estava a dispensar a receita lia na primeira linha Pritor® 40mg, um medicamento usado na hipertensão arterial. Por um descargo de consciência, o colaborador mostrou a receita a uma das farmacêuticas que disse que lhe parecia Proton® 40mg, um inibidor da bomba de prótons utilizado em distúrbios gástricos. Em conversa com a utente, esta referiu que o médico lhe tinha dito que lhe iria passar um “protetor de estômago” uma vez que a utente relatara sofrer de dores de estômago sempre que tomava Brufen® no passado. Um simples mal entendido poderia ter consequências muito graves, caso se tivesse dispensado de facto o medicamento Pritor®, uma vez que a utente em questão não sofria de hipertensão. Este exemplo realça a importância de ouvir sempre o utente de modo a construir o quadro clínico que leva o utente à farmácia e ainda o trabalho de equipa que deve estar presente em todos os momentos no dia a dia de uma farmácia.

6.1.2. Dispensa de Receita Eletrónica Materializada (REM)

Uma receita eletrónica materializada é uma receita gerada a computador e impressa, habitualmente, numa folha A4, que se divide, por um tracejado, em duas partes; a parte da direita é a receita propriamente dita e deverá ficar na posse da farmácia no final do atendimento, e o lado esquerdo é a guia de tratamento que deverá ser dada ao utente, uma vez que tem todas as informações necessárias ao tratamento como a posologia da farmacoterapia. Também neste modelo de receita é permitida a prescrição de apenas 4 medicamentos diferentes, mantendo-se o limite de 2 embalagens por cada medicamento, não excedendo um total de 4 embalagens. Estas receitas podem apresentar uma validade de 30 dias, no caso de um tratamento pontual, ou uma validade de 6 meses, no caso de terapêutica crónica. Aquando da dispensa de uma REM é necessário fazer a validação da mesma verificando se esta contém: Denominação Comum Internacional (DCI) da substância ativa, dosagem, forma farmacêutica, dimensão da embalagem, número de embalagens, código nacional de prescrição eletrónica de medicamentos (CNPEM) ou outro código identificador do produto, data de prescrição e assinatura do prescriptor. Depois de validados todos os campos, pode proceder-se então à dispensa da receita, começando por ler o número da receita, o código do prescriptor e o código do local de prescrição. Em segundo, introduzem-se os medicamentos a dispensar, quer manualmente, quer lendo o CNPEM na receita. Por fim, escolhe-se o plano de comparticipação adequado. No final do atendimento deve

imprimir-se o comprovativo no verso do lado direito da receita que deverá ser rubricado pelo utente e posteriormente assinado, datado e carimbado pelo farmacêutico responsável, exatamente como acontece para as receitas manuais.

6.1.3. Dispensa de Receitas Eletrónicas Desmaterializadas (RED)

Uma receita desmaterializada, ou Receita Sem Papel (RSP) consiste numa prescrição médica que é enviada ao utente por mensagem telefónica ou e-mail. Pode ser impressa uma guia de tratamento que deve ficar com o utente em todas as fases. Estas receitas podem ter validade de 30 dias consecutivos ou de 6 meses, consoante os produtos prescritos e a duração do tratamento. Em abril de 2020, face à situação pandémica que se vivia em todo o mundo e na sequência da renovação da declaração do estado de emergência em Portugal, foi publicada a Portaria n.º 90-A/2020, de 9 de abril (92) que estabeleceu que as receitas médicas de prescrição eletrónica com validade de seis meses, seriam automaticamente renovadas por um período igual, isto é, a mesma receita teria, então, validade de 12 meses, regra que se mantém até aos dias de hoje.

6.1.4. Dispensa de Medicamentos Estupefacientes e Psicotrópicos

Os medicamentos que contêm substâncias ativas classificadas como estupefacientes ou psicotrópicos estão descritos nas tabelas I e II do Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de janeiro, e n.º 1 do artigo 86.º do Decreto-Regulamentar n.º 61/94, de 12 de outubro. (93,94) Estes medicamentos estão sujeitos a um controlo mais rigoroso quando comparado a outros medicamentos, uma vez que quando usados indiscriminadamente ou para fins ilícitos, podem provocar dependência quer psíquica, quer física. (95)

Estes medicamentos só podem ser dispensados mediante apresentação de prescrição médica válida. No caso de se tratar de uma REM ou de uma receita manual, os medicamentos psicotrópicos e estupefacientes devem ser passados numa receita isolada.

Durante o atendimento, após inserção da receita no SI, é obrigatório o preenchimento de alguns dados no sistema: nome e morada do utente, nome e morada do adquirente, número e validade do Cartão de Cidadão/Bilhete de Identidade do adquirente e idade do adquirente que tem de ser, obrigatoriamente, maior de idade. Ao finalizar o atendimento, antes da impressão da fatura é impresso um talão de dispensa de medicamentos psicotrópicos que deve ser rubricado, datado e carimbado e arquivado na farmácia durante 3 anos.

6.1.5. Subsistemas de saúde e entidades de participação adicional

Atualmente existem, para cada receita, dois regimes possíveis de participação. No regime geral, o Estado paga uma percentagem do preço de venda ao público dos medicamentos que consoante a sua classificação terapêutica são atribuídos a 1 de 4 escalões. Os medicamentos do escalão A são comparticipados em 90%, os do escalão B em 69%, os do escalão C em 37%, e por fim, os do escalão D em 15%. (91) Já o regime especial é aplicado em três casos específicos: a pensionistas beneficiários a participação aumenta 5% nos medicamentos do escalão A e 15% nos medicamentos dos escalões de B a D; a utentes com patologias específicas ou a grupos especiais de utentes, como é o caso dos doentes com psoríase ou doença inflamatória intestinal, entre outros; e a cidadãos estrangeiros com estatuto de refugiados ou com direito de asilo em Portugal tal como consta no artigo 52.º da Lei n.º 27/2008, de 30 de junho, 5.º da Portaria n.º 30/2001, 27 de dezembro de 2000, publicada no Diário da República n.º 14, Série I-B de 17 de janeiro de 2001. (91)

No caso dos regimes especiais para doenças ou grupos de utentes em específico, é necessário que em todas as receitas seja indicado o despacho ou portaria relativa ao regime em questão, dado que deve ser sempre verificado durante a dispensa da receita.

Existem ainda inúmeros regimes de complementaridade, o que representa para os utentes por eles abrangidos, uma participação adicional à participação pelo SNS. Nestes casos, o utente de fazer-se acompanhar pelo cartão de beneficiário, aquando da dispensa de uma receita, uma vez que para todos os regimes de complementaridade, é obrigatório introduzir no SI o número de beneficiário associado. Em algumas das entidades, como por exemplo, SAMS Quadros, é emitido um talão comprovativo da medicação dispensada no final do atendimento; esse papel deverá ser assinado pelo utente e ficar na posse da farmácia para que no final de cada mês possa ser tratado e enviado à entidade correspondente, durante o processo de faturação.

Na FCV deparei-me maioritariamente com utentes pensionistas beneficiários do regime de participação especial, o que requer especial atenção nas receitas manuais, uma vez que é necessário que na identificação do utente venha escrita a letra “R”.

Tive também a oportunidade de ver e atender utentes com regimes de complementaridade, como por exemplo beneficiários do plano EDP-SãVida e perceber que, no novo módulo de atendimento do Sifarma, para cada ficha de utente criada é possível inserir um plano de complementaridade e respetivo número de beneficiário, sempre que se justifique, o que facilita bastante os atendimentos uma vez que o utente não tem de se fazer acompanhar do cartão de beneficiário sempre que pretende aviar uma receita.

6.2. Dispensa de Medicamentos Genéricos

Em 2006, o conceito de medicamento genérico foi definido legalmente pelo Decreto-Lei nº176/2006, de 30 de agosto, como *“medicamento com a mesma composição qualitativa e quantitativa em substâncias ativas, a mesma forma farmacêutica e cuja bioequivalência com o medicamento de referência haja sido demonstrada por estudos de biodisponibilidade apropriados”*. (87)

Durante a dispensa de qualquer tipo de receita, o utente deve ser avisado sempre que exista mais do que uma possibilidade para a mesma substância ativa, para que possa exercer o seu direito de opção, decidindo se opta pelo laboratório da marca ou por um laboratório genérico, normalmente de preço inferior. O direito de opção é apenas comprometido quando o médico prescriptor limita a prescrição de determinado princípio ativo a um laboratório específico, o que tem de ser fundamentado na receita por uma das seguintes justificações:

“Exceção a) do n.º 3 do art. 6.º - Medicamentos com margem ou índice terapêutico estreito;

Exceção b) do n.º 3 do art. 6.º - Reação adversa prévia;

Exceção c) do n.º 3 do art. 6.º - continuidade de tratamento superior a 28 dias.” (91)

6.3. Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica

Tal como consta no Decreto-Lei nº 134/2005, de 16 de agosto, os medicamentos não sujeitos a receita médica para uso humano podem ser vendidos ao público não só nas farmácias, mas também em locais que cumpram os exigidos requisitos legais e regulamentares. Aliado a este conceito, surge impreterivelmente o termo automedicação que é definido como *“a utilização de medicamentos não sujeitos a receita médica (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 saúde”*. (96) O mesmo Despacho lista também todas as situações passíveis de automedicação.

A automedicação é, nos dias de hoje, uma prática recorrente devido ao aumento exponencial de informações disponíveis sobre a saúde no geral e ao acesso facilitado na obtenção de MNSRM. Deste modo, um dos mais importantes meios de ação do farmacêutico comunitário deve ser a consciencialização da população para a toma excessiva de medicamentos, esclarecendo qual o medicamento mais indicado para o alívio dos sintomas referidos, reforçando a posologia e duração do tratamento oralmente e por escrito.

Exemplo 13: Visto que o meu estágio decorreu entre os meses de setembro e janeiro, foram vários os utentes que se dirigiram à farmácia com sintomas gripais. O primeiro utente que atendi autonomamente dirigiu-se à farmácia reportando vários sintomas como dores de cabeça, “pingo

no nariz” (rinorreia), mau estar geral e tosse muito frequente, principalmente à noite depois de se deitar. Perguntei ao utente há quantos dias experienciava os sintomas, se já tomara algo para o efeito, se tomava alguma medicação crónica ou se tinha algum problema de saúde conhecido. Depois de obter todas as informações pretendidas, aconselhei então que iniciasse a toma de um antigripal (Griponal®) que combina na sua composição o paracetamol e a clorofenamina. O paracetamol, pela sua forte ação analgésica iria atuar e melhorar o mau estar geral e as dores de cabeça. A clorofenamina, um anti-histamínico de primeira geração agonista competitivo dos recetores histamínicos H1, apresenta uma ação antimuscarínica que aliviaria a rinorreia, uma vez que leva à secura da mucosa nasal. (97) Sugeri também a associação de um antitússico (Levotuss®) para o alívio da tosse, deixando ao critério do utente a forma farmacêutica, visto que tinha disponível as apresentações em comprimido e em xarope. A levodropropizina é, então, medicamento antitússico, com atividade periférica, a nível traqueobrônquico, associado a uma atividade antialérgica e antibroncospástica. (98) A sua eficácia foi comparada com a da codeína em animais, tendo-se revelado até duas vezes mais eficaz que esta última, quando administradas por via oral. Para além do tratamento farmacológico, elucidei o utente quanto a medidas não farmacológicas que poderia adotar de modo a obter um alívio mais rápido e eficaz dos sintomas, como elevar um pouco a cabeceira durante a noite. (24)

7. Aconselhamento e dispensa de outros produtos de saúde

7.1. Produtos de dermofarmácia, cosmética e higiene

O Decreto-Lei n.º 189/2008 de 24 de setembro define produto cosmético como “*qualquer substância ou preparação destinada a ser posta em contacto com as diversas partes superficiais do corpo humano, designadamente epiderme, sistemas piloso e capilar, unhas, lábios e órgãos genitais externos, ou com os dentes e 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*”. (99)

Estes produtos, apesar de serem produtos de venda livre, requerem um acompanhamento e aconselhamento altamente qualificado, de modo que as necessidades do utente sejam satisfeitas, ou em último caso para que haja um encaminhamento ao médico de família ou a um médico especialista sempre que uma avaliação médica seja necessária.

Na FCV existe uma variada gama de marcas de produtos cosméticos tais como, Caudalie®, Skinceuticals®, Vichy®, La Roche-Posay®, Uriage®, Bioderma®, Isdin®, Aveeno®, A-Derma®, Neutrogena®, entre outras. O aconselhamento deve ser feito de acordo com o requerido pelo utente, tendo em conta também, as margens de lucro para a farmácia, campanhas em vigor no momento, produtos prioritários e o poder de compra do utente.

Durante o meu estágio tive a oportunidade de, por variadas vezes, ser requisitada para aconselhar produtos cosméticos adequados a diferentes condições e/ou patologias.

Exemplo 14: A Sra. ML dirigiu-se à farmácia com a sua filha de 14 anos que começara a apresentar os primeiros sinais da acne e queria travá-los de imediato. Foi então explicado às duas que a doença da acne é muito comum nessa idade e que, salvo em raras exceções, o tratamento farmacológico não era aconselhado. Explicou-se ainda a importância de uma rotina diária e acima de tudo da consistência dessa rotina. Aconselhei então um produto de limpeza facial, específico para pele oleosa com tendência acneica, que deveria ser utilizado todos os dias de manhã e à noite. O segundo passo da rotina diária seria a aplicação de um creme que ajude no controlo da produção de sebo, que deverá ser também aplicado de manhã e à noite após a limpeza da pele. Por último aconselhei a aplicação de um protetor solar na rotina diária da manhã, uma vez que as radiações solares apresentam efeitos nocivos para todo o tipo de pele e parecem agravar os sinais da acne.

Exemplo 15: A Sra. DG dirigiu-se à farmácia com o seu bebé de 6 meses que apresentava nas maçãs do rosto uma vermelhidão recente e demonstrava algum desconforto ao toque dessas zonas. Explicou que desde o nascimento que utilizava o creme facial da gama de bebé da marca Uriage®, mas que nos últimos dias tinha aparecido aquela vermelhidão no rosto e parecia piorar a cada dia. Questionei se o bebé teria sido diagnosticado com pele atópica, ao que a mãe me respondeu que não, apesar de que os produtos que usava a nível corporal eram todos específicos para bebés com pele atópica por serem mais inócuos e menos suscetíveis a reações alérgicas. Aconselhei então a que trocasse o creme facial da Uriage® pelo creme facial da gama Nutratopic da marca Isdin®. Se em alguns dias os sintomas não aliviassem, deveria recorrer ao pediatra do bebé. Passados alguns dias a mãe voltou à farmácia dizendo que a pele do bebé apresentava melhorias visíveis e que já não se queixava quando se lhe tocava na cara.

Exemplo 16: A Sra. TP questionou-me sobre qual a rotina antienvelhecimento mais adequada para a idade dela (54) e para o seu tipo de pele (seca e “apagada”). Aconselhei então, para a rotina da manhã um sérum de vitamina C, pelos seus benefícios antioxidantes contra o envelhecimento e para devolver à pele o brilho desejado. O segundo passo seria a aplicação de um creme antienvelhecimento (sugeri o Neovadiol da Vichy®, pois pareceu-me o mais adequado para as queixas relatadas inicialmente) e por último um protetor solar de fator de proteção 50 que deveria constar na rotina diária de todos nós. Aconselhei ainda que na rotina da noite se fizesse a limpeza facial com o leite de limpeza da Caudalie® e aplicação do creme de noite de retinol da Skinceuticals®, que deverá ser aplicado, numa fase inicial uma ou duas vezes por semana, aumentando gradualmente a sua frequência.

7.2. Produtos dietéticos para alimentação especial

Segundo o Decreto-Lei n.º 74/2010, de 21 de Junho, “os géneros alimentícios destinados a uma alimentação especial são aqueles que, devido à sua composição especial ou a processos especiais

de fabrico, se distinguem claramente dos alimentos de consumo corrente, mostrando -se adequados às necessidades nutricionais especiais de determinadas categorias de pessoas”.

Durante o meu estágio pude contactar com diversas marcas deste tipo de produtos, nomeadamente Fortimel®, Fresubin® e Resource®, sendo esta última a marca com maior expressão na FCV. Uma vez que, ao lado da FCV, se encontra um lar de idosos, é bastante comum a procura deste tipo de produtos, seja pela necessidade de aporte calórico em idosos cuja alimentação já não se revela eficaz de suprir todas as suas necessidades, seja pela intolerância aos alimentos, como acontece frequentemente por exemplo em doentes oncológicos sujeitos a quimio e/ou radioterapia.

7.3. Produtos dietéticos infantis

O leite materno é um alimento vivo, natural e o mais completo possível, respeitando as carências dos recém nascidos e variando a sua composição conforme a alteração das suas necessidades. É sabido que o aleitamento materno é a maneira preferencial de alimentação de um recém-nascido, devido aos seus variados benefícios como por exemplo a prevenção de infeções gastrointestinais, respiratórias e urinárias e a proteção sobre alergias. Para além disto, apresenta ainda benefícios no desenvolvimento do laço entre mãe e filho(a) e no desenvolvimento psicoafectivo do bebé. (100)

No entanto e por variadas razões, a amamentação nem sempre é possível, pelo que surgiu a necessidade de regulamentar a composição e a venda dos produtos de substituição uma vez que, *“as fórmulas para lactentes são os únicos géneros alimentícios transformados que satisfazem integralmente as necessidades nutritivas dos lactentes durante os primeiros meses de vida, até à introdução de uma alimentação complementar adequada, e, por forma a proteger a saúde dos lactentes, importa assegurar que apenas sejam comercializados como produtos adequados para a referida utilização”*, tal como consta no Decreto-Lei n.º 217/2008, de 11 de Novembro. (101)

No aconselhamento destes produtos é relevante perguntar sobre vários fatores como a idade do bebé e se o mesmo tem alguma necessidade específica. Na FCV as duas marcas de fórmulas para lactentes com maior expressão são a Aptamil® e a NAN-Nestlé®. Durante o meu estágio, pude concluir que, habitualmente, quem vem comprar este tipo de produtos já sabe exatamente o que produto que pretende. Deste modo, não tive a oportunidade de presenciar nenhum aconselhamento deste tipo.

7.4. Produtos Fitoterápicos

O Estatuto do Medicamento definiu produto fitoterápico, ou medicamento à base de plantas, como *“qualquer medicamento que tenha exclusivamente como substâncias ativas uma ou mais substâncias derivadas de plantas, uma ou mais preparações à base de plantas ou uma ou mais*

substâncias derivadas de plantas em associação com uma ou mais preparações à base de plantas". Os mais comuns desta classe de produtos, são os produtos à base de valeriana e/ou passiflora destinados a aliviar sintomas ligeiros de ansiedade ou insónias; alguns produtos usados no emagrecimento à base de alcachofra ou cavalinha, com propriedades depurativas e diuréticas; e ainda alguns laxantes como o Agiolax®.

Exemplo 17: Uma jovem de 21 anos dirigiu-se à farmácia relatando sentir-se muito ansiosa nos últimos dias o que lhe causava mau estar geral durante o dia e insónia durante a noite. Explicou que se encontrava em fase de exames na faculdade e por isso não podia tomar nada que a deixasse ensonada pois precisava de estudar. Aconselhei então um produto à base de valeriana para tomar de manhã para que conseguisse relaxar e sentir-se mais calma durante o dia, e um produto um pouco mais completo (Valdispert Noite®) para ajudar a induzir o sono mais facilmente à noite. Reforcei por várias vezes a posologia recomendada procurando desmistificar a ideologia de que “se é natural não faz mal se tomar dois ou três”.

Exemplo 18: A D. MX dirigiu-se à farmácia dizendo que não conseguia evacuar há mais de três dias e perguntou ainda se podia tomar Laevolac® (Lactulose) que a vizinha lhe tinha recomendado. Através de uma pesquisa rápida da ficha da utente percebi que a D. M é hipertensa e toma diariamente uma associação de perindopril com amlodipina. Expliquei que devido a este facto o Laevolac® não seria a melhor opção para ela, uma vez que se trata de um laxante osmótico e por isso vai interferir com os níveis de sódio e poderá ter efeitos indesejáveis na sua tensão arterial.(102) Aconselhei então um produto fitoterápico, Agiolax®, que se trata de um laxante expansor do volume fecal, composto por mucilagem de *Ispaghula*, sementes de *Ispaghula*, frutos de *Cassia angustifolia*. Expliquei que deveria engolir os grânulos sem mastigar, bebendo imediatamente uma grande quantidade de água (no mínimo 250 mL). (103) Adverti ainda que não deveria ser tomado imediatamente antes de deitar e que deveria espaçar pelo menos meia hora da toma do medicamento que toma à noite.

Exemplo 19: O Sr. VP dirigiu-se à farmácia no início de janeiro relatando que se sentia há uns dias enjoado e com um mau estar a nível gastrointestinal e culpou os fritos todos que comeu durante as festas. Aconselhei então a produto Aquilea Stagutt® em gotas, que é um suplemento alimentar à base de plantas para regularizar o metabolismo de gorduras e auxilia-se a manutenção da função hepática que estaria comprometida devido aos excessos das últimas semanas. Colmatei o aconselhamento com algumas medidas nas farmacológicas como evitar a ingestão de produtos ricos em gorduras e aumentar a ingestão de líquidos.

7.5. Suplementos Alimentares

Em 2003 foi publicado o Decreto-Lei nº 136/2003, de 26 de junho visando regulamentar a produção e comercialização de suplementos alimentares, uma vez que estes não são medicamentos e não se encontravam, até então, regulamentados. Suplementos alimentares são

então definidos, nesse mesmo Decreto-Lei como “os géneros alimentícios que se destinam a complementar e ou suplementar o regime alimentar normal e que constituem fontes concentradas de determinadas substâncias nutrientes”.

A crescente consciencialização e preocupação com a saúde, têm levado nos últimos anos a uma maior procura deste tipo de produtos no âmbito da adoção de estilos de vida mais saudáveis. Numa farmácia comunitária podemos encontrar, habitualmente, uma grande variedade destes produtos com diferentes finalidades, como por exemplo, reforço do sistema imunitário, aumento do desempenho físico e intelectual, combate na queda do cabelo e/ou enfraquecimento das unhas, alívio de manifestações articulares, entre outras.

Durante o aconselhamento e dispensa de suplementos alimentares é indispensável ressaltar que a toma destes produtos não substitui uma alimentação saudável e a adoção de medidas que contribuam para um estilo de vida saudável, como por exemplo a prática de exercício físico regular.

Exemplo 20: Senhora com 42 anos dirigiu-se à farmácia no início de outubro relatando que o seu cabelo tinha vindo a cair mais do que o normal nas últimas semanas. Foi então explicado à utente que a queda de cabelo mais intensa é muito comum nessa altura do ano com a entrada do outono e por volta de março, com a entrada da primavera. Foi-lhe aconselhado o suplemento alimentar Ecophane® que devido à sua composição rica em hidrolisados de proteína, vitaminas e minerais promete devolver ao cabelo a força e vitalidade perdidas. Para além do suplemento, a farmacêutica pôs em prática o *cross-selling* e aconselhou também à senhora um champô e condicionador fortificantes, para efeitos mais rápidos e visíveis. Recomendou ainda algumas medidas não farmacológicas como o uso de água tépida em vez de água muito quente durante a lavagem do cabelo.

Exemplo 21: A D. GC, 73 anos, contou que desde que começou as suas caminhadas diárias há aproximadamente um mês, tem sentido no final do dia um cansaço extremo nos membros inferiores e que durante a noite já aconteceu acordar com câibras nas pernas e nos pés. Uma vez que a senhora é cliente habitual da FCV, após uma análise ao seu historial de compras, percebi que a senhora é diabética, fazendo mais que uma medicação para o efeito. Foi então aconselhado o produto Magnezero® em ampolas (alternativa ao Magnesona® sem açúcar), suplemento alimentar à base de magnésio indicado na redução de fadiga e cansaço e um ótimo aliado para o normal funcionamento dos músculos, inclusive na redução da ocorrência de câibras.

Exemplo 22: O Sr. JL dirigiu-se à farmácia pedindo “qualquer coisa para o sistema imunitário” para a família toda. Após algumas questões percebeu-se que o senhor pretendia um suplemento para ele, a esposa e os dois filhos, um com 15 anos e outro com 12. Foi então aconselhado o suplemento de Selénio e Zinco da Bioactivo® uma vez que apresenta uma embalagem de 150 comprimidos, bastante mais económica do que embalagens mais pequenas. Este suplemento para além do selénio e do zinco, que por si só, apresentam inúmeros estudos com evidências no reforço

do sistema imunitário, contém ainda vitamina C e vitamina E que apresentam um forte poder antioxidante contra o stress oxidativo gerado nas células e ainda Vitamina B6.

7.6. Medicamentos de uso veterinário

O Decreto-Lei nº 314/2009, de 28 de outubro define medicamento veterinário como “*toda a substância, ou associação de substâncias, apresentada como possuindo propriedades curativas ou preventivas de doenças em animais ou dos seus sintomas, ou que possa ser utilizada ou administrada no animal com vista a estabelecer um diagnóstico médico-veterinário ou, exercendo uma ação farmacológica, imunológica ou metabólica, a restaurar, corrigir ou modificar funções fisiológicas*”. (104)

Na FCV os produtos de uso veterinário estão armazenados separadamente dos produtos de uso humano, divididos em duas gavetas. Uma para produtos de administração oral, nomeadamente antiparasitários, anti-inflamatórios, contraceptivos orais, entre outros e uma segunda onde se armazenam os produtos que se destinam a aplicação externa, como é o caso dos desparasitantes externos, habitualmente na forma de pipetas.

Os medicamentos de uso veterinário com maior expressão na FCV são os antiparasitários, quer internos, quer externos. Neste tipo de produtos é sempre importante perceber a idade e o peso do animal para que se possam aconselhar as dosagens mais corretas. Durante o estágio percebi também que variados medicamentos de uso humano são frequentemente utilizados em animais devido à falta de equivalência em medicamentos de uso veterinário. Por exemplo, uma cliente habitual da farmácia compra regularmente, mediante apresentação de uma receita veterinária válida, Bialminal® (fenobarbital), fármaco anti-epilético e anticonvulsivante para o seu cão que sofre de epilepsia.

Exemplo 23: A Sra. GB dirigiu-se à farmácia para adquirir um “remédio para as pulgas” para um gatinho que tinha resgatado da rua e que se encontrava com muitas pulgas. Tentei perceber a idade e peso aproximados do animal que seria já um animal jovem adulto e pesaria já mais de um quilograma. Indiquei então a pipeta da Frontline®, que pode ser aplicada em gatos com idade superior a 8 semanas e com mais de 1 kilo, e expliquei à senhora como deveria aplicar a mesma – afastar o pelo na zona do pescoço e aplicar todo o conteúdo da pipeta num só ponto sem raspar a ponta da pipeta na pele do animal, uma vez que o produto se espalhará pelo resto do corpo. Referi também a pipeta em questão só confere proteção durante 4 semanas e que não deveria dar banho ao animal nas 48 horas após a aplicação. (105)

7.7. Medicamentos Homeopáticos

Os medicamentos homeopáticos (MH) são definidos pelo já referido Decreto-Lei n.º 176/2006, de 30 de agosto (87) como “*medicamento obtido a partir de substâncias denominadas stocks ou*

matérias-primas homeopáticas, de acordo com um processo de fabrico descrito na farmacopeia europeia, ou na sua falta, em farmacopeia utilizada de modo oficial num Estado membro, e que pode ter vários princípios”. Habitualmente a preparação destes medicamentos envolve diluições sucessivas de modo que sejam obtidos produtos com quantidades mínimas de substâncias ativas.

Na FCV estes produtos não apresentam uma grande expressão no volume de vendas sendo que apenas três medicamentos homeopáticos se encontram em *stock* regularmente, por serem pedidos com alguma frequência. O Stodal® é bastante pedido para alívio da tosse e durante o estágio recebi muito bom *feedback* dos utentes sobre este produto. O produto Camilia® é também pedido com alguma regularidade quando os primeiros dentes dos bebés começam a aparecer, o que por si só causa desconforto e dor ao bebé.

7.8. Dispositivos médicos

O termo Dispositivo Médico é definido pelo Decreto-Lei como “*qualquer instrumento, aparelho, equipamento, software, material ou artigo utilizado isoladamente ou em combinação, incluindo o software destinado pelo seu fabricante a ser utilizado especificamente para fins de diagnóstico ou terapêuticos e que seja necessário para o bom funcionamento do dispositivo médico, cujo principal efeito pretendido no corpo humano não seja alcançado por meios farmacológicos, imunológicos ou metabólicos, embora a sua função possa ser apoiada por esses meios, destinado pelo fabricante a ser utilizado em seres humanos para fins de:*

- i) Diagnóstico, prevenção, controlo, tratamento ou atenuação de uma doença;*
- ii) Diagnóstico, controlo, tratamento, atenuação ou compensação de uma lesão ou de uma deficiência;*
- iii) Estudo, substituição ou alteração da anatomia ou de um processo fisiológico;*
- iv) Controlo da conceção.” (106)*

Durante o meu estágio pude dispensar uma variada gama de dispositivos médicos, nomeadamente material de penso como compressas de gaze e/ou tecido não tecido, cintas, fraldas para incontinência, aparelhos de medição de glicose, testes de gravidez, meias de compressão, pulsos e joelheiras elásticas para fins terapêuticos.

Exemplo 24: A Sra. AM dirigiu-se à farmácia com uma prescrição eletrónica materializada em que estavam prescritas meias de compressão tipo II (Anexo V). Expliquei à Sra. que a farmácia habitualmente não tem aquele tipo de meia em *stock* pelo que seria preciso encomendar ao fornecedor e que para isso precisava de algumas medidas das suas pernas. A FCV vende na grande maioria meias de compressão da marca Juzo® que são pedidas ao fornecedor Farma+; sendo que esporadicamente aparecem prescrições de meias da marca Mediven® especificamente que

podem também ser pedidas à própria marca. Sendo assim e usando o material de apoio cedido pela Juzo® (Anexo VI), medi as pernas da senhora nos pontos necessários para saber o número de meia mais indicado para ela. Uma vez tiradas as medidas liguei para o fornecedor em questão para pedir o orçamento para as meias pretendidas. Após comunicar à senhora o valor das meias, a senhora pediu então que prosseguisse com a encomenda e dois dias depois as meias chegariam à farmácia para serem levadas pela senhora.

8. VALORMED

A VALORMED apresenta-se como “*uma sociedade sem fins lucrativos à qual está atribuída a responsabilidade da gestão dos resíduos de embalagens vazias e medicamentos fora de uso de origem doméstica através do SIGREM (Sistema Integrado de Gestão de Resíduos de Embalagens e Medicamentos)*”. (107)

A FCV possui em contentor de recolha, cedidos gratuitamente pelos armazenistas, no armazém secundário, junto do frigorífico. Cada contentor possui numa das laterais um código de barras e o respetivo número de série. Quando este se encontra cheio procede-se ao fecho e conseqüente tratamento informático. No novo módulo do SI encontra-se no separador “*Produtos*”, o subsetor “*Recolha de Valormed*”. Ao selecionar esta opção vai ser requerido o fornecedor pelo qual se quer despachar o contentor e a leitura ótica do número de série do contentor. Posto isto, é impresso no balcão de atendimento um talão com a identificação da farmácia, do fornecedor selecionado, data e dois locais para assinatura, um para o farmacêutico responsável e outro para o responsável da recolha. Este talão é então rubricado e colado no topo do contentor, seguindo para o armazenista, na próxima entrega de encomendas.

Ao longo do meu estágio tive a oportunidade, não só de recolher resíduos que os utentes já instruídos deixam na farmácia, mas também de divulgar este serviço e apelar à reciclagem dos medicamentos, junto da população mais cética, contribuindo, assim, para a minimização do impacto ambiental causado por estes resíduos e conseqüente proteção da saúde pública.

9. Serviços e cuidados de saúde prestados

De acordo com o Decreto-Lei n.º 307/2007, de 31 de agosto (77) as farmácias, para além da dispensa de medicamentos, podem prestar serviços farmacêuticos que visam a promoção do bem-estar geral dos utentes. Com a crescente amplitude dos serviços prestados pelas farmácias nas últimas décadas, tornou-se necessário a legislação dos mesmos. Assim foi publicada em 2007 a Portaria n.º 1429/2007 de 2 de novembro (108) e pela a sua respetiva alteração em 2018 (109), que visam concretizar todos os serviços passíveis de serem prestados por farmácias comunitárias. Na FCV são prestados alguns destes serviços como por exemplo apoio domiciliário, utilização de meios auxiliares de diagnóstico, administração de vacinas não incluídas no Plano Nacional de

Vacinação (PNV) e consultas de podologia. No dia-a-dia os serviços que mais são prestados são a determinação de parâmetros fisiológicos e bioquímicos e a administração de vacinas não incluídas no PNV. À exceção da medição de parâmetros antropométricos e da medição de tensão arterial, que são efetuadas no aparelho balança/tensiómetro situado na zona de atendimento, todos os serviços são prestados no Gabinete de Atendimento Personalizado que se encontra equipado com todos os materiais necessários como solução desinfetante e três contentores para recolha de lixo, um para lixo comum, outro para material contaminado com resíduos biológicos e um terceiro para material perfurante e cortante, que são trocados periodicamente pela empresa responsável MIPMED®.

9.1. Determinação da tensão arterial

A determinação da tensão arterial é um dos pedidos mais frequentes na prática diária de uma farmácia comunitária sendo que a maioria dos utentes que requisitam este serviço são doentes idosos, frequentemente já diagnosticados com hipertensão arterial e pretendem fazer um controlo periódico da sua tensão. Talvez por este mesmo fator o caso que mais me impactou durante o período de estágio foi quando uma utente jovem (com aproximadamente 25 anos de idade) me pediu auxílio na medição da tensão arterial uma vez que se sentia alterada nas últimas horas. Aconselhei a utente a sentar-se e conversei um pouco com ela de modo que pudesse relaxar um pouco e para perceber melhor o que sentia. Relatou que sentia uma pressão anormal na cabeça e que sempre que se levantava sentia-se zozna. Após os cinco minutos de descanso aconselhados procedemos então à medição propriamente dita e o resultado foi: pressão arterial sistólica 16 e pressão arterial diastólica 11. Tendo em conta os sintomas relatados e os valores extremamente elevados aconselhei a utente a dirigir-se imediatamente ao serviço de urgência de um hospital para poder ser vista por um médico e eventualmente lhe ser administrada alguma medicação para que a tensão baixasse.

9.2. Determinação de parâmetros fisiológicos e bioquímicos

Durante o meu estágio tive a oportunidade de prestar estes serviços inúmeras vezes sendo que a medição da glicémia e do colesterol total foram as medições mais requisitadas pelos utentes pelas mais variadas razões.

Exemplo 25: O utente CF dirigiu-se à farmácia pedindo para que se medisse o valor do colesterol total. Durante o tempo de espera do resultado conversei com o utente procurando perceber o que o levava a requisitar a medição. Foi então que me explicou que há alguns meses, nas análises requisitadas pelo médico os seus valores de colesterol se encontravam elevados. Desde então havia tomado o suplemento de arroz vermelho da Bioactivo®, recomendado pelo médico e os valores teriam descidos para o intervalo de valores ótimos. No último mês decidira deixar de tomar o suplemento em questão devido ao seu valor e pretendia verificar se o valor subira

novamente o que acabou por se confirmar uma vez que a máquina registou um valor de 212 mg/dL. Alertei o utente para os perigos dos valores elevados do colesterol e aconselhei a retomar a toma do suplemento à base de arroz vermelho. Reforcei ainda a importância da adoção de hábitos saudáveis e recomendei que voltasse no mês seguinte para verificar a sua evolução.

9.3. Administração de vacinas

Como referido anteriormente, a administração de vacinas não incluídas no PNV é um dos serviços que poderá ser prestado por farmácias comunitárias. Assim, surgiu a necessidade de regulamentar as condições necessárias para a prestação deste serviço, pelo que foi publicada a Deliberação n.º 139/CD/2010, de 21 de outubro (110) que afirma que a prestação deste serviço pode ser realizada por qualquer farmacêutico desde que esteja habilitado com formação complementar, reconhecida pela Ordem dos Farmacêuticos, no âmbito da administração de vacinas e de suporte básico de vida. Para além da formação dos profissionais é necessária ainda a existência de instalações adequadas, que deverão encontrar-se aprovisionadas com determinados materiais como por exemplo uma marquesa ou uma cadeira reclinável, uma superfície de trabalho que permita a manipulação necessária para a administração da vacina, entre outros.

O meu estágio realizou-se num período em que a requisição deste serviço é extremamente elevada, uma vez que coincidiu com a época de vacinação contra a gripe. Uma vez que não me encontro ainda habilitada para prestar este serviço apenas me foi possível observar a administração de vacinas pelas farmacêuticas da FCV, sendo que todas se encontram habilitadas para o efeito.

10. Preparação de medicamentos

10.1. Medicamentos manipulados

No decorrer das últimas décadas a par com o desenvolvimento científico e tecnológico, a preparação de medicamentos manipulados tem vindo a tornar-se cada vez menos comum na prática diária do farmacêutico comunitário. Contudo, este tipo de medicamentos continua a ser prescritos pelos médicos sempre que se justifique, quando não existe nenhuma resposta industrializada.

Visando regulamentar a preparação destes medicamentos, foi publicada em 2004 a Portaria n.º 594/2004, de 2 de junho que aprova as boas práticas a observar na preparação de medicamentos manipulados. (111) De acordo com a definições presentes nessa mesma Portaria, podemos diferenciar dois tipos de medicamentos manipulados: Fórmulas Magistrais, que são medicamentos preparados segundo receita que especifica o doente a quem o medicamento se destina e Preparados Oficiniais, que são medicamentos preparados segundo indicações de uma farmacopeia ou de um formulário previamente existente. Essa mesma portaria procura

regulamentar oito bases fundamentais para o cumprimento das boas práticas essenciais na manipulação de medicamentos e são elas o pessoal, as instalações e equipamentos, a documentação, as matérias-primas, os materiais de embalagem, a manipulação, o controlo de qualidade e a rotulagem. Ainda em 2004 foi publicada a Portaria n.º 769/2004, de 1 de julho, que visa uniformizar o cálculo do PVP de medicamentos manipulados, baseando-se no custo das matérias-primas utilizadas, dos materiais de armazenamento e dos honorários da preparação. (112) O PVP calculado pode ainda ser sujeito a uma comparticipação de 30% pelo Serviço Nacional de Saúde caso o medicamento em questão constar na lista anexada ao Despacho n.º 18694/2010, de 16 de dezembro. (113) Existem ainda três exceções em que poderá ser aplicada comparticipação mesmo que o medicamento em questão não conste na lista mencionada e são elas: a inexistência no mercado de especialidade farmacêutica com a mesma substância ativa na forma farmacêutica desejada, a existência de uma lacuna terapêutica a nível dos medicamentos preparados industrialmente e a necessidade de adaptação de dosagens ou de forma farmacêutica para populações especiais, como por exemplo a pediatria e a geriatria.

Na FCV esta tarefa não é realizada de todo uma vez que a afluência de prescrições de medicamentos manipulados não compensa os custos de manutenção para a preparação dos mesmos. Para suprir os pedidos esporádicos de medicamentos manipulados, a FCV trabalha diretamente com a Farmácia dos Clérigos, no Porto, especializada na manipulação de medicamentos. Sempre que se recebe uma prescrição de um medicamento manipulado, esta é enviada via e-mail à Farmácia dos Clérigos, que procede então à preparação do mesmo e posterior envio à FCV através do armazenista Alliance Healthcare®.

10.2. Preparações Extemporâneas

Alguns medicamentos, especialmente antibióticos orais para uso pediátrico, são comercializados em forma de pó ou grânulos, uma vez que apresentam baixa estabilidade após adição de água. Por este motivo, este tipo de medicamentos é apenas preparado aquando da dispensa dos mesmos.

A preparação consiste em cinco passos essenciais, começando com a desinfeção das mãos do profissional responsável. De seguida deve agitar-se o frasco, ainda selado, permitindo que o pó concentrado no fundo do frasco se solte para uma fácil dissolução. Adiciona-se então aproximadamente dois terços do volume total de água a adicionar e agita-se vigorosamente até que o pó se encontre totalmente dissolvido na água. Por último perfaz-se com água até à linha de referência marcada no frasco. Durante o meu estágio pude realizar inúmeras preparações de antibióticos, dado o elevado número de casos de infeções respiratórias característicos dessa estação do ano.

Após a preparação destes medicamentos considero necessário alertar o utente para determinadas especificidades dos mesmos como por exemplo a validade das preparações após a reconstituição, que pode ir de 5 a 14 dias, as condições de conservação e procedimentos a ter em conta durante o

tratamento, como por exemplo agitar vigorosamente o frasco antes de toda e qualquer administração.

11. Contabilidade e Faturação

11.1. Fim de dia

No fim do seu horário de expediente cada um dos colaboradores recolhe e regista em papel, a totalidade de dinheiro que tem na sua caixa (garantindo diariamente um fundo de maneio de 50€), juntamente com o valor total dos talões multibancos que apurou nesse dia. No final do dia, o colaborador responsável pelo fecho da farmácia imprime o relatório de fim de dia, onde podemos ver discriminados os valores faturados por cada colaborador, bem como o total faturado pela farmácia. Uma das farmacêuticas é ainda responsável por fazer regularmente o levantamento dos totais apurados por cada colaborador, confrontando-os com os totais apurados pelo SI, confirmando que os dois coincidem.

11.2. Conferência de receituário

Na FCV, a conferência de receituário é uma tarefa atribuída a duas das farmacêuticas e deve ser realizada ao longo do mês, sempre que possível. A atribuição da mesma tarefa a duas pessoas diferentes visa minimizar erros nas prescrições enviadas no final de cada mês ao SNS, uma vez que, um erro numa prescrição, representa o não pagamento do valor da comparticipação da receita em causa.

Aquando da dispensa uma receita manual, esta deve colocar-se numa caixa específica para o efeito para posterior análise pelas farmacêuticas responsáveis. Quando analisadas por uma das farmacêuticas, as receitas são entregues à segunda responsável e só no final da dupla verificação é que se procede ao arquivo das mesmas numa gaveta assinalada para esse efeito até ao final do mês. Durante o meu estágio pude participar ativamente nesta tarefa, sendo a primeira pessoa a conferir as receitas, que eram posteriormente conferidas pelas duas responsáveis.

Sempre que se verifica uma receita é necessário conferir se todos os dados na frente da folha estão corretamente preenchidos, nomeadamente, o nome e número do utente, a exceção legal devidamente assinalada, a vinheta de identificação do médico e a sua especialidade, o local de prescrição, a data da prescrição e a assinatura do médico. Já no verso da mesma importa verificar se o que foi prescrito corresponde ao que foi dispensado (tendo em conta DCI, dosagem, quantidade e forma farmacêutica), a correta identificação dos organismos e portarias, quando aplicável, a assinatura do utente, o carimbo da farmácia, a rubrica do responsável pela dispensa, a data da dispensa e, quando aplicável, as justificações de correção (como erro na impressão, ou engano ao colocar a data).

Quando conferidas duplamente, organizam-se as receitas e os comprovativos de dispensar de outras entidades por organismo e por número de documento e são assim armazenados numa gaveta específica para esse efeito até ao último dia do mês.

11.3. Faturação

A faturação processa-se no último dia de cada mês após o fecho da farmácia.

Todo o procedimento é feito recorrendo ao Sifarma2000®, mais especificamente ao separador *Faturação*. São então impressos os verbetes referentes a cada lote existente em cada mês. De seguida imprime-se a Relação de Resumo de Lotes e a Fatura Mensal de cada organismo. A faturação ao SNS é recolhida pelos correios até ao dia 5 do mês seguinte e são enviadas todas as receitas manuais e respetivos verbetes, uma cópia da Relação de Resumo de Lotes e duas cópias da Fatura Mensal sendo que a farmácia arquiva os duplicados e triplicados, respetivamente, de cada um deles. Durante o levantamento, o colaborador dos correios deixa na farmácia uma guia de transporte, como comprovativo em como os documentos de faturação foram recolhidos a cada mês, que se arquiva junto dos documentos anteriormente arquivados. Já a faturação aos restantes organismos é enviada pela farmácia mensalmente, até ao dia 10 do mês seguinte à Associação Nacional das Farmácias (ANF). Neste caso são enviados os comprovativos de dispensa e respetivos verbetes, sempre que aplicável, bem como a Relação de Resumo de Lotes e a Fatura respetiva, ambos em triplicado, sendo que o quadruplicado de cada um é arquivado na farmácia.

Na última semana de cada mês a farmácia recebe por correio uma relação com os valores das irregularidades e respetivas justificações, bem como os documentos com possibilidade de correção, referentes ao mês anterior. Uma vez corrigidas, sempre que possível, esses mesmo documentos inserem-se na faturação do mês corrente.

11.4. Gestão de Medicamentos Psicotrópicos e de Benzodiazepinas

Até dia 8 de cada mês é enviado ao INFARMED, I.P. um resumo das saídas de psicotrópicos no mês anterior. Anualmente é ainda requerido o envio de um mapa de balanço de entradas e saídas de medicamentos psicotrópicos e também de benzodiazepinas.

Tendo em conta os meses em que decorreu o meu estágio, tive a oportunidade de não só assistir e participar no processo de faturação de vários meses como também pude assistir ao envio dos documentos anuais requeridos para os medicamentos psicotrópicos e benzodiazepinas.

12. Sessões de formação

Segundo o Código Deontológico redigido pela OF, “*o farmacêutico deve promover a atualização permanente dos seus conhecimentos técnicos e científicos, designadamente através da frequência regular de ações de qualificação profissional, para que possa desempenhar, consciente e corretamente, as suas obrigações profissionais perante a sociedade.*” Esta necessidade de formação constante é ainda mais evidenciada se tivermos em conta a constante evolução e atualização da indústria farmacêutica, quer ao nível de medicamentos, quer ao nível de produtos farmacêuticos, desde suplementos alimentares a produtos de dermocosmética. Durante o meu estágio tive a oportunidade de assistir a variadas formações externas (ações de formação, realizadas fora da farmácia, desenvolvidas pelas próprias indústrias com o intuito de divulgar ou relembrar determinado produto) e algumas formações internas (formação realizada por um profissional da farmácia sobre algum tema que se considere pertinente).

Ao longo dos últimos meses presenciei formações das marcas Klorane®, Aspirina®, Bioderma®, Esteve®, Allergodil®, Brufen®, entre outros. As formações a que tive o privilégio de assistir, permitiram-me aprofundar o conhecimento sobre determinado produto ou marca, de modo a sentir-me plenamente segura na hora do aconselhamento.

Durante o mês de outubro foi pedido a uma das colaboradoras que organizasse uma pequena formação interna sobre produtos de cosmética, de maneira a impulsionar a venda e o *cross-selling* deste tipo de produtos. Foi neste seguimento que assisti a duas formações internas, uma sobre os produtos para a acne disponíveis na farmácia e outra sobre produtos para pele sensível e intolerante.

13. Farmacovigilância

O manual de Boas Práticas de Farmácia publicado pela OF define o termo Farmacovigilância como “*a atividade de saúde pública que tem por objetivo a identificação, quantificação, avaliação e prevenção dos riscos associados ao uso dos medicamentos em comercialização, permitindo o seguimento dos possíveis efeitos adversos dos medicamentos.*” (76)

Este termo surgiu nas últimas décadas para suprir a necessidade de registo e controlo de Reações Adversas aos Medicamentos (RAMs), principalmente depois da calamidade a nível mundial causada pelo uso da talidomida entre os anos de 1958 e 1962 que foi responsável por mais de dez mil malformações congénitas e inúmeros abortos espontâneos. (114)

Em Portugal, surge em 1992 o Sistema Nacional de Farmacovigilância com o objetivo de facilitar o processo de notificação de RAMs e consolidar toda a informação relativa às mesmas e aos medicamentos em causa. Atualmente assume um carácter descentralizado, sendo composto por nove Unidades Regionais de Farmacovigilância em: Coimbra, Covilhã, Évora, Faro, Funchal,

Guimarães, Lisboa, Ponta Delgada e Porto. (115) É de carácter obrigatório, para todos os profissionais de saúde e/ou titulares de AIM, a comunicação, tão breve quanto possível, às unidades de farmacovigilância, de reações ou suspeitas de reações adversas especialmente reações graves ou inesperadas, resultantes da toma de medicamentos. (115)

Exemplo 26: Durante o meu estágio tive a oportunidade de notificar uma reação adversa ao medicamento Ebymect® (dapagliflozina com metformina). O Sr. AS dirigiu-se à farmácia para reportar um efeito adverso que tinha experienciado nos últimos dias, desde que começou a tomar o medicamento em causa. Durante os três dias em que tomou o medicamento na posologia indicada pelo médico (um comprimido ao pequeno-almoço e um ao jantar), o Sr. AS experienciou episódios de diarreia intensa. Uma vez que estabeleceu relação de causalidade com o início da toma do medicamento dirigiu-se à farmácia para reportar o sucedido. Recorrendo ao sistema informático, confirmei que esse será um efeito adverso muito frequente da substância metformina, principalmente no início da toma deste medicamento. Aconselhei ainda o senhor a contactar o médico de família o mais breve possível, para que o médico pudesse avaliar a necessidade de uma eventual troca de terapêutica. Uns dias mais tarde o Sr. AS dirigiu-se novamente à farmácia com uma nova prescrição do seu médico de família que teria substituído o Ebymect® por Sitagliptina 50mg.

14. Kaizen

A Farmácia Central de Valbom, introduziu nos últimos anos, em parceria com a Glintt®, a metodologia Kaizen no dia a dia do funcionamento da farmácia. Esta metodologia não procura a perfeição, mas sim a melhoria contínua visando melhorar a capacidade de resposta ao cliente, bem como reduzir o desperdício e aumentar a rentabilidade das farmácias. O Kaizen revela-se fulcral na otimização de tarefas e no aperfeiçoamento de atividades, refletindo-se na melhoria da eficiência, atuando desde a gestão económica e financeira, à gestão de recursos humanos. (116)

15. Análise SWOT

Uma análise SWOT – do inglês *Strengths*, *Weaknesses*, *Opportunities* e *Threats* - procura identificar pontos fortes e pontos fracos de uma empresa, bem como oportunidades e ameaças à mesma, com a finalidade de estabelecer planos estratégicos baseados em objetivos reais, tendo como meta o crescimento e desenvolvimento da empresa. Considero importante resumir por fim o meu estágio com uma análise SWOT, descrevendo os pontos mais positivos e os mais negativos com os quais me deparei, apresentando uma lista de oportunidades que julgo serem uma mais-valia para o crescente desenvolvimento da FCV como farmácia de referência da região, e alertando para algumas ameaças que poderão pôr em causa o sucesso e a prosperidade da farmácia.

15.1. Pontos Fortes (*Strengths*)

O maior ponto forte do meu estágio foi a aplicação da teoria na vida real, isto é, a oportunidade de consolidar os conhecimentos adquiridos ao longo dos 5 anos de faculdade. Este fator aliado ao acompanhamento de excelência que toda a equipa me deu desde o primeiro dia, permitiram-me aprender coisas novas todos os dias.

Em segundo lugar, considero que a forma gradual como foi conduzido o meu estágio, começando nas primeiras semanas a familiarizar-me com o espaço, desempenhando tarefas essencialmente de *backoffice* e progressivamente observar alguns atendimentos para por fim realizar atendimentos, sempre com supervisão de um dos colaboradores, foi um ponto forte uma vez que me permitiu ambientar gradualmente ao novo espaço e à nova equipa, sentindo-me em casa ao fim de poucas semanas.

Por último, mas não menos importante, e também o motivo que me fez optar por esta profissão é o público. O atendimento ao público numa farmácia comunitária é, para mim, a tarefa mais gratificante que um farmacêutico pode desempenhar. O sentimento de sentir que melhorei o dia de alguém com apenas uns minutos de conversa que não encontram em nenhum outro sítio deixa-me extremamente realizada e plena. Este estágio permitiu-me estar em contacto com um público mais envelhecido comparativamente ao público com que estou mais familiarizada e perceber que são os idosos quem realmente precisa mais de nós e que devemos adaptar a nossa postura e o nosso discurso mediante o utente que nos pede auxílio.

15.2. Pontos Fracos (*Weaknesses*)

Aquilo onde senti mais dificuldade numa fase inicial foi no aconselhamento farmacêutico. Conjugando o conhecimento científico adquirido previamente com a panóplia quase infindável de produtos que temos aos dispor no dia a dia revelou-se uma fraqueza, sendo que no início não possuía ainda a confiança necessária para aconselhar um produto em detrimento de outro que parecia, do ponto de vista, científico muito semelhante.

Considero que na base deste problema está a falta de prática durante os 5 anos de curso, no que respeita ao aconselhamento; ou seja, na faculdade aprendemos substâncias ativas, os seus efeitos adversos, as suas contraindicações, as suas interações medicamentosas, entre outros, mas não conseguimos dar uma resposta confiante quando um utente nos pergunta se é melhor o Cêgripe® ou o Ilvico®. Bem sei que esta fraqueza acaba por ser combatida com a experiência que vamos adquirindo ao longo do estágio e ao longo de todo o nosso percurso profissional, mas, ainda assim, considero que durante o curso universitário poderiam ser feitos mais exercícios adaptados a uma farmácia real (como por exemplo, tirar proveito da farmácia piloto que a faculdade tem).

15.3. Oportunidades (*Opportunity*)

Ao longo dos meses de estágio, fui-me apercebendo de algumas lacunas que a FCV apresenta, nomeadamente ao nível de serviços prestados. Deste modo vi algumas oportunidades de crescimento se a FCV aumentar a sua variedade de serviços. Tendo em conta o ambiente em que se insere (junto a um lar de idosos e numa zona envelhecida) creio que tanto a farmácia como a população beneficiariam de serviços como a preparação individualizada da medicação, consultas farmacêuticas ou até consultas de cessação tabágica, que como sabemos são ainda escassas a nível nacional. Para além disto, seria interessante também apostar na realização mais frequente de rastreios ou de ações de sensibilização para determinadas doenças junto dos utentes mais idosos, visando consciencializar a população para a importância da prevenção e da adoção de um estilo de vida saudável.

Por outro lado, e numa tentativa de apelar à população mais jovem da zona, consideraria importante uma maior aposta nas redes sociais da farmácia. Organizar eventos, realizar sorteios, estabelecer contacto com pessoas de grande alcance digital para divulgação do nome da farmácia, entre outros, são algumas medidas que poderiam ser tomadas nesse sentido.

15.4. Ameaças (*Threats*)

A competição com locais de venda de medicamentos não sujeitos a receita médica tem-se revelado, para mim, a maior ameaça ao bem-estar das farmácias comunitárias. Sendo que estes locais conseguem preços muito mais apelativos não só nos MNSRM, mas em produtos de cosmética, puericultura e outros, e dado a sua divulgação exponencial nos meios de comunicação social, torna-se difícil para as farmácias defender os seus preços estabelecidos e as suas margens de lucro.

Para enquadrar esta situação relato um episódio experienciado durante o meu estágio. Um senhor dirigiu-se à FCV para comprar determinado produto que custava na farmácia cerca de 20€ (tendo em conta as margens de lucro aplicadas sendo que o PVF rondava os 13€). Umhas horas depois o utente volta à farmácia enfurecido pois havia comprado o mesmo produto num outro local que não uma farmácia, instantes depois de o ter comprado na FCV, a 9€. Perante esta disparidade absurda de valores, o colaborador viu-se praticamente obrigado a devolver o dinheiro ao senhor.

A meu ver os preços de venda a farmácias e os preços de venda a estes locais deveriam ser mais bem regulados, impedindo esta disparidade de valores existente atualmente.

Uma outra ameaça atualmente é a quantidade irracional de medicamentos esgotados. Durante o meu estágio vi dezenas e dezenas de utentes a não conseguirem aviar as suas receitas, queixando-se de já ter percorrido inúmeras farmácias. Para agravar esta situação, alguns dos medicamentos em questão não apresentam alternativa direta no mercado, como por exemplo medicamentos

genéricos, como é o caso do medicamento Rivotril®, esgotado desde novembro de 2022 ou o medicamento Inderal®, esgotado desde dezembro até aos dias de hoje. As justificações dadas pelas entidades competentes são escassas e causam revolta à população afetada que não encontra respostas para as suas perguntas e frustração aos profissionais de saúde que não conseguem dar resposta aos seus utentes.

Para combater estas ameaças, as farmácias devem apostar em profissionais qualificados que primem por um atendimento e aconselhamento de excelência, capazes de fidelizar o seu público.

16. Conclusão

Os últimos meses foram, sem dúvida, dos meses mais desafiantes a nível académico e profissional. O impacto de voltar a encontrar-me na posição de aprendiz mostrou-me a importância de uma formação contínua e muniu-me de humildade para aceitar que, afinal de contas, há sempre coisas novas a aprender, sendo que este estágio revelou ser a consolidação definitiva dos conhecimentos adquiridos aos longo dos 5 anos de formação académica.

A elaboração deste relatório permitiu-me também concluir que o utente deverá ser de facto o principal foco do farmacêutico e cada atendimento deve ser detalhado e delineado tendo em conta as necessidades de cada um, adaptando-se a linguagem verbal e não verbal a cada utente.

Gostaria de terminar com uma nota de esperança para a profissão farmacêutica e que possamos vir a ser, cada vez mais, reconhecidos pelos profissionais de saúde altamente qualificados que somos e pelo impacto crucial das nossas áreas de atuação na melhoria da qualidade de vida de todos os doentes e da saúde pública no geral.

16. Referências Bibliográficas

1. Ordem dos Farmacêuticos. A Farmácia Comunitária [Internet]. [citado 23 de Janeiro de 2023]. Disponível em:
<https://www.ordemfarmaceuticos.pt/pt/areas-profissionais/farmacia-comunitaria/a-farmacia-comunitaria/>
2. Ordem dos Farmacêuticos. Boas Práticas Farmacêuticas para a farmácia comunitária (BPF). Ordem dos Farm [Internet]. 2009;3ªEdição:53. Disponível em: <https://www.ordemfarmaceuticos.pt/pt/servicos/qualidade/referenciais-da-qualidade/farmacia-comunitaria/>
3. Diário da República. Decreto-Lei n.º 307/2007, de 31 de Agosto. 2007; Disponível em:
http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/LEGISLACAO/LEGISLACAO_FARMACEUTICA_COMPILADA/TITULO_II/TITULO_II_CAPITULO_IV/022-A_DL_307_2007_6ALT.pdf
4. INFARMED IP. Deliberação n.º 1500/2004, 7 de dezembro [Internet]. [citado 25 de Janeiro de 2023]. Disponível em:
https://www.infarmed.pt/documents/15786/1070327/deliberacao_1500-2004.pdf
5. Ordem dos Farmacêuticos. A Ordem dos Farmacêuticos - Apresentação [Internet]. [citado 23 de Janeiro de 2023]. Disponível em:
<https://www.ordemfarmaceuticos.pt/pt/a-ordem-dos-farmaceuticos/apresentacao/>
6. Diário da República. Decreto-Lei nº288/2001, de 10 de novembro [Internet]. [citado 24 de Janeiro de 2023]. Disponível em:
<https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/288-2001-607724>
7. INFARMED IP. Deliberação n.º 021/011, de 27 de janeiro [Internet]. [citado 25 de Janeiro de 2023]. Disponível em:
<https://www.infarmed.pt/documents/15786/1219410/194.pdf/22193637-69a1-42e6-9206-9c42f82f17da>
8. Jornal Oficial da União Europeia. Regulamento Delegado (UE) 2016/161, de 2 de outubro de 2015 [Internet]. [citado 25 de Janeiro de 2023]. Disponível em:

<https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/PDF/?uri=CELEX:32016R0161&from=PT>

9. Diário da República. Decreto-Lei n.º 97/2015, de 1 de junho [Internet]. [citado 25 de Janeiro de 2023]. Disponível em:
<https://files.dre.pt/1s/2015/06/10500/0345303464.pdf>
10. Diário da República. Decreto-Lei n.º 14-E/2020, de 13 de abril [Internet]. [citado 8 de Fevereiro de 2023]. Disponível em: <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/14-e-2020-131393156>
11. INFARMED IP. Circular Informativa N.º 149/CD/100.20.200 - Suspensão da AIM de medicamentos com estudos clínicos e bioanalíticos conduzidos pela Synchron Research Services (CRO) localizada em Ahmedabad, Gujarat, Índia [Internet]. 2022 [citado 8 de Fevereiro de 2023]. p. 2003–5. Disponível em:
<https://www.infarmed.pt/documents/15786/5261821/Suspensão+da+AIM+de+medicamentos+com+estudos+clínicos+e+bioanalíticos+conduzidos+pela+Synchron+-+Ahmedabad/a5fb8489-9bca-93d2-873a-8ae6d7683964>
12. INFARMED IP. Decreto-Lei n.º 176/2006, de 30 de Agosto - Estatuto do Medicamento [Internet]. 2006 [citado 1 de Fevereiro de 2023]. Disponível em:
https://www.infarmed.pt/documents/15786/17838/035-E_DL_176_2006_9ALT.pdf/d2ae048e-547e-4c5c-873e-b41004b9027f
13. Diário da República. Portaria n.º 224/2015, de 27 de julho [Internet]. [citado 1 de Fevereiro de 2023]. Disponível em:
<https://files.dre.pt/1s/2015/07/14400/0503705043.pdf>
14. Diário da República. Portaria n.º 734/94, de 12 de agosto [Internet]. [citado 7 de Fevereiro de 2023]. Disponível em:
<https://files.dre.pt/1s/1994/08/186b00/46904690.pdf>
15. Diário da República. Despacho n.º 8809/2018 [Internet]. [citado 21 de Fevereiro de 2023]. Disponível em:
<https://files.dre.pt/2s/2018/09/179000000/2553225533.pdf>
16. INFARMED IP. Normas relativas à dispensa de medicamentos e produtos de saúde [Internet]. [citado 1 de Fevereiro de 2023]. Disponível em:
https://www.infarmed.pt/documents/15786/17838/Normas_Dispensa/4c1aeao

2-a266-4176-b3ee-a2983bdf790

17. Diário da República. Portaria n.º 90-A/2020, de 9 de abril [Internet]. [citado 1 de Fevereiro de 2023]. Disponível em: <https://dre.pt/dre/detalhe/portaria/90-a-2020-131338887>
18. Diário da República. Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de janeiro [Internet]. [citado 1 de Fevereiro de 2023]. Disponível em: <https://files.dre.pt/1s/1993/01/018a00/02340252.pdf>
19. Diário da República. Decreto Regulamentar n.º 61/94, de 12 de outubro [Internet]. [citado 1 de Fevereiro de 2023]. Disponível em: <https://files.dre.pt/1s/1994/10/236b00/61836198.pdf>
20. INFARMED IP. Psicotrópicos e Estupefacientes [Internet]. [citado 1 de Fevereiro de 2023]. Disponível em: https://www.infarmed.pt/documents/15786/1228470/22_Psicotropicos_Estup eficientes.pdf
21. INFARMED IP. Despacho n.º 17690/2007 [Internet]. [citado 8 de Fevereiro de 2023]. Disponível em: https://www.infarmed.pt/documents/15786/1065790/011-D1_Desp_17690_2007.pdf
22. INFARMED IP. Resumo das Características do Medicamento - Griponal®, 4 mg + 500 mg, comprimido efervescente, aprovado a 08-07-2022. Disponível em: <https://extranet.infarmed.pt/INFOMED-fo/>
23. INFARMED IP. Resumo das Caraterísticas do Medicamento - Levotuss®, 6 mg/mL, xarope, aprovado a 01-04-2022. Disponível em: <https://extranet.infarmed.pt/INFOMED-fo/>
24. Diário da República. Decreto-Lei n.º 189/2008, de 24 de Setembro [Internet]. [citado 8 de Fevereiro de 2023]. Disponível em: <https://files.dre.pt/1s/2008/09/18500/0682606905.pdf>
25. Comité Português para a UNICEF. Manual de Aleitamento Materno [Internet]. [citado 7 de Fevereiro de 2023]. Disponível em: <https://www.unicef.pt/media/1581/6-manual-do-aleitamento-materno.pdf>

26. Diário da República. Decreto-Lei n.º 217/2008, de 11 de Novembro [Internet]. [citado 7 de Fevereiro de 2023]. Disponível em: <https://files.dre.pt/1s/2008/11/21900/0787907892.pdf>
27. INFARMED IP. Resumo das Características do Medicamento - Laevolac, 10g/15mL, xarope, aprovado a 26-02-2013. 2013; Disponível em: <https://extranet.infarmed.pt/INFOMED-fo/>
28. INFARMED IP. Resumo das Características do Medicamento - Agiolax, granulado, aprovado a 18-11-2022. Disponível em: <https://extranet.infarmed.pt/INFOMED-fo/>
29. Diário da República. Decreto-Lei n.º 314/2009, de 28 de Outubro [Internet]. [citado 12 de Fevereiro de 2023]. Disponível em: <https://files.dre.pt/1s/2009/10/20900/0810608215.pdf>
30. FRONTLINE® COMBO GATOS [Internet]. [citado 12 de Fevereiro de 2023]. Disponível em: <https://frontline.pt/produtos/gatos/frontline-combo>
31. INFARMED IP. Decreto-Lei n.º 145/2009, de 17 de Junho [Internet]. [citado 12 de Fevereiro de 2023]. Disponível em: https://www.infarmed.pt/documents/15786/1076625/122-A_DL_145_2009_2ALT.pdf
32. VALORMED. VALORMED - Quem somos [Internet]. [citado 25 de Janeiro de 2023]. Disponível em: <https://www.valormed.pt/paginas/2/quem-somos/>
33. Diário da República. Portaria n.º 1429/2007, de 2 de Novembro [Internet]. [citado 14 de Fevereiro de 2023]. Disponível em: <https://files.dre.pt/1s/2007/11/21100/0799307993.pdf>
34. Diário da República. Portaria n.º 97/2018, de 9 de abril [Internet]. [citado 14 de Fevereiro de 2023]. Disponível em: <https://files.dre.pt/1s/2018/04/06900/0155601557.pdf>
35. INFARMED IP. Deliberação n.º 139/CD/2010, de 21 de outubro [Internet]. [citado 14 de Fevereiro de 2023]. Disponível em: https://www.infarmed.pt/documents/15786/17838/139_CD_2010.pdf/4d614fa9-63e0-4220-ad81-d8689829be6a

36. Diário da República. Portaria n.º 594/2004, de 2 de Junho [Internet]. [citado 1 de Fevereiro de 2023]. Disponível em:
<https://files.dre.pt/1s/2004/06/129b00/34413445.pdf>
37. INFARMED IP. Portaria n.º 769/2004, de 1 de Julho [Internet]. [citado 20 de Fevereiro de 2023]. Disponível em:
https://www.infarmed.pt/documents/15786/17838/portaria_769-2004.pdf/a0b1c512-ac77-42d4-9b06-8b1f3da9fb4d
38. INFARMED IP. Despacho n.º 18694/2010 [Internet]. [citado 20 de Fevereiro de 2023]. Disponível em:
https://www.infarmed.pt/documents/15786/1070327/067-A01_Desp_18694_2010doc.pdf
39. Nuno Jorge Mangorrinha Henriques Amorim Romão. Qual a perceção da Indústria Farmacêutica em relação à Farmacovigilância. 2016; Disponível em:
https://www.ordemfarmaceuticos.pt/fotos/editor2/Colegios_de_Especialidade/Titulo_Especialidade/Especialidade_AR/Especialistas_Anteriores/2016/2016_Nuno_Jorge_Mangorrinha_Henriques_Amorim_Romao.pdf
40. Pêgo A, Pereira A da C, Figueiredo A, Araújo A, Severiano AI, Macedo A, et al. Farmacovigilância em Portugal: 25 anos [Internet]. Vol. 11, Revista Portuguesa de Farmacoterapia. 2019. 580 p. Disponível em:
http://app10.infarmed.pt/e_book_farmacovigilancia25/index.html
41. Glintt®. Consultoria de Projeto [Internet]. [citado 20 de Fevereiro de 2023]. Disponível em: <https://www.glintt.com/pt/o-que-fazemos/ofertas/BusinessConsulting/Paginas/Consultoria-de-Projeto.aspx>

Anexos

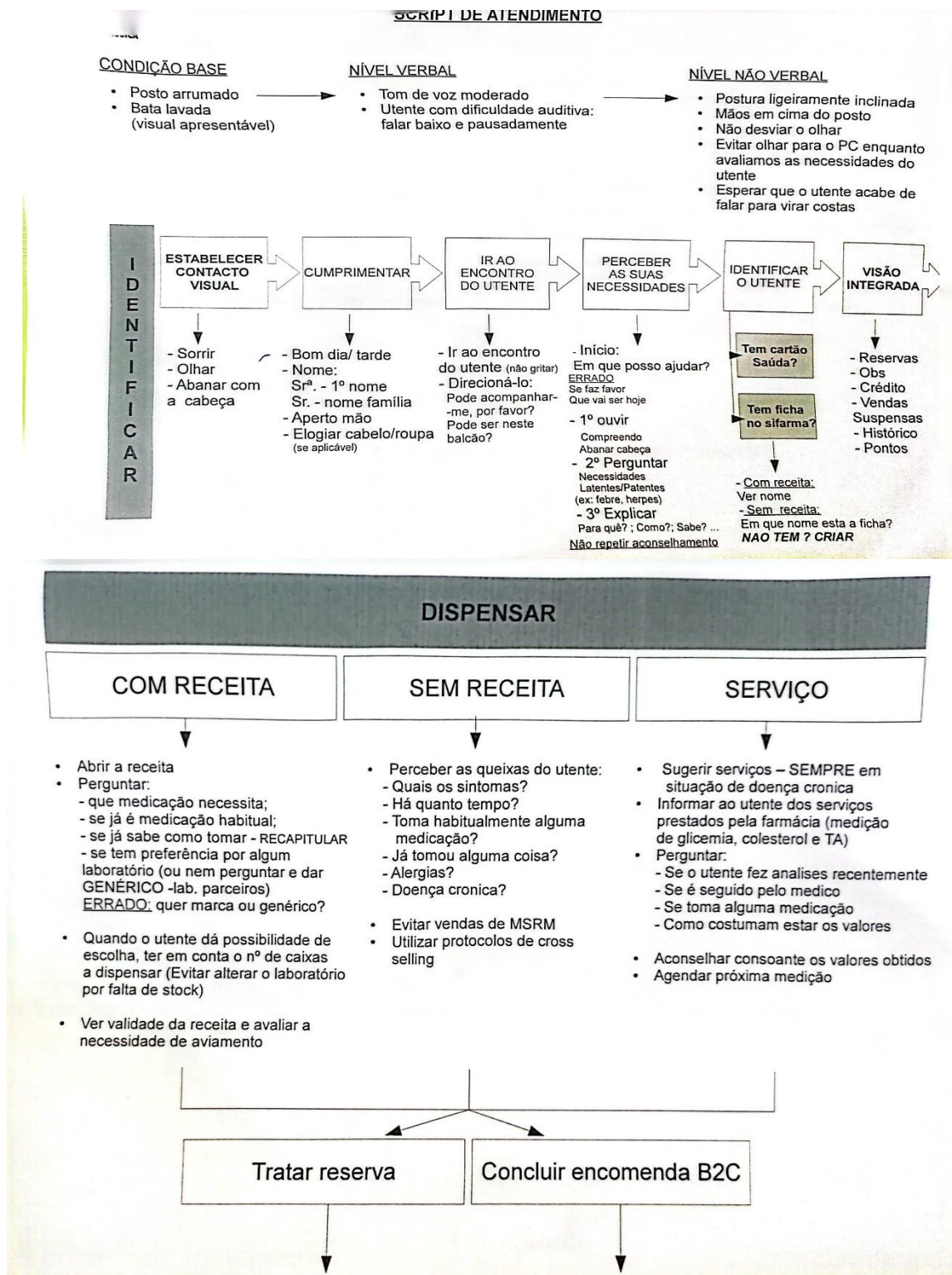
Anexo I – Fotografia da fachada exterior da Farmácia Central de Valbom



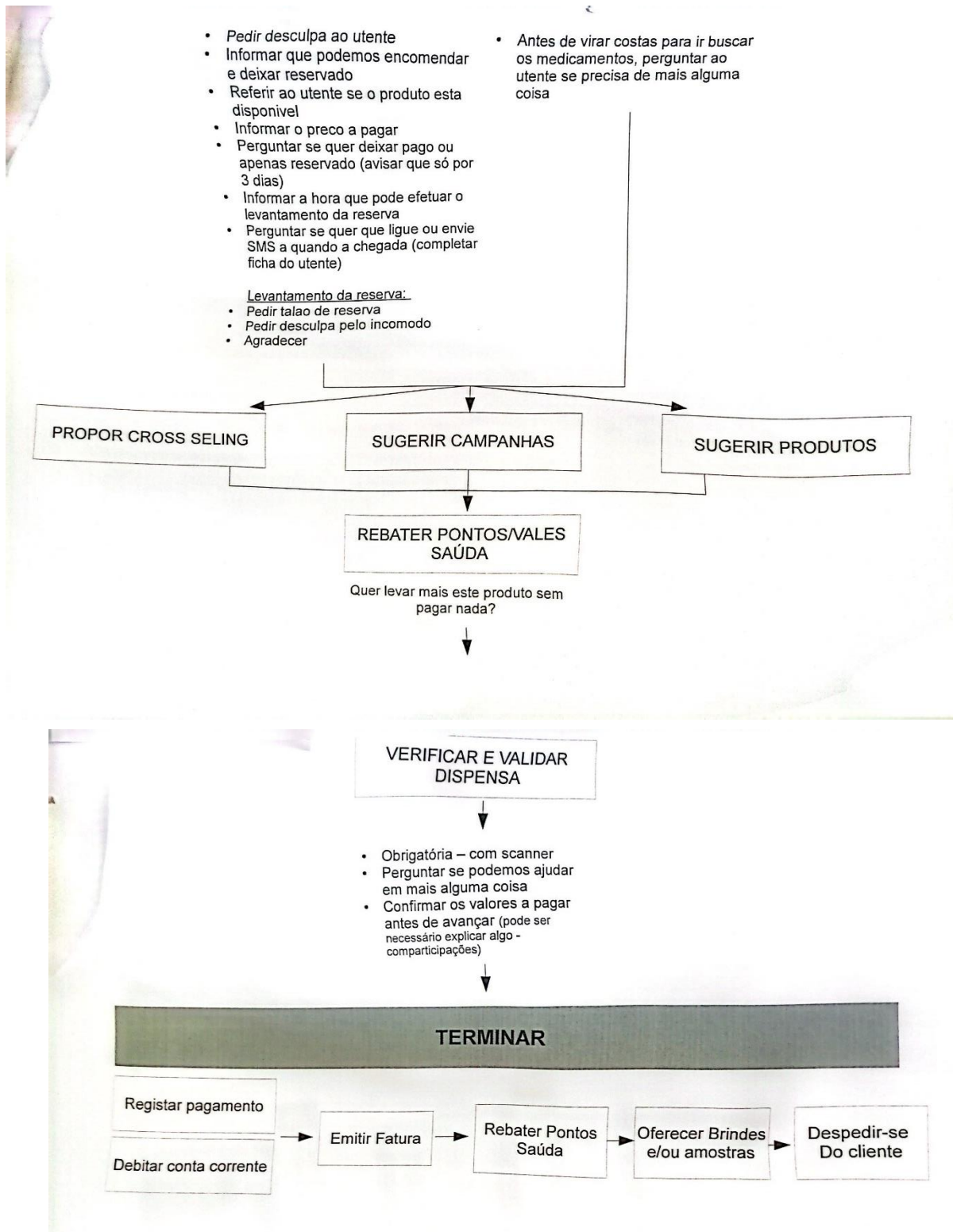
Anexo II – Zona de atendimento ao público da FCV



Anexo III – Script de Atendimento utilizado na FCV





Anexo III – Script de Atendimento utilizado na FCV (continuação)




Anexo IV – Receita Manual de Proton® 40mg

Receita Médica N°

8010000005643445605

<p> Utente: ██████████ N.º de Utente: ██████████ Telefone: ██████████ Entidade Responsável: SNS / @utent R.O. ██████████ N.º de Beneficiário: ██████████ </p>	<p> RECEITA MANUAL Seleção legal: </p> <p> <input checked="" type="checkbox"/> a) Falência informática <input type="checkbox"/> b) Inadequação do prescriptor <input type="checkbox"/> c) Prescrição no domicílio <input type="checkbox"/> d) Até 40 receitas/mês </p>
<p> Especialidade: <i>Otorinolaringologia</i> Telefone: <i>H. Sautz Joaze</i> </p>	<p>Vineta do Local de Prescrição</p>
<p> N.º Farmacêutica, embalagem: ██████████ N.º Extensão: ██████████ </p>	<p> N.º Extensão </p>
<p> 1 Proton 40 1 - 1 com de manutenção 1 vez por dia </p> <p>Posologia</p>	<p>1 -</p>
<p> 2 <i>Drufer 600</i> 1 - 1 + 1 </p> <p>Posologia</p>	<p>1 -</p>
<p> 3 <i>Slane frai spray</i> 1 - </p> <p>Posologia</p>	<p>1 -</p>
<p> 4 </p> <p>Posologia</p>	<p>8</p>
<p> Validade: 30 dias Data: <i>04-01-2023</i> </p>	<p>  (Assinatura do Médico Prescritor) </p>

Mod. n.º 1806 (Exclusivo da INCM, S.A.) INCM

Anexo V – Prescrição eletrónica materializada de Meias de Compressão grau II


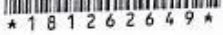



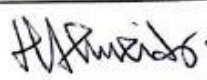


Receita Médica N.º



* 1 0 1 1 0 0 0 0 6 4 1 4 7 5 2 4 1 0 1 *

OUT

Utente: [REDACTED] 		
Telefone: [REDACTED] Entidade Responsável: SNS N.º de Beneficiário:	R.C.:  * 1 8 1 2 6 2 6 4 9 *	
 * [REDACTED] *	[REDACTED] MEIDA Especialidade: ANGIOLOGIA E CIRURGIA VASCULAR Telefone: 222077500	 [REDACTED]
R_x DCI / nome, dosagem, forma farmacêutica, embalagem, posologia	N.º Extenso	Identificação Ótica
1 Meia elástica comprtessiva grau II - Meia calça	1 Uma	 * 9 9 9 9 9 *
2		
3		
4		
Validade: 30 dias Data: 2023-01-23	 (assinatura do Médico Prescritor)	

Processado por computador - Prescrição Eletrónica Médica, v2.4.0 - SPMS, EPE.

Anexo VI – Guia de Consulta Rápida cedido pela marca Juzo®




 GUIA DE CONSULTA RÁPIDA 										
	Juzo®	Tipo	AD Normal e curta	AG Normal e curta	AG Picos Normal e curta	AG Picos Normal e curta	AT Normal e curta	AT Curto	AT Normal e curta	TAMANHOS
GAMA DE DESCANSO	light line senhora	malha fina	5140	-	-	-	5140	-	-	-
	light line PICOHEM	malha fina com algodão malha coreada	5800	-	-	-	-	-	-	-
CLASSE/ GRAU 1 Comp. Suave 15-21 mm Hg	SOFT	sem biqueras malha fina muito macia	2001	2001	2001 Picos	2001	2001	-	2001	I-VI
	ATTRACTIVE	com biqueras malha extra-fina várias cores	2701	-	2701 Renda	-	2701	2781	-	I-VI
	HOSTESS	sem biqueras malha resistente várias cores	-	-	-	-	2581	-	-	I-VI
CLASSE/ GRAU 2 Comp. Média 23-32 mm Hg	SOFT	sem biqueras malha fina muito macia	2002	2002	2002 Picos	2002	2002	-	2002	I-VI
	DYNAMIC	sem biqueras malha forte	3512	3512	3512 Picos	3512	3512	-	3512	I-VI
	DYNAMIC Cotton	sem biqueras malha forte 35% algodão	3512 Cotton	3512 Cotton	3512 Cotton	3512 Cotton	3512 Cotton	-	3512 Cotton	I-VI
	NORMAL	sem biqueras malha normal avulsadas	4512	4512	-	-	-	-	-	I-VI
	ATTRACTIVE	com biqueras malha extra-fina várias cores	2702	-	2702 Renda	-	2702	2782	-	I-VI
	HOSTESS	com biqueras malha resistente várias cores	-	-	-	-	2582	-	-	I-VI
CLASSE/ GRAU 3 Comp. Forte 34-46 mm Hg	EXPERT	malha avulsada malha forte com cotão	3022	3022	3022	3022	-	-	-	4/6/8/10/12/14
	DYNAMIC	sem biqueras malha forte	3513	3513	3513 Picos	3513	3513	-	3513	I-VI

		TABELA DE MEDIDAS - Tamanhos de série					
Pontos a medir		I - small	II - small	III - medium	IV - large	V - large	VI - x-large
	G c' silicone de picos	41 - 48	45 - 52	47 - 56	54 - 63	57 - 66	63 - 73
	G c' silicone em renda	41 - 58	45 - 63	47 - 68	54 - 75	57 - 79	63 - 85
	E rótula	30 - 37	33 - 41	35 - 45	39 - 48	41 - 51	44 - 55
	D abaixo do joelho	27 - 33	29 - 36	31 - 40	34 - 43	36 - 46	39 - 48
	C barriga da perna	29 - 35	32 - 39	34 - 44	38 - 48	41 - 51	44 - 54
	B acima do tornozelo	18 - 20	20 - 22	22 - 24,5	24,5 - 27	27 - 30	30 - 33
	Y dobra do pé	26,5 - 30,5	29,5 - 32,5	31,5 - 35	34 - 37,5	36,5 - 41	39,5 - 45
	A raiz dos dedos	17,5 - 22	19,5 - 24	21,5 - 26,5	24 - 29	26,5 - 33	29,5 - 37

Comprimento em cm	Forma	Altura de perna	Forma	Altura de perna	Forma	Altura de perna
	AD	40 - 46	AG	72 - 83	AT	72 - 83
	AD curto	34 - 40	AG curto	63 - 72	AT curto	63 - 72
	AG extra curto	-	AG extra curto	55 - 63	-	-