



**Uso de cosméticos por idosos - hábitos e
perspetivas do utilizador e cuidadores
Experiência Profissionalizante na Vertente de
Investigação, Farmácia Hospitalar e Farmácia
Comunitária**

(versão final após defesa)

Beatriz Freire Rouxinol

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

Orientador: Prof. Doutora Rita Manuela Palmeira de Oliveira
Coorientador: Mestre Ana Rita Guimarães Pimentel Gama

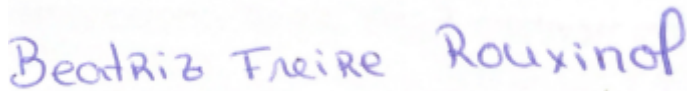
abril de 2024

Declaração de Integridade

Eu, Beatriz Freire Rouxinol, que abaixo assino, estudante com número de inscrição 41600 de Ciências Farmacêuticas da Faculdade da Beira Interior, declaro ter desenvolvido o presente trabalho e elaborado o presente texto em 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, e que em particular atendi à exigida referência de frases, extratos, imagens e outras formas de trabalho intelectual, e assim assumo na íntegra as responsabilidades da autoria.

Universidade da Beira Interior, Covilhã _16_/_04_/2024_



Beatriz Freire Rouxinol

Agradecimentos

Finda esta etapa, resta-me agradecer a todas as pessoas que foram essenciais no meu percurso académico.

Agradeço à minha orientadora, Prof.^a Doutora Rita Oliveira, por me ter orientado neste projeto de investigação, pela sua disponibilidade e dedicação demonstrada. Agradeço à minha coorientadora, Dra. Rita Gama, por todo o apoio na escrita da dissertação, por todos os conselhos dados e por ser uma amiga essencial neste processo.

Deixo também o meu agradecimento à equipa de investigação, que permitiu a execução e aplicação do questionário desenvolvido no âmbito deste trabalho, bem como a elaboração do *Poster* apresentado no XVIII International CICS-UBI Symposium, à Professora Doutora Rita Manuela Palmeira de Oliveira, ao Professor Doutor Paulo Duarte, ao Professor Doutor José Martinez de Oliveira, à Professora Doutora Ana Palmeira de Oliveira e à Mestre Ana Rita Gama o meu obrigada.

A toda a equipa da Farmácia S. José, um obrigada por toda a compreensão e por serem uma equipa fundamental no meu processo de aprendizagem. Um especial obrigada à Dra. Helena Carvalho por todos os ensinamentos e por me receber com tanto carinho e apreço.

À minha família da Covilhã, por todos os momentos que partilhámos juntos. Cada conquista só teve mais sentido porque vos tinha ao meu lado.

Agradeço à minha Inês, à amiga que me acompanhou desde sempre e para sempre! Ao Igor por ser um companheiro incrível nesta jornada e nas próximas que virão.

Aos meus pais e irmão, por acreditarem em mim e por me ajudarem a crescer e a ser quem sou. Sem vocês nada disto seria possível.

Resumo

O presente trabalho foi elaborado no âmbito da unidade curricular “Estágio” do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas e encontra-se dividido em 3 capítulos.

O Capítulo I corresponde ao projeto de investigação, intitulado “Uso de cosméticos por idosos - hábitos e perspetivas do utilizador e cuidadores”. Acredita-se que o processo de envelhecimento resulta em parte da herança genética sendo influenciado por agentes, quer exógenos, quer endógenos. Ao nível da pele, ocorrem alterações relevantes que justificam o maior risco de cancro de pele e necessidades específicas como xerose. Assim é importante a existência de produtos cosméticos no mercado que respondam às necessidades desta população. Neste sentido, foi elaborado este estudo que teve como principal objetivo conhecer os hábitos e perspetivas de uso de produtos cosméticos na população de idosos (idade igual ou superior a 65 anos) através do preenchimento de um questionário pelas mesmas ou pelos seus cuidadores. Para isso, foi desenvolvido e aplicado um questionário anónimo e confidencial, direcionado a idosos e seus cuidadores, residentes em Portugal, através da divulgação pelas redes sociais, farmácias comunitárias e universidades sêniores portuguesas. Dos 212 respondentes idosos que utilizam cosméticos, 155 utilizam cosméticos para cuidados de higiene (73,1%) enquanto os cuidadores, referem que o objetivo principal da utilização de cosméticos é para que os idosos se sintam melhor com a sua pele (N=19, 100%). Os produtos para cuidados bucais (N=124, 58,5%), gel de banho (N=155, 73,1%) e champô (N=205, 96,7%) foram os produtos cosméticos mais utilizados pelos idosos, ao passo que os cuidadores utilizam mais sabonetes faciais (N=16, 84,2%), desodorizantes/antitranspirantes (N=17, 89,5%) e champô (N=19, 100%) na rotina de prestação de cuidados. Relativamente ao uso diário de proteção solar, apenas 83 idosos utilizam proteção solar diária (39,2%) e 11 dos cuidadores aplicam diariamente proteção solar aos idosos (57,9%). Tendencialmente, ambas as populações recorrem a aconselhamento farmacêutico (N=93, 43,9% dos idosos; N=9, 47,4% dos cuidadores), principalmente para cremes de rosto e corpo. Com o avançar da idade, quer os idosos, quer os seus cuidadores, sentiram necessidade de mudar a sua rotina diária, implementando ou reforçando novos cuidados, que contribuam para o bem-estar da pele. Relativamente a essas mudanças, os idosos e seus cuidadores, começaram sobretudo por implementar cuidados de higiene facial com produtos suaves de manhã e/ou à noite (N=134, 63,4% para os idosos; N=13, 68,4% para os cuidadores). Quanto aos cuidados corporais, efetivamente ambas as populações optaram, principalmente por produtos de higiene corporal suaves e hidratantes (N=115, 54,2% para os idosos; N=14, 73,7% para os cuidadores) e a aplicação de um champô suave adaptado aos desequilíbrios

do couro cabeludo (N=151, 71,2% para os idosos; N=16, 84,2% para os cuidadores). As manifestações cutâneas mais prevalentes foram as rugas (N=181, 85,4% para os idosos; N=11, 61,1% para os cuidadores) e as manchas (N=152, 71,7% dos idosos; N=11, 61,1% dos cuidadores). Por fim, na perspectiva dos idosos, o cosmético ideal apresentar-se-ia em spray (N=88, 41,5%), em contraste com os cuidadores que preferem formulações de cremes gordos (N=8, 42,1%). Assim, os produtos cosméticos constituem uma mais-valia no bem-estar social, psicológico e funcional dos idosos, sendo importante o desenvolvimento de produtos direcionados a esta população.

O Capítulo II diz respeito ao “Relatório de Estágio em Farmácia Hospitalar”, no qual estão descritas as atividades desenvolvidas, e todos os conhecimentos e competências adquiridos ao longo das 8 semanas, nos Serviços Farmacêuticos do Centro Hospitalar Tondela-Viseu.

O Capítulo III corresponde ao “Relatório de Estágio em Farmácia Comunitária” onde é relatada a experiência e os conhecimentos adquiridos na Farmácia São José, durante um período de estágio de 12 semanas.

Palavras-chave

Idosos; cosméticos; envelhecimento; pele; hábitos; cuidadores; rosto; corpo; cabelo; hidratantes.

Abstract

This work is part of the curricular unit “internship” of the Integrated Master in Pharmaceutical Sciences and is divided into three chapters.

Chapter I corresponds to the research project “Uso de cosméticos por idosos - hábitos e perspectivas do utilizador e cuidadores”. It is believed that the aging process results in part from genetic inheritance which exogenous and endogenous agents influence. At the skin level occur relevant changes that justify a greater risk of skin cancer and a specific need such as xerosis. Therefore, it is important to have cosmetic products on the market that respond to the needs of this population. Therefore, this study was prepared with the main objective of understanding the habits and perspectives of using cosmetic products in the elderly (aged 65 years or over) by filling out a questionnaire. The questionnaire could be answered by the elderly or by caregivers. For this, it was developed and applied an anonymous and confidential questionnaire, directed to elderly people and their caregivers in Portugal. It was shared on social networks, pharmacies in the author’s region, and Portuguese senior universities. Of 212 answers by elderly that use cosmetics, 155 use cosmetics for hygiene care (73,1%) while the main reason for their caregivers is for elderly people to feel better about their skin (N = 19, 100%). Oral care products (N = 124, 58.5%), shower gel (N = 155, 73.1%), and shampoo (N = 205, 96.7%) were the most cosmetic products used by the elderly. Caregivers used more facial soaps (N = 16, 84.2%), deodorants/antiperspirants (N = 17, 89.5%), and shampoo (N = 19, 100%) in the care routine. About daily sun protection 83 elderly people use these products daily (39.2%) and 11 of the caregivers apply sun protection daily to the elderly population (57.9%). Both populations tend to resort to pharmaceutical advice (N = 93, 43.9% of elderly population; N = 9, 47.4% of caregivers) mainly for face and body creams. With advancing age elderly and caregivers felt the need to change their daily routine, implementing or reinforcing new care that contributes to the well-being of the skin. Concerning these changes, older people and their caregivers began mainly by implementing facial hygiene care with gentle products in the morning and/or evening (N = 134, 63.4% for the older population; N = 13, 68.4% for caregivers). For body care, both populations opted for gentle and moisturizing body hygiene products (N = 115, 54.2% for elderly; N = 14, 73.7% for caregivers) and application of a mild shampoo adapted to scalp imbalances (N = 151, 71.2% for older population; N = 16, 84.2% for caregivers). The most prevalent skin manifestations were wrinkles (N= 181, 85.4% for the elderly population; N = 11, 61.1% for caregivers) and spots (N = 152, 71.7% for the elderly population; N = 11, 61.1% for caregivers). Finally, the ideal cosmetic for the elderly population would be the spray formulation (N = 88, 41.5%),

although caregivers prefer fat cream formulations (N = 8, 42.1%). In conclusion, cosmetic products provide added value to the older population's social, psychological, and functional well-being, making it important to develop products aimed at them.

Chapter II corresponds to the “Relatório de Estágio em Farmácia Hospitalar” which describes the activities carried out and all the knowledge and skills acquired over the 8 weeks in the Pharmaceutical Services of the Centro Hospitalar Tondela-Viseu.

Chapter III corresponds to the “Relatório de Estágio em Farmácia Comunitária” which reports the experience and knowledge acquired at Farmácia São José, during a 12-week internship period.

Keywords

Elderly; cosmetics; aging; skin; habits; caregivers; face; body; hair; moisturizers.

Índice

Capítulo 1 - Uso de cosméticos por idosos - hábitos e perspetivas do utilizador e cuidadores	1
1. Introdução	1
1.1. O envelhecimento	3
1.1.1. Principais manifestações cutâneas nos idosos.....	6
1.1.2. Alterações cutâneas características das mulheres idosas.....	9
1.1.3. Alterações cutâneas características do homem idoso.....	9
1.1.4. Anexos da pele.....	10
1.2. Cosméticos	10
2. Objetivos deste estudo.....	15
3. Metodologia.....	16
3.1 Tipo de estudo.....	16
3.2 Considerações éticas	16
3.3 Amostra de estudo	16
3.4 Procedimentos	16
4. Resultados	17
4.1. Análise dos resultados do questionário	18
4.1.1. Caracterização sociodemográfica das amostras	18
4.1.2. Análise dos hábitos de consumo de produtos cosméticos e necessidade de mudança na população idosa	22
5. Discussão de resultados.....	54
6. Conclusão.....	58
7. Sugestões para investigações futuras	59
8. Limitações e pontos fortes do estudo	59
9. Bibliografia	62
Capítulo 2 - Relatório de Estágio em Farmácia Hospitalar.....	64
1. Introdução	64
2. Organização e Gestão dos Serviços Farmacêuticos.....	64

2.1. Aproveitamento	66
2.2. Sistemas e Critérios de Aquisição	67
2.3. Receção e Conferência de Produtos Adquiridos	67
2.4. Armazenamento.....	68
3. Distribuição	70
A - Distribuição não personalizada	70
3.1.A Distribuição Tradicional/Clássica.....	70
3.2.A Reposição por Stocks Nivelados (não personalizada).....	70
3.3A Distribuição por Pedido Extraordinário.....	71
B – Distribuição personalizada	71
3.3.B Distribuição Individual Diária em Dose Unitária (DIDDU).....	71
3.4.B Distribuição a Doentes em Ambulatório.....	73
3.5. Medicamentos Sujeitos a Controlo Especial.....	76
3.5.1. Hemoderivados.....	76
3.5.2. Psicotrópicos, Estupefacientes e Benzodiazepinas.....	78
4. Produção e Controlo: Farmacotecnia.....	79
4.1. Preparação de Nutrição Parentérica	79
4.2. Reconstituição de fármacos citotóxicos.....	80
4.3. Preparações Extemporâneas Estéreis.....	83
4.4. Preparação de Formas Farmacêuticas não Estéreis	84
5. Reembalagem	86
6. Farmacovigilância	86
7. Participação do Farmacêutico nos Ensaios Clínicos	87
8. Comissões Técnicas	89
9. Outras atividades desenvolvidas	90
10. Conclusão	91
11. Bibliografia	92
Capítulo 3 - Relatório de estágio em farmácia comunitária	94
1. Introdução	94

2.	Organização da Farmácia	94
2.1.	Localização geográfica e horário de funcionamento	94
2.2.	Instalações e organização	95
2.2.1.	Área de atendimento ao público.....	95
2.2.2.	Espaço de receção de encomendas e armazenamento.....	97
2.2.3.	Laboratório.....	97
2.2.4.	Gabinete de atendimento personalizado (GAP).....	98
2.2.5.	Gabinete da direção técnica.....	98
2.3.	Ferramentas de informática	98
2.4.	Recursos Humanos.....	99
2.5.	Metodologia Kaizen	100
2.6.	Informação e Documentação Científica	101
3.	Medicamentos e outros produtos de saúde.....	102
3.1.	Conceitos básicos sobre os produtos na farmácia.....	102
3.2.	Sistemas de classificação de medicamentos.....	103
4.	Aprovisionamento e Armazenamento.....	104
4.1.	Seleção de fornecedores e aquisição de medicamentos e outros produtos de saúde	105
4.2.	Receção e conferência de encomendas.....	106
4.3.	Armazenamento.....	107
4.4.	Controlo de prazos de validade.....	108
4.5.	Devoluções e reclamações.....	108
5.	Interação Farmacêutico - Utente - Medicamento	110
5.1.	Atendimento.....	110
5.2.	Farmacovigilância.....	111
5.3.	VALORMED.....	114
6.	Dispensa de medicamentos	115
6.1.	Dispensa de medicamentos sujeitos a receita médica	115
6.1.1.	Receita Médica.....	115
6.1.2.	Regimes de participação.....	119

6.1.3. Dispensa de medicamentos sujeitos a receita médica especial.....	120
6.1.4. Entrega em proximidade de medicamentos de dispensa exclusiva hospitalar.....	121
7. Automedicação	122
8. Aconselhamento e dispensa de outros produtos de saúde.....	124
8.1. Produtos de dermofarmácia, cosmética e higiene	124
8.2. Produtos dietéticos para alimentação especial.....	125
8.3. Produtos dietéticos infantis	125
8.4. Fitoterapia e suplementos nutricionais (nutracêuticos)	126
8.5. Medicamentos de uso veterinário.....	127
8.6. Dispositivos médicos	127
9. Outros cuidados de saúde prestados na farmácia	128
10. Preparação de medicamentos.....	130
10.1. Medicamentos Manipulados	130
10.2. Reconstituição de preparações extemporâneas.....	132
11. Contabilidade e Gestão - Conferência de receituário e faturação	133
12. Outras atividades.....	134
13. Conclusão	135
14. Bibliografia	136
Apêndices	139
Anexos	167

Lista de Figuras

Figura 1–Camadas da pele e anexos, adaptado de <https://www.todamateria.com.br/sistema-tegumentar/>[2].1

Figura 2 – Constituição e anatomia da epiderme, adaptado de <https://www.todamateria.com.br/sistema-tegumentar/> [2]. 2

Figura 3 – Constituição e anatomia da derme, adaptado de <https://anatomia-papel-e-caneta.com/sistema-tegumentar/camada-papilar-e-reticular-da-derme/> [4]..... 3

Figura 4 – Diferenças na anatomia da pele entre jovens (A) e pessoas idosas (B), corados com H&E, x1000. 5

Figura 5– Descrição da RAM associada ao uso de Triticum AC 150 mg..... 112

Figura 6– Informações sobre o Triticum AC, tais como posologia e via de administração. 112

Figura 7– Descrição da RAM associada ao uso de Pradaxa 110 mg. 113

Figura 8– Informações sobre o Pradaxa, tais como posologia e via de administração. . 113

Figura 9 – Resposta da notificação da RAM associada ao uso de Triticum AC 150 mg. . 114

Lista de Tabelas

Tabela 1 – Caracterização demográfica da amostra das pessoas idosas (N=216).....	19
Tabela 2 – Caracterização demográfica da amostra total de cuidadores de pessoas idosas (N=19).....	21
Tabela 3 – Distribuição de gasto monetário médio por unidade de produto para limpar o corpo e hidratar o corpo (gel de banho e creme hidratante) (N=212 para a população idosa) e (N=19 para a população dos cuidadores).	28
Tabela 4 – Marcas mais utilizadas na rotina da pele (permitida a seleção de mais do que uma opção) (N=212 respondentes e N=770 respostas para a população idosa) e (N=19 respondentes e N=53 respostas para a população de cuidadores).	30
Tabela 5 – Doenças de pele com manifestações cutâneas na população (permitida a seleção de mais do que uma opção) (N=212 respondentes e N=216 respostas para a população idosa) e (N=19 respondentes e N=19 respostas para a população de cuidadores).	49
Tabela 6 – Frequência de incómodo que as alterações da pele causaram na população idosa (N=212 para a população idosa) e (N=19 para a população de cuidadores).	51
Tabela 7 – Forma de apresentação de um produto hidratante ideal para esta faixa etária (N=212 para a população idosa) e (N=19 para a população de cuidadores).....	53

Lista de Gráficos

- Gráfico 1** – População de idosos que refere não utilizar cosméticos: “Quais dos produtos cosméticos tabelados considera vir a utilizar na sua rotina da pele?” (permitida a seleção de mais do que uma opção) (N=4 respondentes idosos e N=4 respostas). 24
- Gráfico 2** – Preferência em manter a marca de cosméticos na sua rotina da pele (N=212 respondentes idosos) e (N=19 cuidadores). 25
- Gráfico 3** – Tempo médio de manutenção da marca de cosméticos pela população que se refere fiel a uma marca (N=149 para a população idosa) e (N=14 para a população dos cuidadores). 26
- Gráfico 4** – Locais de aquisição de produtos cosméticos (permitida a seleção de mais do que uma opção) (N=212 respondentes e N=445 respostas para a população idosa) e (N=19 respondentes e N= 39 respostas para a população de cuidadores). 26
- Gráfico 5** – Distribuição dos produtos cosméticos adquiridos pela população idosa em farmácias e/ou parafarmácias (permitida a seleção de mais do que uma opção) (N=172 respondentes e N=708 respostas). 27
- Gráfico 6** – Distribuição dos produtos cosméticos adquiridos em farmácias e/ou parafarmácias por cuidadores de pessoas idosas (permitida a seleção de mais do que uma opção) (N=17 respondentes e N=78 respostas). 28
- Gráfico 7** – Motivos que levaram os respondentes a consumir cosméticos (permitida a seleção de mais do que uma opção) (N=212 respondentes e N=558 respostas para a população idosa) e (N=19 respondentes e N=49 respostas para a população de cuidadores). 30
- Gráfico 8** – Distribuição dos produtos cosméticos utilizados na rotina no rosto e cuidado bucal (permitida a seleção de mais do que uma opção) (N=212 respondentes e N=1300 respostas para a população idosa) e (N=19 respondentes e N=96 respostas para a população de cuidadores). 33
- Gráfico 9** – Periodicidade com que utiliza cosméticos específicos para o rosto e cuidado bucal (N=212 para a população idosa) e (N=19 para a população de cuidadores). 34
- Gráfico 10** – Distribuição dos produtos cosméticos utilizados na rotina da pele no corpo (permitida a seleção de mais do que uma opção) (N=212 respondentes e N=896 respostas para a população idosa) e (N=19 respondentes e N=96 respostas para a população de cuidadores). 35
- Gráfico 11** – Periodicidade com que utiliza cosméticos específicos para o corpo (N=212 para a população idosa) e (N=19 para a população de cuidadores). 36
- Gráfico 12** – Distribuição dos produtos cosméticos utilizados na rotina capilar (permitida a seleção de mais do que uma opção) (N=212 respondentes e N=530 respostas para a

população idosa) e (N=19 respondentes e N=46 respostas para a população de cuidadores).....	37
Gráfico 13 – Periodicidade com que utiliza cosméticos específicos para o cabelo (N=212 para a população idosa) e (N=19 para a população de cuidadores).....	38
Gráfico 14 – Aconselhamento para o uso de cosméticos: a quem recorre tendencialmente (permitida a seleção de mais do que uma opção) (N=212 respondentes e N=341 respostas para a população idosa) e (N=19 respondentes e N=19 respostas para a população de cuidadores).....	39
Gráfico 15 – Produtos em que foi solicitado aconselhamento (permitida a seleção de mais do que uma opção) (N=212 respondentes e N=487 respostas para a população idosa) e (N=19 respondentes e N=25 respostas para a população de cuidadores).	40
Gráfico 16 – Cuidados de rosto reforçados ou implementados com o avançar da idade (permitida a seleção de mais do que uma opção) (N=212 respondentes e N=592 respostas para a população idosa) e (N=19 respondentes e N=39 respostas para a população de cuidadores).....	41
Gráfico 17 – Quantidade de produtos cosméticos para o rosto utilizados com o avançar da idade para a população idosa (N=212).....	42
Gráfico 18 – Quantidade de produtos cosméticos para o rosto utilizados pelo cuidador (N=19).....	42
Gráfico 19 – Frequência (Número de vezes que aplica) de aplicação de produtos cosméticos para cuidados de rosto com o avançar da idade segundo a população idosa (N=212).....	43
Gráfico 20 – Frequência (Número de vezes que aplica) de aplicação de produtos cosméticos para cuidados de rosto aplicados pelo cuidador (N=19).	43
Gráfico 21 – Cuidados de corpo reforçados ou implementados com o avançar da idade (permitida a seleção de mais do que uma opção) (N=212 respondentes e N=475 respostas para a população idosa) e (N=19 respondentes e N=36 respostas para a população de cuidadores).....	44
Gráfico 22 – Quantidade de produtos cosméticos para o corpo utilizados com o avançar da idade pela população idosa (N=212).	45
Gráfico 23 – Quantidade de produtos cosméticos para o corpo utilizados pelo cuidador (N=19).....	45
Gráfico 24 – Frequência (Número de vezes que aplica) de aplicação de produtos cosméticos para cuidados de corpo com o avançar da idade pela população idosa (N=212).	46
Gráfico 25 – Frequência (Número de vezes que aplica) de aplicação de produtos cosméticos para cuidados de corpo pelo cuidador (N=19).	46

Gráfico 26 – Cuidados capilares reforçados ou implementados com o avançar da idade (permitida a seleção de mais do que uma opção) (N=212 respondentes e N=397 respostas para a população idosa) e (N=19 respondentes e N=25 respostas para a população de cuidadores).....	47
Gráfico 27 – Quantidade de produtos cosméticos para o cabelo utilizados com o avançar da idade pela população idosa (N=212).	47
Gráfico 28 – Quantidade de produtos cosméticos capilares aplicados pelo cuidador (N=19).....	48
Gráfico 29 – Frequência (Número de vezes que aplica) de aplicação de produtos cosméticos para cuidados capilares com o avançar da idade pela população idosa (N=212).	48
Gráfico 30 – Frequência (Número de vezes que aplica) de aplicação de produtos cosméticos para cuidados capilares pelo cuidador (N=19).	49
Gráfico 31 – Alterações que sentiram na pele com o avançar da idade (permitida a seleção de mais do que uma opção) (N=212 respondentes e N=858 respostas para a população idosa) e (N=19 respondentes e N=55 respostas para a população de cuidadores).....	50
Gráfico 32 – Alterações identificadas na pele consoante a estação do ano (permitida a seleção de mais do que uma opção) (N=212 para a população idosa) e (N=19 para a população de cuidadores).....	51
Gráfico 33 – Motivos pelos quais os produtos cosméticos não satisfazem as suas necessidades a população idosa (permitida a seleção de mais do que uma opção) (N=212 respondentes e N=169 respostas).	52

Lista de Acrónimos

AIM	AIM Autorização de introdução no mercado
AINES	Anti-inflamatórios não esteróides
ANF	Associação Nacional de Farmácias
AO	Assistentes operacionais
AT	Assistentes Técnicos
ATC	Do inglês “Anatomical therapeutic chemical”
AUC	Área sobre a curva do gráfico concentração de fármaco em função do tempo
BPF	Boas Práticas em Farmácia Comunitária
CA	Conselho de Administração
CAPS	Catálogo de aprovisionamento público da saúde
CAUL	Certificado de autorização de utilização do lote
CES	Comissão de Ética para a Saúde
CCI	Comissão de Controlo de Infeção
CCIRA	Comissão de Controlo de Infeções e Resistências aos Antimicrobianos
CFLH	Câmara de fluxo laminar horizontal
CFT	Comissão de farmácia e terapêutica
CHTV	Centro Hospitalar Tondela-Viseu E.P.E
CNFT	Comissão Nacional de farmácia e terapêutica
CNP	Código nacional do produto
DCI	Denominação comum internacional
DGAV	Direção geral de alimentação e veterinária
DIDDU	Distribuição individual diária em dose unitária
ELA	Esclerose lateral amiotrófica
EMA	European Medicines Agency
ERS	Entidade Reguladora da Saúde
EX	Exemplo
FDS	Do inglês “Fast Dispensing System”
FEFO	Do inglês “First expire, First out”
FGP	Formulário Galénico Português
FH	Farmacêuticos Hospitalares
FNM	Formulário nacional de medicamentos
FS	Farmácia de S.José

GAP	Gabinete de atendimento personalizado
GLINTT	Global Intelligent Technologies
GRP	Gabinete de Relações Públicas
HTA	Hipertensão arterial
IBP	Inibidor da bomba de prótons
IMC	Índice de massa corporal
INFARMED	Instituto Nacional da Farmácia e do Medicamento
MEP	Medicamentos estupefacientes e psicotrópicos
MICF	Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas
MNSRM	Medicamentos não sujeitos a receita médica
MSRM	Medicamentos sujeitos a receita médica
MUV	Medicamento de uso veterinário
NE	Nutrição entérica
NP	Nutrição parentérica
OMS	Organização Mundial de Saúde
PEMproxi	Programa de Entrega de Medicamentos de Proximidade
PIM	Preparação individualizada da medicação
PPCIRA	Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos
PVF	Preço de venda à farmácia
PVP	Preço de venda ao público
RAM	Reações Adversas a Medicamentos
SAL	Serviço de Aprovisionamento e Logística
SIGREM	Sistema Integrado de Gestão de Resíduos de Embalagens e Medicamentos
SF	Serviços Farmacêuticos
SGICM	Sistema de Gestão Integrado do Circuito do Medicamento
SNF	Sistema Nacional de Farmacovigilância
SNS	Sistema Nacional de Saúde
TEWL	Perda transepidermica de água
TSDT	Técnico superior de diagnóstico e terapêutica
UBI	Universidade da Beira Interior
UCPC	Unidade Centralizada de Preparação de Citotóxicos
URF	Unidades Regionais de Farmacovigilância
VALORMED	Sociedade gestora de resíduos de embalagens e medicamentos fora de uso
VIH	Vírus da imunodeficiência humana

Capítulo 1 - Uso de cosméticos por idosos - hábitos e perspectivas do utilizador e cuidadores

1. Introdução

A pele, também chamada tegumento, é considerado o maior órgão do corpo humano, sendo a principal interface entre os órgãos internos e o ambiente externo, representando cerca de 16% do peso corporal. A sua espessura pode variar entre menos de 1 mm até 5 mm, contribuindo assim para ser a primeira linha de defesa do corpo contra agentes ambientais potencialmente nocivos [1].

A pele é composta por três camadas distintas: epiderme, derme e hipoderme (tecido subcutâneo), ordenadas da mais externa para a mais interna. As duas primeiras são divididas pela membrana basal e o tecido subcutâneo, que é uma camada de tecido conjuntivo frouxo e tecido conjuntivo adiposo, liga a derme aos tecidos subjacentes do corpo [1].

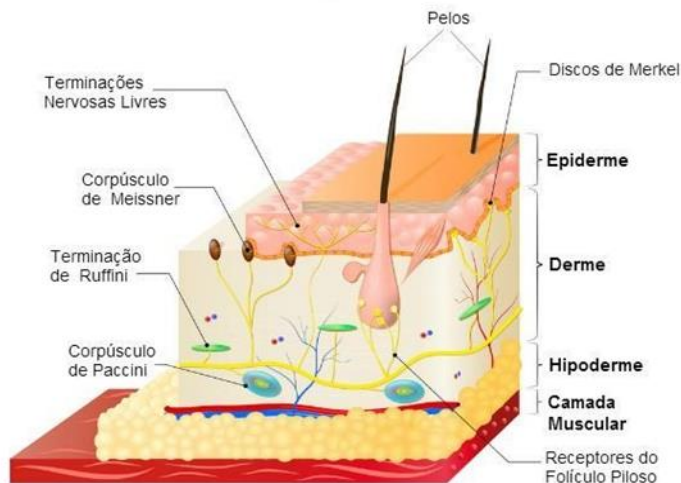


Figura 1 – Camadas da pele e anexos, adaptado de <https://www.todamateria.com.br/sistema-tegumentar/>[2].

Existem ao longo da superfície corporal, variações nas propriedades da pele, como a espessura das camadas, distribuição das glândulas sudoríparas e o número e tamanho dos folículos pilosos. Sabe-se que, por exemplo, a epiderme é mais espessa na zona plantar comparativamente a outros locais no corpo. A derme é mais espessa no dorso e

o tecido subcutâneo é mais espesso nas nádegas e abdômen. Quanto aos folículos pilosos, estes são mais abundantes no couro cabeludo, axilas e na zona genital e são mais dispersos na parte interna dos braços e abdômen. Por último, as glândulas sudoríparas apócrinas estão restringidas às axilas e área anogenital [1].

As funções da pele dependem das propriedades da epiderme. Esta é constituída por camadas estratificadas de epitélio escamoso queratinizado, que visto ao microscópio contém cinco camadas distintas, os estratos, que apresentam diferenciação progressiva e maturação de queratinócitos diferentes. Essas camadas são: estrato germinativo ou camada basal, estrato espinhoso, estrato granuloso, estrato lúcido e por fim estrato córneo. O estrato córneo consiste em células mortas ricas em queratina, os corneócitos, circundados por regiões lipídicas que reduzem a absorção de substâncias nas células [1].

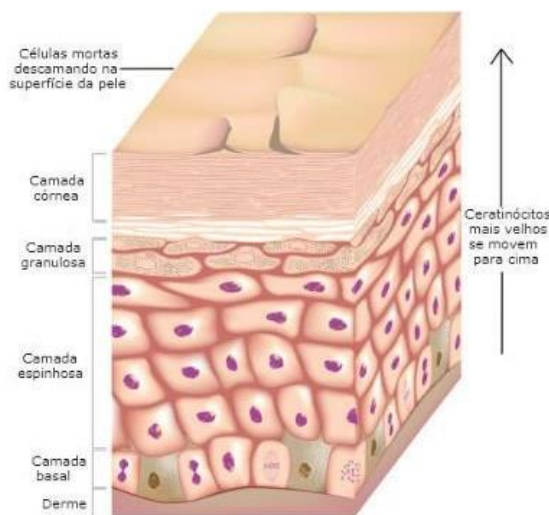


Figura 2 – Constituição e anatomia da epiderme, adaptado de <https://www.todamateria.com.br/sistema-tegumentar/> [2].

A derme é uma camada de tecido conjuntivo, que separa a epiderme do tecido subcutâneo, tendo como função fornecer estrutura e estabilidade à epiderme. A derme apresenta duas camadas, a papilar e a reticular, que possuem células, fibras e nervos, sendo o seu principal componente o colagénio, um grupo de proteínas que estão entrelaçados com uma substância chamada de ácido hialurónico [1].

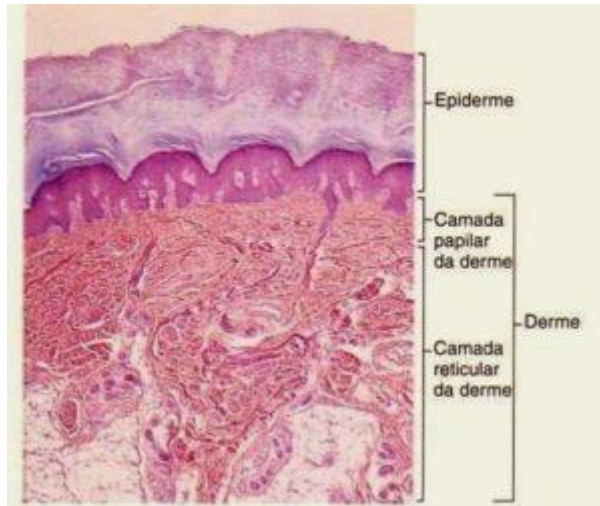


Figura 3 – Constituição e anatomia da derme, adaptado de <https://anatomia-papel-e-caneta.com/sistema-tegumentar/camada-papilar-e-reticular-da-derme/> [3].

Por último, o tecido subcutâneo dá suporte às estruturas vasculares e neurais, suprindo as camadas superficiais de pele.

A pele desempenha assim um papel importante contra a entrada de microrganismos nocivos, dada a sua função barreira, devido à presença de estruturas, como o estrato córneo e o filme hidrolípido de pH ácido, que reveste a superfície da pele. Também tem um papel essencial na regulação da imunidade através das células de Langerhans, que são células apresentadoras de antígeno, importantes no desenvolvimento de doenças alérgicas. Por fim, contribui ainda para regulação da temperatura e síntese de vitamina D, além de ser muito enervada por recetores de toque [1].

1.1. O envelhecimento

O envelhecimento populacional é definido a nível coletivo, com base na proporção da população de pessoas idosas na população total. Tendo isto em conta, em Portugal, considera-se pessoa idosa, a pessoa com 65 ou mais anos de idade [4].

O envelhecimento é um processo fortemente marcado por implicações sociais e psicológicas, no qual os cuidados dermocosméticos são maioritariamente ignorados. A maioria da população de idosos não consulta um dermatologista, ou porque são dependentes fisicamente, ou porque são economicamente dependentes da sua família. O envelhecimento bem-sucedido é caracterizado por uma boa saúde mental e satisfação com a vida [5].

O envelhecimento é caracterizado por uma perda progressiva da capacidade homeostática, afetando a todos numa taxa variável. Acredita-se que o processo de envelhecimento resulta em parte da herança genética, sendo influenciado por agentes, quer exógenos quer endógenos. Ao nível da pele, o envelhecimento manifesta-se por uma perda da atividade metabólica máxima e um aumento da sensibilidade ou suscetibilidade a certas doenças. Sabe-se que o índice de marcação de timidina na epiderme *in vivo* diminui cerca de 50% durante a vida e estudos de Schonrock documentaram um declínio de 23% por década na taxa de secreção de sebo. Para além disso, foi documentado uma redução da resposta vascular, através da avaliação clínica da vasodilatação e transdução após a aplicação de por exemplo, histamina. Outras funções da pele que diminuem com a idade são a renovação celular, a função barreira, a resposta à lesão, a perceção sensorial, termorregulação e produção de vitamina D [6].

Outra manifestação comum na população de idosos, é a diminuição da hipersensibilidade imediata. As células de Langerhans são responsáveis em grande parte pelo reconhecimento de antigénios estranhos. Com o envelhecimento há uma redução de 25 a 50 % no número de células de Langerhans epidérmicas, o que contribui para uma diminuição da resposta imune cutânea associada à idade [6].

As alterações epidérmicas associadas ao envelhecimento envolvem o achatamento da junção dermoepidérmica, sendo esta a mudança mais marcante no envelhecimento. Há uma redução no número de células de Langerhans e de melanócitos, e um declínio no número de melanosomas sintetizados, levando a diminuição da pigmentação da pele. As alterações dérmicas são caracterizadas pela redução das fibras colagénias e elásticas, fibroblastos, mastócitos e macrófagos, e dilatação dos gânglios linfáticos. As células mais afetadas no processo são os queratinócitos e os fibroblastos. A capacidade de cicatrização de feridas também é retardada na pele envelhecida, devido à redução dos processos metabólicos como a proliferação celular [6].

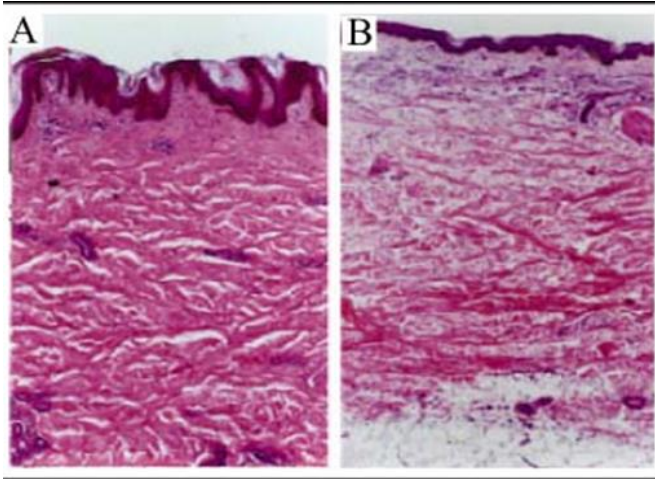


Figura 4 – Diferenças na anatomia da pele entre jovens (A) e pessoas idosas (B), corados com H&E, x1000.

Podemos notar as diferenças no achatamento progressivo da junção dermo-epidérmica e redução da acidófila na derme média que reflete a redução da densidade de fibras de colagénio [7]

O envelhecimento intrínseco da pele está associado às seguintes alterações: função da barreira da pele anormal, redução da biossíntese lipídica do estrato córneo, alteração da permeabilidade aos fármacos e xerose. Clinicamente, manifesta-se como agregados de corneócitos que tornam visualmente a pele opaca e áspera. A junção dermo-epidérmica, histologicamente, mostra achatamento das cristas interpapilares, e nas mulheres há um declínio acentuado no número de papilas dérmicas os entre 40 e 60 anos. As alterações bioquímicas observadas com o envelhecimento intrínseco da pele são na razão colagénio III: I, a desregulação de citocinas e diminuição da resposta aos fatores de crescimento, particularmente na família da interleucina-1 [8].

Um dos marcadores muitas vezes determinado para se estudar a composição da pele na população idosa é a perda transepidérmica de água (TEWL), que é um marcador da função barreira da pele e conseqüentemente da sua permeabilidade. Este valor não aumenta com a idade, mas até diminui ligeiramente e isto deve-se principalmente à diminuição do fluxo sanguíneo [9].

Com o envelhecimento, a pele sofre degeneração estrutural e funcional progressiva, que propicia uma diversidade de condições e doenças que podem ser graves, embora a maioria das alterações clínicas advenham da exposição crónica ao sol (o maior fator extrínseco de envelhecimento cutâneo). Apesar de as conseqüências negativas na pele poderem afetar todo o intervalo de idades, um maior risco recairá sobre a população de idosos, dado a sua capacidade reduzida de regenerar a pele.

Assim, é possível retardar significativamente o processo de envelhecimento visível, adotando medidas preventivas contra o fotoenvelhecimento e aproveitando muitos dos tratamentos/abordagens cosméticas disponíveis no mercado [10].

Podemos definir fotoenvelhecimento como uma condição macroscópica, microscópica e funcional da pele, que acontece em indivíduos sujeitos a uma exposição repetida e crónica à radiação de fontes solares ou artificiais [11]. O fotoenvelhecimento envolve mais intensamente a face, pescoço, ou superfície extensora das extremidades superiores [6]. Pensa-se que pode ser resultado de um mau funcionamento dos fibroblastos, que tem como consequência a quebra anormal de colagénio, elastina e da substância fundamental e ressíntese. Na derme papilar há substituição do colagénio normal por um material com características de coloração semelhantes à elastina, e também é caracterizada por fibras elásticas alteradas. O estrato córneo torna-se irregular, ocorre afinamento epidérmico, displasia de queratinócitos e alterações nas células dendríticas [11]. O fotoenvelhecimento e a formação do cancro de pele dependem da intensidade da radiação, da duração da irradiação e do grau de pigmentação da pele. O estimulador mais forte da pigmentação é a exposição à luz UV-B (comprimento de onda 280–320 nm) e, em menor grau, também luz UV-A (comprimento de onda 320–400 nm). A radiação UV-B leva principalmente à formação de cancro da pele. Por outro lado, a luz UV-A penetra mais profundamente na pele e leva a danos no tecido conjuntivo e à formação de rugas. No entanto, a luz UV-A também promove formação de cancro da pele [9].

As alterações cutâneas quimicamente detetáveis e associadas à idade são o resultado de dois processos independentes: a agregação cronológica (fatores intrínsecos) e a irradiação actínica (fatores extrínsecos). Com o envelhecimento sabe-se que há um aumento da produção de radicais livres levando ao stresse oxidativo [11]. A formação desses radicais ocorre devido à radiação UV, ao tabagismo e medicamentos, como os corticosteróides. As espécies reativas de oxigénio levam a danos nas proteínas e lípidos, presentes nas membranas celulares e ácidos nucleicos. Nesse sentido, fumar leva ao enrugamento mais acentuado da pele uma cor da pele amarelada acinzentada e pode promover a formação de carcinomas de pele. Ocasionalmente, o termo dermatoporose (análogo à osteoporose em ossos) pode ser atribuído para pele envelhecida com extensa descamação, hemorragias e feridas mal cicatrizadas [9].

1.1.1. Principais manifestações cutâneas nos idosos

O diagnóstico dermatológico mais comum na população de idosos é a pele seca também chamada de xerose cutânea. Esta condição pode ser incapacitante e os afetados, devido ao prurido causado, podem causar danos na pele e surgimento de eczema de desidratação. A pele seca ocorre principalmente na estação fria, em virtude de a capacidade de absorção de água estar reduzida no frio [9]. Também ambientes áridos comparativamente a climas húmidos, podem provocar crises de xerose e prurido e áreas quentes e húmidas podem resultar em mais casos de intertrigo [8].

As evidências disponíveis sugerem que a pele seca (*xerose cutis*) é uma das condições de pele mais frequente nesta população. Em ambientes de ambulatório, a prevalência de xerose pode variar de 6% a 77% [10].

As principais alterações provocadas pelo envelhecimento incluem *secura* (rugosidade e descamação), enrugamento e afrouxamento, pigmentações, telangiectasia e descamação, além de uma variedade de neoplasias pré-malignas e malignas. A gravidade destas mudanças varia consideravelmente entre os indivíduos, refletidos nas diferenças decorrentes da exposição solar e diferenças individuais na vulnerabilidade e capacidade de reparação da pele aos danos [6].

Outro grupo dos problemas de pele prevalentes nos idosos são lesões e feridas na pele e tecidos moles subjacentes. Devido a alterações anatômicas e fisiológicas na pele e tecido subcutâneo, em combinação com imobilidade e outras deficiências funcionais, esta população é especialmente propensa a desenvolver úlceras por pressão. Em ambientes de prestação de cuidados, a prevalência de úlceras por pressão varia entre 4% e 15%. Além disso, o aumento da prevalência de úlceras por pressão, também está associado a uma diminuição substancial da longevidade de vida, bem como a um aumento da incapacidade [10].

Medidas colorimétricas mostram que a pele das envelhecida é mais escura do que a pele jovem, mesmo em áreas não expostas ao sol. A atrofia epidérmica e o aumento da transparência podem contribuir para isso, levando a uma maior visibilidade dos componentes dérmicos. Algumas células pigmentadas, no entanto, particularmente em áreas danificadas pelo sol, tornam-se hiperativas, produzindo manchas de hiperpigmentação. Há uma redução progressiva da produção de sebo e também perda

de gordura e redistribuição da gordura existente no tecido subcutâneo resultando em alterações no contorno facial, na zona da barriga e ancas [11].

Os pelos do rosto, das orelhas e do nariz podem ficar mais grossos, enquanto o couro cabeludo e os pelos do corpo ficam brancos por perda da função das células pigmentadas. Vários crescimentos anómalos começam a aparecer à medida que a pele envelhece incluindo queratoses, queratoses actínicas e cancro da pele [11].

Algumas das condições que podemos encontrar são:

1. **Intertrigo:** Intertrigo é frequentemente visto em mulheres idosas. Clinicamente apresenta-se como maceração eritematosa nas dobras da pele. O tratamento para intertrigo envolve uma revisão completa com uma preocupação particular sobre a Diabetes Mellitus.
2. **Dermatite seborreica:** A dermatite seborreica frequentemente é vista e diagnosticada incorretamente ou totalmente negligenciada em idosos. Nas mulheres mais velhas que se queixam de erupção facial ou vermelhidão são muitas vezes diagnosticados pele seca ou rosácea, quando na verdade, pode ser dermatite seborreica. Apesar da dermatite seborreica estar presente em outras faixas etárias, torna-se mais comum com a idade avançada. A dermatite seborreica nesta população pode estar presente na zona genitocrural que imita *tinea cruris* ou intertrigo.
3. A **queratose actínica (CA)** é a lesão de pele mais comum pré-cancerígena. Ocorre principalmente em tipos de pele clara. Afeta mais de 50% da população de idosos com pele clara em climas quentes e ensolarados. Clinicamente, apresenta-se como escamas ásperas brancas sobrejacentes a uma mácula ou pápula castanho-avermelhada ou da cor da pele. As queratoses actínicas tem elevado risco de progressão para cancro de pele.
4. **Rosácea:** A rosácea é uma doença de pele comum que atinge o seu pico entre os 30 e 40 anos de idade. As mulheres são mais afetadas do que os homens nos estágios iniciais numa proporção de 3:1. A rosácea está associada com a elastose solar. Esta manifesta-se como pele que está difusamente espessada, grosseiramente enrugada, amarelada e inelástica. Histologicamente, não há perda de tecido elástico, mas há uma deposição de um material anormal, amorfo e fibrilar [8].

A anamnese deve ser baseada na presença de doenças internas, por exemplo no rim e o fígado, que também podem afetar a pele. Os sintomas podem ser secura, prurido, úlceras e cicatrização retardada [9].

1.1.2. Alterações cutâneas características das mulheres idosas

O ciclo celular normal da epiderme é de 26 a 42 dias e resulta em descamação das células da pele. No envelhecimento, a duração do ciclo celular aumenta porque a taxa de renovação epidérmica diminui de 30% a 50% entre a terceira e oitava décadas de vida. As células no estrato córneo superficial são mais velhas e podem ter a sua função reduzida [8].

A pele de mulheres na pós-menopausa apresenta-se, histologicamente, como uma epiderme afinada com achatamento da junção dermo-epidérmica. Mulheres com 65 ou mais anos demonstraram uma perda de aproximadamente 20% da espessura dérmica. Atualmente, acredita-se que as diminuições da espessura da pele observada com o envelhecimento são causadas por efeitos hormonais no colagénio, nas fibras elásticas e no conteúdo em ácido hialurónico dérmico. Essas alterações predominam em mulheres em comparação com os homens e por isso, foi tido o estrogénio como agente determinante na espessura das camadas da pele. Durante o período da menopausa, o colagénio diminui cerca de 30% após os primeiros 5 anos. Além disso, foi postulado que os glicosaminoglicanos, importantes na espessura dérmica, também podem ser afetados pelo estrogénio. Estudos mostram que os estrogénios tópicos podem preservar a espessura da pele aumentando o colagénio e glicosaminoglicanos. Um estudo demonstrou melhor elasticidade, firmeza e teor de humidade, e diminuição da profundidade das rugas. Embora os estudos indiquem que o estrogénio oral e tópico pode ser útil para evitar o afinamento da pele que ocorre com a menopausa, pode haver efeitos colaterais negativos para ambos. A suplementação de estrogénio pode ser contraindicada em algumas mulheres e deve ser usado sob supervisão médica [8].

1.1.3. Alterações cutâneas características do homem idoso

Os resultados mostram que, a fisiologia da pele masculina muda parcialmente com o envelhecimento. Portanto, a capacidade do estrato córneo de retardar a perda de água por evaporação não diminui com o envelhecimento em geral, mas a TEWL é significativamente maior em homens na faixa dos 50 anos. Este aumento temporário deve-se provavelmente aos afrontamentos causados por hipoandrogenismo progressivo. Pensa-se que as alterações relacionadas à idade na produção de lípidos são

bastante pequenas nos homens e sujeitos a maiores variações interindividuais. Enquanto a TEWL e produção de sebo pode permanecer bastante inalterado durante a vida, a hidratação do estrato córneo e o pH da superfície da pele são significativamente afetados pelo envelhecimento, resultando numa pele mais desidratada com menor capacidade de tamponamento [12].

1.1.4. Anexos da pele

O cabelo está sujeito a inúmeros fatores intrínsecos e extrínsecos, que influenciam as características dos folículos pilosos, resultando em alterações capilares tais como o embranquecimento e a queda de cabelo, comumente descritos em idosos. Não só com o envelhecimento existem alterações no crescimento e pigmentação da fibra capilar, mas também há alterações na produção de sebo, no diâmetro da fibra capilar e na densidade do cabelo. O embranquecimento e queda do cabelo resulta de uma diminuição da quantidade de melanócitos foliculares e do seu conteúdo de melanina e da diminuição da capacidade do corpo de combater o dano oxidativo, causado pelo tabagismo e pela exposição aos raios UV [13].

Com o envelhecimento as unhas sofrem com alterações na cor, contorno, crescimento, espessura e histologia. Estas alterações podem ser atribuídas à diminuição da taxa de renovação celular e a processos envolvendo a aterosclerose [14].

1.2. Cosméticos

Segundo o regulamento europeu dos cosméticos, “um produto cosmético é qualquer substância ou mistura destinada a ser posta em contacto com as partes externas do corpo humano (epiderme, sistemas piloso e capilar, unhas, lábios e órgãos genitais externos) ou com os dentes e as mucosas bucais, tendo em vista, exclusiva ou principalmente, limpá-los, perfumá-los, modificar-lhes o aspeto, protegê-los, mantê-los em bom estado ou corrigir os odores corporais” [15].

Através do estudo realizado pela Cosmetics Europe concluiu-se que, 72% dos consumidores europeus consideram os cosméticos e os produtos de higiene pessoal importantes ou muito importantes na sua vida quotidiana e cada consumidor utiliza, em média, mais de sete produtos cosméticos diferentes diariamente e quase 13 produtos cosméticos semanalmente, mostrando que os consumidores valorizam os produtos cosméticos que usam, tendo-os como fundamentais para melhorar a sua

qualidade de vida, aumentar a autoestima, bem como para as suas interações sociais [16].

Nas últimas décadas a percepção da necessidade de cuidados com a pele ampliou-se e muitos procuram alternativas para o alívio dos sintomas/condições da pele e adicionalmente, melhoria e restauração da função de barreira e da integridade da pele. O envelhecimento cutâneo pode ser encarado de diversas formas, consoante a idade as necessidades alteram-se e enquanto numa primeira fase os cuidados para uma pele suave de aparência saudável são o objetivo, numa fase mais avançada e com sinais de envelhecimento mais marcados, os objetivos são suavizar, restaurar, reforçar e proteger a pele danificada, intensificando-se assim os cuidados diários [10].

Os homens têm tradicionalmente sido esquecidos quando se trata de cosméticos e cuidados com a pele. No entanto, tem vindo a ocorrer uma alteração no perfil de consumo de cosméticos na população masculina, com o aumento da procura e desenvolvimento de produtos específicos para esta população [12].

Assim, os cosméticos para a pele envelhecida geralmente podem ser divididos em categorias em: cuidados faciais, cuidados para o corpo e cuidados capilares. Atualmente, existe uma infinidade de produtos com características comuns entre si e que serão mencionadas adiante [6].

Uma forma importante de prevenção do envelhecimento, passa também pela fotoproteção adequada a cada tipo de pele [11].

Os conceitos de hoje face ao processo natural de envelhecimento alteraram-se. A principal tendência é que não se fale mais de 'antienvelhecimento', mas de 'bem envelhecer' ou *Well aging*. Os consumidores encontram-se mais preocupados com a prevenção do aparecimento de manifestações cutâneas decorrentes do envelhecimento, com uma nova mentalidade pós-pandemia, focada em ingredientes de origem sustentável e medidas preventivas, em vez das tradicionais medidas corretivas [17], [18].

Atualmente, a maioria das mulheres com mais de 60 anos está mais disposta a uma abordagem de envelhecimento bem-sucedido, ou pró-envelhecimento, com produtos cosméticos preventivos que apoiam o processo de envelhecimento, em vez de produtos cosméticos que combatam o processo de envelhecimento da pele [18].

A utilização atual de cosméticos pela população jovem e ativa é muito maior do que era há alguns anos, pelo que esta população, os idosos do futuro, terá uma tendência para um maior consumo de cosméticos.

Com isto, a indústria farmacêutica procura incorporar os desejos da população de idade avançada (com mais de 65 anos) no desenho de cosméticos, havendo necessidade de alterar a terminologia a utilizar e evitar a palavra idoso, incorporando a ideia de idade avançada e de bem envelhecimento.

Ao longo deste trabalho foi utilizada a terminologia “população idosa” (termo clínico e populacional) como sinónimo da terminologia “população de idade avançada” (termo mais adaptado a tendência de comunicação no âmbito cosmético).

1.2.1. Cuidados para o rosto

Grande parte dos cosméticos indicados para as pessoas idosas baseiam-se no cuidado da pele seca, típica desta população. Assim, muitas formulações contêm agentes humectantes que auxiliam nos efeitos transitórios de hidratação da pele.

Um dos princípios ativos que revolucionou os cuidados na pele envelhecida, que tinha como indicação inicial o acne facial, foi o efeito do ácido all trans retinóico na aparência clínica e histológica da pele envelhecida [6]. O Ácido retinóico deriva da vitamina A e tem um papel importante na modulação de processos como proliferação, diferenciação e morte. O retinol é considerado o precursor primário dos retinóides, sendo formado no meio intracelular durante o metabolismo oxidativo do ácido retinóico, sendo utilizado como ingrediente em produtos cosméticos antienvhecimento [19].

Alguns dos agentes considerados rejuvenescedores também podem ser usados como agentes queratolíticos, dependendo da concentração prescrita. Um destes agentes pode ser o ácido glicólico, que pertence à família dos alfa-hidroxiácidos, frequentemente usado por dermatologistas. Em baixas concentrações, podem ser usados com segurança, diariamente, em casa, para o tratamento de acne, correção de cicatrizes superficiais e fotoenvelhecimento. Em concentrações mais elevadas, são usados como agentes de peeling e a sua utilização deve ser restrita a profissionais com formação adequada. O ácido glicólico pode também ser usado em combinação com esfoliantes, como o ácido tricloroacético e ácido láctico. O ácido salicílico, ácido retinóico, ácido

tricloroacético, resorcinol e fenol são outras das substâncias que podem ser utilizadas para peelings em pele fotoenvelhecida [11].

Os produtos de limpeza, que contêm substâncias com ação detergente, levam a uma quebra dos lípidos da camada queratinosa, de modo que as substâncias naturais que retêm a humidade, também são removidas no processo. Isto pode ser evitado, usando produtos que contenham agentes adequados, como uso de tensoativos anfotéricos ou não iónicos e reduzindo a frequência e intensidade da sua aplicação. Os produtos de limpeza faciais para peles maduras são geralmente suaves e ricos em substâncias ricas em lípidos [6].

As formulações à base de tensoativos, que proporcionam uma limpeza suave, tais como os surfactantes anfotéricos, as betaínas, os sulfosuccinatos e vários tipos de alquopoliglicose, são os mais indicados atualmente. Além disso, as formulações constituídas por emulsões óleo-água (O/A) contêm humectantes, para garantir uma boa eficácia de limpeza, mas sem secar a pele em demasia [6].

1.2.2. Cuidados para o corpo

Para tratamentos corporais, podem ser utilizadas emulsões (A/O), que combinam efeitos oclusivos, emolientes e humectantes que conferem hidratação à pele. Assim, substâncias como ureia, sais de ácido carboxílico de pirrolidona e agentes humectantes, como alfa-hidroxiácido e ácido hialurónico, um hidratante altamente eficiente, são frequentemente encontrados. Glicerina, propilenoglicol e outros polióis podem contribuir também para o efeito de humectação da pele, mas em demasia podem retirar a água das camadas mais profundas da pele, não tendo um efeito benéfico [6].

Os lípidos polares e apolares são frequentemente usados em formulações de cuidados com o corpo, pois são utilizados como emolientes, como lipídios protetores e como formadores de estrutura das bicamadas cristalinas líquidas entre os corneócitos. Essas três funções são geralmente desempenhadas por álcoois gordos, ácidos gordos e ésteres de cadeia curta e longa, juntamente com triglicerídeos e ceras. Efeitos relevantes advêm de estes serem frequentemente entregues por lipossomas, contendo fosfolipídios esfingolipídios e ceramidas e levam aos efeitos desejados a longo prazo. Isso é atribuível a uma capacidade de ancoragem de transportadores ativos e/ou ingredientes encapsulados e a sua libertação prolongada [6].

Os aditivos de banho geralmente contêm uma mistura de vários compostos aniônicos, não iônicos e anfotéricos. Numerosos agentes superdesengordurantes, agentes solubilizantes e extratos de plantas também são encontrados em produtos desta categoria. No entanto, apenas um banho de óleo para a pele madura pode fornecer limpeza e maciez à pele ao mesmo tempo, sem danificar a pele. Para casos sérios de xerose, as inclusões de banhos de óleo são indispensáveis. Enquanto isso, uma variedade de produtos para banho também contém grandes quantidades de agentes oleosos, garantindo assim sua boa compatibilidade com a pele e baixo potencial de secagem [6].

1.2.3. Cuidados para o cabelo

Entre a população idosa pode haver pessoas com dificuldade na lavagem do seu cabelo de forma eficiente, lavando menos vezes o cabelo e menos bem, devido a dificuldades motoras, conseqüentes do envelhecimento. Estas situações podem desencadear, juntamente com outros fatores, o desenvolvimento de dermatite seborreica e foliculite bacteriana, frequentes nesta faixa etária. Como a maioria dos champôs pode ressecar e irritar o couro cabeludo desta população, os produtos cosméticos capilares mais adequados não devem ser irritantes para o couro cabeludo, nem remover em demasia a oleosidade capilar, além de não irritarem os olhos. Assim, a preferência deve ser sempre com base em champôs com tensioativos não iônicos, suaves e hidratantes [20].

2. Objetivos deste estudo

Este estudo teve como objetivos gerais conhecer os hábitos e perspectivas de uso de produtos cosméticos na população idosa (idade igual ou superior a 65 anos em 2023), através do preenchimento de um questionário pelas mesmas e pelos cuidadores.

Pretendeu-se assim, avaliar as perspectivas desta população quanto aos seguintes tópicos:

- Identificar e caracterizar as alterações de hábitos nos cuidados da pele motivadas pela senescência;
- Identificar e caracterizar a procura de aconselhamento específico para o uso de cuidados cosméticos com o avançar da idade;
- Identificar os inconvenientes nos produtos de uso cutâneo (cosméticos) utilizados;
- Identificar produtos de uso cutâneo (cosméticos) utilizados por esta população.

3. Metodologia

3.1 Tipo de estudo

Este estudo é do tipo descritivo, onde se pretende estimar parâmetros relacionados com o uso de produtos cosméticos na população idosa. Posto isto, foram desenvolvidos e aplicados dois questionários, sendo um destinado a idosos e outro destinado aos cuidadores. O processo de recolha dos dados garante a confidencialidade e o anonimato de quem responde.

Os questionários encontram-se disponíveis no apêndice 1.

3.2 Considerações éticas

O estudo n.º CE-UBI-Pj-2023-042-ID1827 apresentado mereceu parecer favorável pela Comissão de Ética da Universidade da Beira Interior (Anexo 4).

3.3 Amostra de estudo

De forma a podermos avaliar o impacto do uso de cosméticos na população de idosos, estipulou-se que a amostra apenas podia ser constituída por pessoas com idade igual ou superior a 65 anos e/ou pessoas cuidadoras desta população (critérios de inclusão). O tamanho da amostra foi estimado tendo em conta a prevalência de pessoas com idade igual ou superior a 65 anos em Portugal (2 423 639) e a população portuguesa (10343066), segundo os Censos de Portugal, com um intervalo de confiança de 95% e um erro de 5%, no que se estimou que seriam necessárias cerca de 275 respostas [21].

Este cálculo foi realizado através da app da Epinfo® disponível online, onde foram integrados os dados acima descritos. Apesar deste cálculo ajudar a presumir o número ideal de respostas, não foi estimado um número mínimo de questionários para viabilizar o estudo.

Os dados foram recolhidos do dia 25 de julho de 2023 a 21 de setembro de 2023.

3.4 Procedimentos

Foram desenvolvidos para este estudo, dois questionários anónimos e confidenciais, de forma a recolher informações sobre o uso de cosméticos pelos idosos, relativamente aos hábitos de uso e preferências quanto a produtos de aplicação cutânea.

Os questionários desenvolvidos (apêndice 1) são compostos por 52 questões, no caso do questionário relativo aos cuidadores, 51 delas são obrigatórias, sendo 33 questões de escolha múltipla, 19 de resposta múltipla e nenhuma de resposta aberta. O questionário direcionado aos idosos é composto por 52 questões, 49 delas são obrigatórias, 33 são de escolha múltipla, 18 de resposta múltipla e 1 de resposta aberta.

As questões desenvolvidas foram projetadas com o intuito de se obter o máximo de informação possível, visto que em Portugal até à data não existe nenhum estudo publicado no mesmo âmbito. Uma vez delineado o questionário e preenchido o formulário, este foi submetido à comissão de ética da UBI, da qual se obteve o parecer de aprovação. Posto isto, o questionário foi carregado num formulário do Google (Google forms®). Antes de ser disponibilizado à população geral foi sujeito a um pré-teste num pequeno grupo de pessoas (10 pessoas), possibilitando a correção de eventuais dificuldades de entendimento pelas pessoas que a ele respondessem. Após a realização do pré-teste e as críticas recebidas, estas foram analisadas e procedeu-se às alterações necessárias. O questionário foi divulgado em farmácia comunitária e por envio disseminado de emails, para as diferentes universidades séniores, centros de dia, lares e grupos de voluntariado portuguesas, encontrados nas redes sociais, como o (Facebook®). Foi, ainda, divulgado através das redes sociais (Facebook®). Para promoção do questionário em farmácia comunitária foram contactadas farmácias na zona de residência da investigadora em questão, de forma a conseguir adquirir um maior número de respostas, através da divulgação do link de acesso ao questionário online. No que concerne à análise dos dados do inquérito foi realizada uma análise descritiva, usando parâmetros como a frequência da amostragem e utilizando o Microsoft Office Excel, Versão 2101, para tratamento de dados.

4. Resultados

Foi realizado um pré-teste dos questionários com uma amostra de 10 pessoas, de forma a identificar quais as perguntas que suscitavam dúvidas quanto à interpretação. Houve 2 perguntas reformuladas, de maneira que pudessem ser de múltipla escolha, em vez de escolha múltipla e foram retiradas duas perguntas em que a informação poderia levar os respondentes a contradizerem-se.

Após a aplicação do questionário, presente no Apêndice 1, (no período de 25 de julho a 21 de setembro de 2023) obtiveram-se 235 respostas, das quais 216 correspondem ao

questionário destinado aos idosos e 19 correspondem ao questionário destinado aos seus cuidadores. Devido à dificuldade de adesão por este tipo de população, ficámos aquém do número estimado de respostas ao questionário, que seria de 275, para um nível de confiança de 95% e 5% de erro. Assim, para 235 respostas obtemos um nível de confiança de 95% e erro de 5,4%.

4.1. Análise dos resultados do questionário

4.1.1. Caracterização sociodemográfica das amostras

Através da aplicação do questionário destinado a idosos (idade igual ou maior que 65 anos) obtiveram-se 216 respostas completas.

Da análise da Tabela 1 verificamos que a maioria dos respondentes, são do sexo feminino (N=161, 74,5%), têm idade compreendida entre os 65 a 75 anos (N=123, 56,9%), habitam em meio urbano (N=177, 81,9%) e o distrito de residência com maior prevalência em Portugal é Viseu (N=161, 74,5%). Estes resultados corroboram com o expectável, já que a maioria da população com idade igual ou superior a 65 anos é do sexo feminino (1 386 851), maioria da população idosa em Portugal encontra-se nesta faixa etária e o distrito com maior afluência é Viseu e Castelo Branco, que correspondem às regiões em que os investigadores do estudo têm maior influência e presença, por corresponderem às suas áreas de residência [21], [22]. Apesar disso, obtiveram-se respostas de pessoas idosas que habitam em mais de 11 distritos de Portugal Continental.

No que diz respeito ao grau de escolaridade, a maior parte frequentou até ao 9º ano (3º ciclo do ensino básico) (N=52, 24,1%) e também grande parte desta população encontra-se aposentada ao momento (N=164, 75,9%). Do total, 45 dos respondentes apresentam grau de escolaridade correspondente a licenciatura ou superior. No que toca à situação residencial (onde habita), 146 dos inquiridos residem em casa própria (proprietário ou arrendatário) (67,6%) e dentro dos que residem em casa própria, 86 respondentes vivem acompanhados. Dos que vivem acompanhados e em casa própria (N=86), 73 residem com os seus companheiros(as) (86,9%). Quanto ao seu estado civil, cerca de 85 respondentes estão casados (39,4%) e cerca de 105 consideram-se autónomos na sua rotina diária (48,6%).

Tabela 1 – Caracterização demográfica da amostra das pessoas idosas (N=216).

	N	%
Idade		
Entre 65 a 75 anos	123	56,9
Entre 75 a 80 anos	69	31,9
Entre 80 a 85 anos	20	9,3
Entre 85 a 90 anos	3	1,4
Mais de 90 anos	1	0,5
Sexo		
Feminino	161	74,5
Masculino	54	25
Não respondo	1	0,5
Residência		
Meio rural	39	18,1
Meio urbano	177	81,9
Distrito de residência		
Aveiro	2	0,9
Beja	2	0,9
Braga	3	1,4
Castelo Branco	11	5,1
Coimbra	3	1,4
Évora	4	1,9
Leiria	1	0,5
Lisboa	4	1,9
Portalegre	1	0,5
Porto	11	5,1
Santarém	11	5,1
Setúbal	2	0,9
Viseu	161	74,5
Grau de escolaridade		
Analfabeto	4	1,9
4ºano (1º ciclo do ensino básico)	33	15,3
6ºano (2º ciclo do ensino básico)	44	20,4
9ºano (3º ciclo do ensino básico)	52	24,1
12ºano (ensino secundário)	38	17,6

	Licenciatura	36	16,7
	Mestrado	6	2,8
	Doutoramento	3	1,4
Situação profissional			
	Em emprego ativo	21	9,7
	Aposentado	164	75,9
	Aposentado, mas que se encontra a trabalhar	31	14,4
Situação residencial (onde habita)			
	Casa própria (proprietário ou arrendatário)	146	67,6
	Casa de familiares	59	27,3
	Lar	10	4,6
	Casa de acolhimento	1	0,5
Dos que responderam casa própria (N=146)			
	Vive sozinho	60	41,1
	Vive acompanhado	86	58,9
Dos que responderam que vivem acompanhados (N=86)			
	Companheiro(a)	73	86,9
	Filhos	5	5,9
	Companheiro(a) e filhos	3	3,6
	Companheiro(a) e netos	1	1,2
	Irmão(a)	1	1,2
	Companheiro(a) e sogros	1	1,2
Estado civil			
	União de facto	14	6,5
	Solteiro(a)	51	23,6
	Casado(a)	85	39,4
	Divorciado(a)	25	11,6
	Viúvo(a)	41	19
Autonomia e capacidade de locomoção			
	Autónomo	105	48,6
	Parcialmente dependente (precisam de cuidados, porém conseguem realizar totalmente ou parcialmente as atividades quotidianas, necessitando apenas de algum auxílio para uma ou outra situação)	100	46,3
	Dependente (precisa de um auxílio	11	5,1

integral e acompanhamento de profissionais para realizarem as atividades da vida quotidiana)

Através da aplicação do questionário aplicado aos cuidadores de pessoas idosas obtiveram-se 19 respostas completas. Da análise da Tabela 2 verificamos que, a maioria dos cuidadores são do sexo masculino (N=13, 68,4%) e a maioria das pessoas idosas também (N=11, 57,9%). Habitam em meio urbano (N=14, 73,7%) e o distrito de residência com maior prevalência em Portugal é Castelo Branco (N=8, 42,1%), que corresponde às áreas de residência das investigadoras. No que diz respeito ao grau de escolaridade, a maior parte é licenciada (N=9, 47,4%), profissional de saúde (N=16, 84,2%) e possui uma formação específica para prestar este tipo de cuidado (N=10, 52,6%), como formação dentro do curso profissional (N=8, 72,7%). No que toca à situação residencial da pessoa idosa (onde habita), 15 deles residem em casa própria (proprietário ou arrendatário) (78,9%). Falando da autonomia e capacidade de locomoção da pessoa idosa, 10 cuidadores consideram-nos autónomos nas suas atividades (N=10, 52,6%). Quanto ao parentesco com os seus cuidadores, 16 deles são seus familiares (84,2%).

Tabela 2 – Caracterização demográfica da amostra total de cuidadores de pessoas idosas (N=19).

	N	%
Sexo do cuidador		
Masculino	13	68,4
Feminino	6	31,6
Residência do cuidador		
Meio rural	5	26,3
Meio urbano	14	73,7
Distrito de residência do cuidador		
Bragança	1	5,3
Castelo Branco	8	42,1
Lisboa	2	10,5
Santarém	1	5,3
Viseu	7	36,8
Grau de escolaridade do cuidador		
9º ano (3º ciclo do ensino básico)	1	5,3
12º ano (ensino secundário)	3	15,8
Licenciatura	9	47,4
Mestrado	6	31,6
Situação residencial da pessoa idosa (onde habita)		
Casa própria (proprietário ou	15	78,9

arrendatário)		
Casa de familiares	3	15,8
Lar	1	5,3
Casa de Acolhimento	0	0
Autonomia e capacidade de locomoção da pessoa idosa		
Autônomo	10	52,6
Parcialmente dependente (precisa de cuidados, porém consegue realizar totalmente ou parcialmente as atividades cotidianas, necessitando apenas de algum auxílio para uma ou outra situação)	7	36,8
Dependente (precisa de auxílio integral e acompanhamento de profissionais para realizar as atividades da vida cotidiana)	2	10,5
É familiar?		
Sim	16	84,2
Não	3	15,8
Sexo da pessoa idosa de que cuida		
Masculino	11	57,9
Feminino	8	42,1
Profissão do cuidador		
Profissional de saúde	16	84,2
Cuidador a tempo inteiro	2	10,5
Escritório	1	5,3
Formação específica para prestar este tipo de cuidado		
Sim	10	52,6
Não	9	47,4
Se sim, que tipo de formação (N=10)		
Formação dentro do curso profissional	8	72,7
Pós-graduação	2	18,2
Formação em congresso	1	9,1
Curso não conferente de grau	2	18,2

4.1.2. Análise dos hábitos de consumo de produtos cosméticos e necessidade de mudança na população idosa

A maioria da população de idade igual ou superior a 65 anos, respondeu à questão “Utiliza cosméticos (como cosméticos entende-se sabonetes, gel de banho, creme hidratante – rosto, corpo, mãos, pés, perfume, pasta dentífrica, maquiagem, tinta de

cabelo permanente ou temporária, entre outros)?” afirmativamente (N=212, 98,1 %), sendo que apenas 4 pessoas (1,9 %) responderam que não utilizam cosméticos. Estes resultados vão ao encontro do previsto, uma vez que é inevitável, aquando da rotina de higiene e beleza, a utilização deste tipo de produtos na pele ou no cuidado bucal.

Relativamente à utilização de produtos cosméticos pelos cuidadores, todos os cuidadores que responderam ao respetivo questionário afirmam que utilizam cosméticos na rotina diária dos seus cuidados (N=19, 100%), como o previsto.

4.1.2.1. População que não utiliza cosméticos

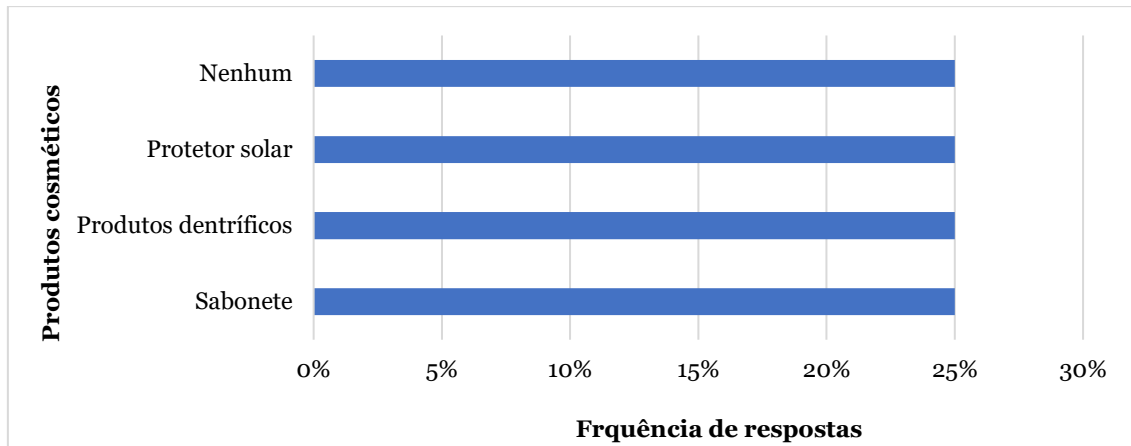
4.1.2.1.1. Motivos apresentados para a não utilização deste tipo de produtos

Um pequeno número de inquiridos, no questionário relativo à população de idosos, referiu não utilizar cosméticos (N=4), sendo que 2 pessoas consideram que são caros (50%), 1 pessoa considera que não gosta de utilizar cosméticos (25%) e por fim, 1 pessoa considera-os inúteis (25%). Com estes resultados podemos concluir que, os inquiridos que responderam a esta questão, não conhecem a definição de produtos cosméticos e que tipo de produtos estão definidos e abrangidos por esta categoria, visto que a manutenção de hábitos de higiene básicos exige a utilização de cosméticos. Este resultado evidencia a baixa literacia destes respondentes, relativamente aos conceitos relacionados com cosméticos.

4.1.2.1.2. Intenção de utilizar produtos cosméticos na rotina de higiene/beleza

Para aqueles que não utilizam cosméticos, 3 dos inquiridos consideram não vir a utilizar produtos cosméticos (75%) e 1 pessoa considera vir a utilizar este tipo de produtos na sua rotina da pele (25%).

Relativamente à pergunta “Quais dos seguintes produtos pretende vir a utilizar? (assinale TODOS os que pretende usar)”, no caso do sabonete (25%), do gel de banho (25%), da pasta dentífrica/produtos para próteses dentárias (25%) e do protetor solar (25%) obteve-se 1 resposta em cada, sendo que houve 1 resposta (25%) em que a pessoas não pretende utilizar nenhum dos produtos cosméticos citados na pergunta (gráfico 1).



gr

Gráfico 1 – População de idosos que refere não utilizar cosméticos: “Quais dos produtos cosméticos tabelados considera vir a utilizar na sua rotina da pele?” (permitida a seleção de mais do que uma opção) (N=4 respondentes idosos e N=4 respostas).

As respostas, apesar de não se revestirem de significado estatístico, causaram surpresa já que, a formulação da pergunta tinha por principal objetivo permitir a definição de cosméticos e fazer com que os inquiridos percebessem que os cosméticos já são usados na sua rotina diária. Não é expectável que os produtos cosméticos do tipo pasta dentífrica ou sabonete não sejam utilizados como rotina na vida da população em geral, incluindo a população idosa.

Para quem respondeu que não utiliza, nem pretende utilizar cosméticos, o questionário terminou nesta pergunta.

4.1.2.2. População que utiliza cosméticos

4.1.2.2.1. Preferência e duração da utilização de marcas de produtos cosméticos

De entre a população de idosos que utiliza produtos cosméticos (N=212), conforme apresentado no gráfico 2, 70 pessoas responderam que gostam de manter a marca de cosméticos que utilizam para todos os tipos (33%), 79 inquiridos gostam de manter apenas para alguns tipos (37,3%), 22 não gostam de mantê-la (10,4%) e por fim, para 41 pessoas manter a marca de cosméticos é indiferente (19,3%).

Já de entre as 19 respostas obtidas no questionário relativo a cuidadores, 6 cuidadores afirmam que gostam de manter a marca de cosméticos que utilizam nos idosos para todos os tipos de cosméticos (31,6%), 8 inquiridos gostam de manter apenas para

alguns tipos (42,1%) e por fim, para 5 pessoas manter a marca de cosméticos é indiferente (26,3%) (gráfico 2).

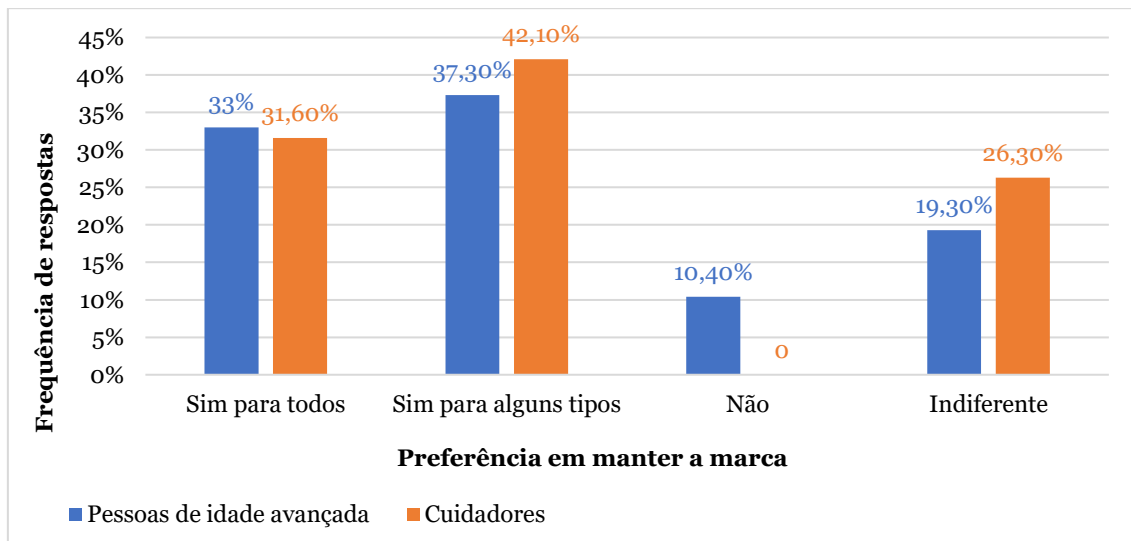


Gráfico 2 – Preferência em manter a marca de cosméticos na sua rotina da pele (N=212 respondentes idosos) e (N=19 cuidadores).

Para a população idosa que respondeu que gosta de manter a marca de cosméticos que utiliza (N=149) (gráfico 3), 39 pessoas utilizam a mesma marca de cosméticos desde sempre (26,2%), enquanto 73 já mantêm há mais de um ano (49%). Por fim, 37 pessoas mantêm, em média, há menos de um ano a mesma marca (24,8%).

Já os cuidadores que responderam que gostam de manter a marca de cosméticos que utilizam (N=14), 4 pessoas utilizam a mesma marca de cosméticos desde sempre (28,6%), enquanto 8 já mantêm há mais de um ano (57,2%) e apenas 2 cuidadores mantêm há menos de 1 ano (14,2%) (gráfico 3).

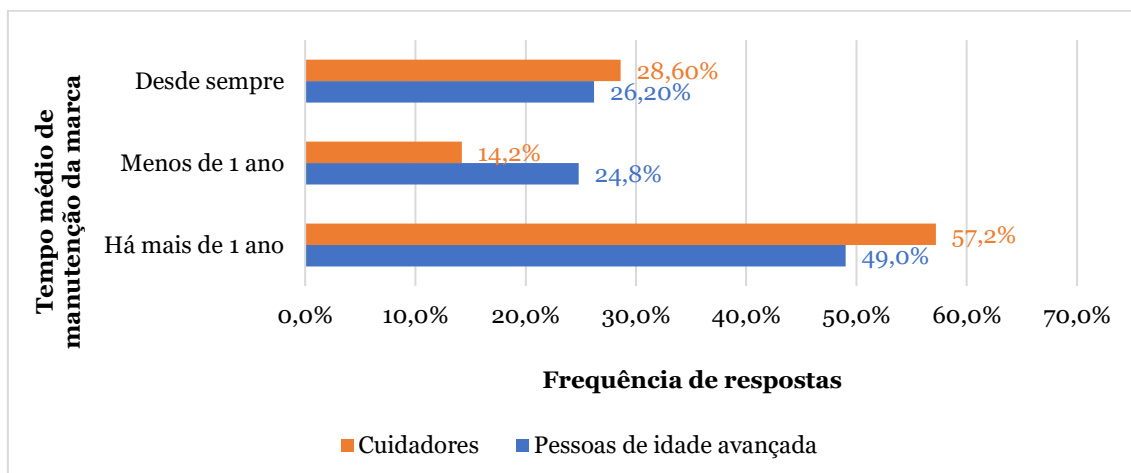


Gráfico 3 – Tempo médio de manutenção da marca de cosméticos pela população que se refere fiel a uma marca (N=149 para a população idosa) e (N=14 para a população dos cuidadores).

4.1.2.2.2. Locais de aquisição de produtos cosméticos e sua tipologia

No que se refere ao local em que a população idosa costuma adquirir os seus produtos cosméticos, 174 indivíduos responderam que adquirem, normalmente em supermercados (82,1%), 112 adquirem em farmácias (52,8%), 70 inquiridos compram em parafarmácias (28,3%), 69 em perfumarias (32,5%) e 20 pessoas através da internet (9,4%).

No que toca ao local em que os cuidadores costumam adquirir os produtos cosméticos, 15 responderam que adquirem, normalmente em farmácias (78,9%), 14 adquirem em supermercados (73,7%), 7 inquiridos compram através da internet (36,8%), 2 em parafarmácias (10,5%) e 1 pessoas em perfumarias (5,3%) (gráfico 4).

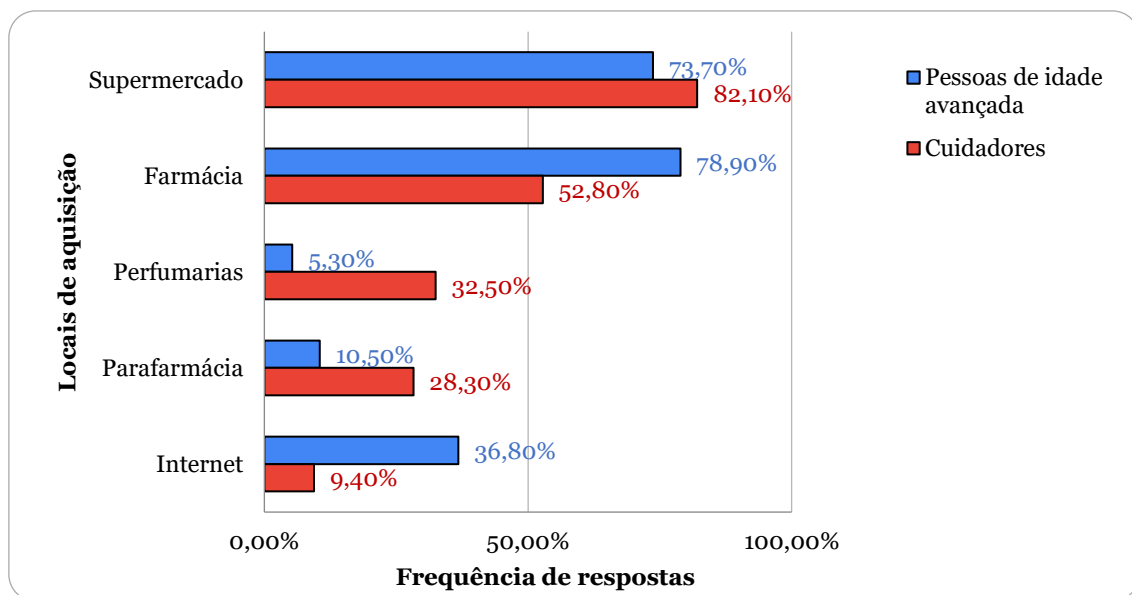


Gráfico 4 – Locais de aquisição de produtos cosméticos (permitida a seleção de mais do que uma opção) (N=212 respondentes e N=445 respostas para a população idosa) e (N=19 respondentes e N= 39 respostas para a população de cuidadores).

Para a população idosa que selecionou que costuma comprar cosméticos em farmácia ou parafarmácias (N=172), os produtos mais adquiridos em farmácia foram cremes de rosto (N=66), pastas dentífricas/produtos para próteses dentárias (N=51), cremes para as mãos (N=49) e protetores solares (N=49). Relativamente aos produtos adquiridos em parafarmácias, os produtos mais adquiridos foram pastas dentífricas/produtos para

próteses dentárias (N=27), cremes de rosto (N= 22), desodorizantes/antitranspirantes (N=21) e cremes para os pés (N=20) (gráfico 5).

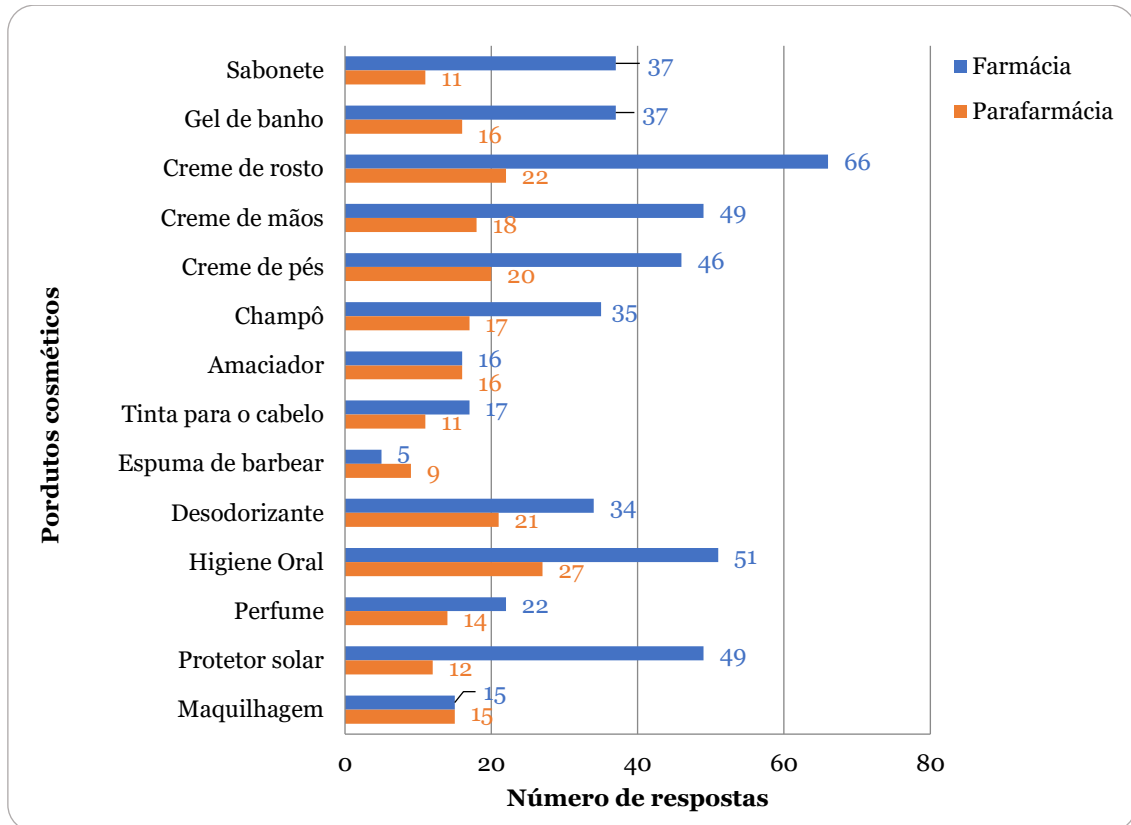
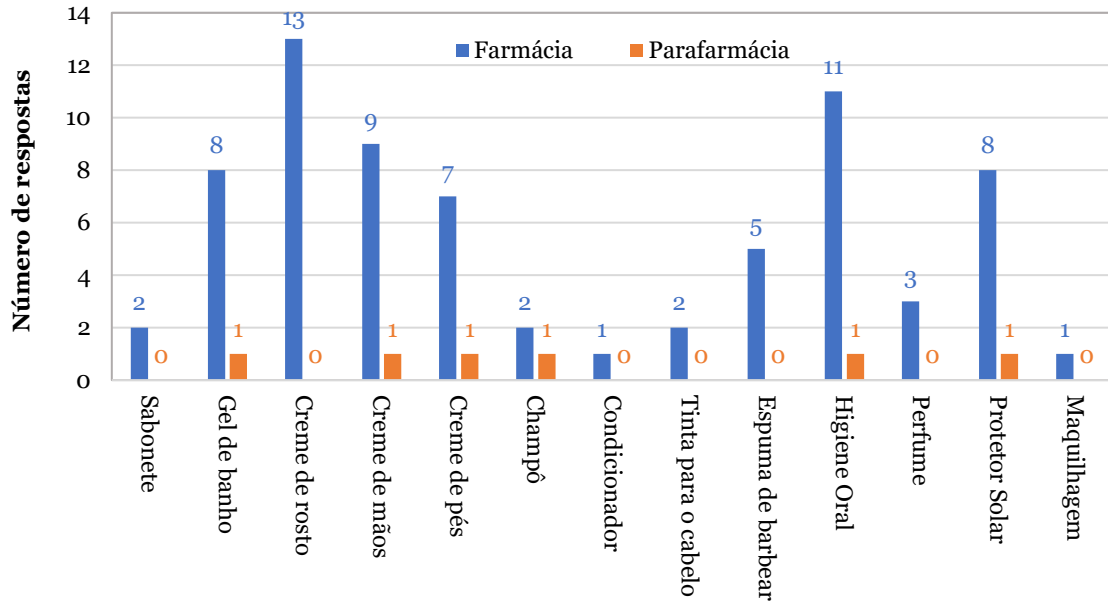


Gráfico 5 – Distribuição dos produtos cosméticos adquiridos pela população idosa em farmácias e/ou parafarmácias (permitida a seleção de mais do que uma opção) (N=172 respondentes e N=708 respostas).

Para os cuidadores que selecionaram que costumam comprar cosméticos em farmácia ou parafarmácias (N=17), os produtos mais adquiridos em farmácia foram cremes de rosto (N=13), pastas dentífricas/produtos para próteses dentárias (N=11), cremes para as mãos (N=9), gel de banho (N=8) e protetores solares (N=8), como podemos analisar através do gráfico 6. No que concerne aos produtos adquiridos em parafarmácias, os produtos adquiridos neste tipo de estabelecimento foram pastas dentífricas/produtos para próteses dentárias (N=1), cremes de rosto (N=1), gel de banho (N=1), creme de mãos (N=1), champô (N=1) e cremes para os pés (N=1) (gráfico 6).



Produtos cosméticos

Gráfico 6 – Distribuição dos produtos cosméticos adquiridos em farmácias e/ou parafarmácias por cuidadores de pessoas idosas (permitida a seleção de mais do que uma opção (N=17 respondentes e N=78 respostas)).

4.1.2.2.3. Unidades monetárias gastas em média na compra de produtos cosméticos

Relativamente à pergunta “Quanto dinheiro gasta, em média, em cada unidade de produto para limpar o corpo e hidratar o corpo (gel de banho e creme hidratante)?”, obtivemos 212 respostas do questionário relativo à população idosa, expressas na tabela 3. Maior parte dos indivíduos (N=70, 33%) gasta em média, por unidade de produto para limpar o corpo e hidratar o corpo (gel de banho e creme hidratante) entre 5 a 10 euros.

No que toca à população de cuidadores, das 19 respostas obtidas, 8 cuidadores gastam entre 5 a 10 euros (42,1%), 6 cuidadores entre 10 a 20 euros (31,6%), 4 deles entre 20 a 30 euros (21,1%) e apenas 1 deles gasta mais de 30 euros (5,3).

Tabela 3 – Distribuição de gasto monetário médio por unidade de produto para limpar o corpo e hidratar o corpo (gel de banho e creme hidratante) (N=212 para a população idosa) e (N=19 para a população dos cuidadores).

	PESSOAS IDOSAS	CUIDADORES
Menos de 5 euros	7,5%	0%
Entre 5 a 10 euros	33%	42,1%

Entre 10 a 20 euros	31,3%	31,6%
Entre 20 a 30 euros	19,3%	21,1%
Mais de 30 euros	8,5%	5,3%
Não gasto dinheiro em cosméticos	0,5%	0%

4.1.2.2.4. Motivos para a utilização de cosméticos

Quando questionado à população idosa os motivos que os levaram a consumir os produtos cosméticos, utilizados habitualmente na sua rotina, um dos maiores motivos passa por utilizar os produtos para cuidados de higiene (N=155, 73,1%).

Além disso, 94 pessoas (44,3 %) alegam que a sua utilização os faz sentir melhor com a sua pele, 78 dizem que sentem que os cosméticos ajudam a cuidar de si mesmo e a aumentar a sua autoestima (36,8%) e 70 pessoas acreditam que utilizar cosméticos tem um impacto na perceção dos outros em relação a si e à sua imagem (33%). De entre os motivos pelos quais utilizam produtos cosméticos, uma menor percentagem diz que os utiliza, ou por motivos saúde (N=1, 0,5%) ou por indicação médica (N=1, 0,5%).

A principal razão pela qual os cuidadores utilizam produtos cosméticos na rotina da pele da pessoa idosa é para que esta se sinta melhor com a sua pele (N=19, 100%), segundo o gráfico 7.

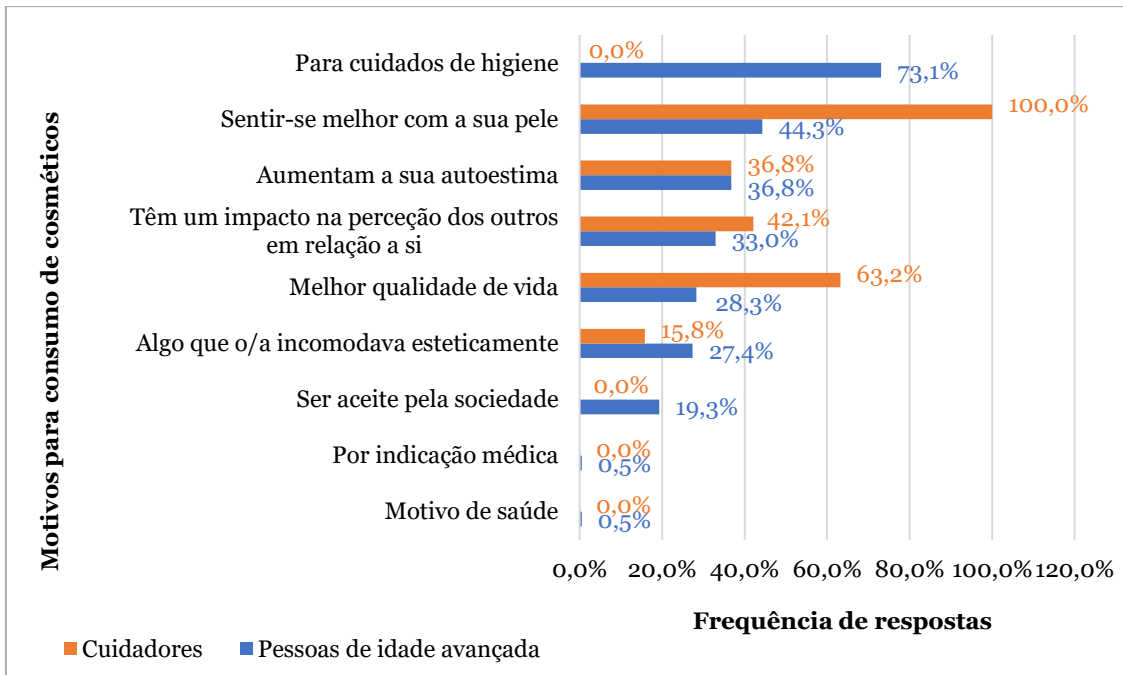


Gráfico 7 – Motivos que levaram os respondentes a consumir cosméticos (permitida a seleção de mais do que uma opção) (N=212 respondentes e N=558 respostas para a população idosa) e (N=19 respondentes e N=49 respostas para a população de cuidadores).

4.1.2.2.5. Marcas de produtos cosméticos mais utilizadas

De entre as marcas mais utilizadas pela população idosa (tabela 4), a marca Nivea® é a mais utilizada por esta população (N=115, 54,2%), indo ao encontro do esperado, já que o local de aquisição preferencial deste tipo de produtos é o supermercado. Seguidamente temos a ATL® (N=53, 25%), a Avène® (N=50, 23,6%) e Neutrogena® (N=50, 23,6%), marcas consideradas dermocosméticas.

Dentro das marcas mais utilizadas na prestação de cuidados, a marca mais utilizada é também a Nivea® (N=16, 84,2%).

A tabela 4 mostra os resultados obtidos no questionário e a categorização do local de venda habitual de cada marca.

Tabela 4 – Marcas mais utilizadas na rotina da pele (permitida a seleção de mais do que uma opção) (N=212 respondentes e N=770 respostas para a população idosa) e (N=19 respondentes e N=53 respostas para a população de cuidadores).

	Pessoas idosas	Cuidadores	Local de aquisição
Nivea®	54,2%	84,2%	Supermercado

	Pessoas idosas	Cuidadores	Local de aquisição
ATL®	25%	21,1%	Farmácia
Avène®	23,6%	21,1%	Farmácia
Neutrogena®	23,6%	5,30	Supermercado
Corine de farme®	21,2%	10,5%	Supermercado
La Roche Posay®	20,8%	15,8%	Farmácia
A-derma®	20,3%	15,8%	Farmácia
Lierac®	19,8%	10,5%	Farmácia
Uriage®	19,3%	15,8%	Farmácia
Vichy®	18,9%	0%	Farmácia
Barral®	17,9%	21,1%	Farmácia
Ceravé®	16%	21,1%	Farmácia
Caudalie®	15,1%	5,30%	Farmácia
Tena®	13,2%	10,5%	Farmácia
Skinceuticals®	12,7%	15,8%	Farmácia
Cetaphil®	12,3%	5,30%	Farmácia
Corega®	6,1%	0%	Farmácia
Isdin®	2,4%	0%	Farmácia
Lóreal®	2,4%	0%	Supermercado
Dove®	1,9%	0%	Supermercado
Colgate®	1,9%	0%	Supermercado
Marca branca®	1,9%	0%	Supermercado
Eucerin®	1,4%	0%	Farmácia
Oleoban®	0,9%	0%	Farmácia
Vaseline®	0,9%	0%	Supermercado
Parodontax®	0,9%	0%	Supermercado
Linic®	0,9%	0%	Supermercado
Gum®	0,9%	0%	Farmácia
Cien®	0,9%	0%	Supermercado
Mercadona®	0,5%	0%	Supermercado
Oriflame®	0,5%	0%	Internet
Garnier®	0,5%	0%	Supermercado
Sensodyne®	0,5%	0%	Supermercado
Palmolive®	0,5%	0%	Supermercado
Ducray®	0,5%	0%	Farmácia
Lancôme®	0,5%	0%	Perfumaria
Clinique®	0,5%	0%	Farmácia
Shiseido®	0,5%	0%	Perfumaria
Phyto®	0,5%	0%	Farmácia
Mac®	0,5%	0%	Perfumaria
Svr®	0,5%	0%	Farmácia

4.1.2.2.6. Produtos para o rosto e higiene oral e sua periodicidade de aplicação

De entre os cuidados de rosto e higiene oral preferidos pela população idosa, o uso de pasta dentífrica/produtos para prótese dentária (N=124, 58,5%) foi o produto cosmético mais utilizado. De seguida podemos ver que o creme de dia (N=100, 47,2%) e o hidratante (N=97, 45,8%) estão na segunda e terceira posição, respetivamente, nas preferências desta população. De notar ainda que, 83 pessoas utilizam protetor solar no rosto (39,2%), que tem efeitos positivos por retardar o fotoenvelhecimento causado pela exposição não segura à radiação solar e luz azul dos ecrãs. No que concerne aos produtos cosméticos menos utilizados no rosto, as máscaras e os *peelings* faciais obtiveram apenas 1 resposta (0,5%).

Os produtos cosméticos de rosto mais utilizados pelo cuidador na pessoa idosa, são o sabonete (N=16, 84,2%), seguido do hidratante (N=14, 73,7%) e protetor solar (N=14, 73,7%), importante na prevenção de possíveis neoplasias derivadas da exposição solar. Os produtos menos utilizados são os produtos referentes à maquilhagem como, base (N=1, 5,3%), rímel (N=1, 5, 3%) e sombra de olhos (N=1, 5, 3%), leite de limpeza (N=1, 5, 3%) e água micelar (N=1, 5, 3%), possivelmente devido ao facto de este cuidado não ser prestado por ser considerado irrelevante na rotina diária, tal como verificamos através do gráfico 8.

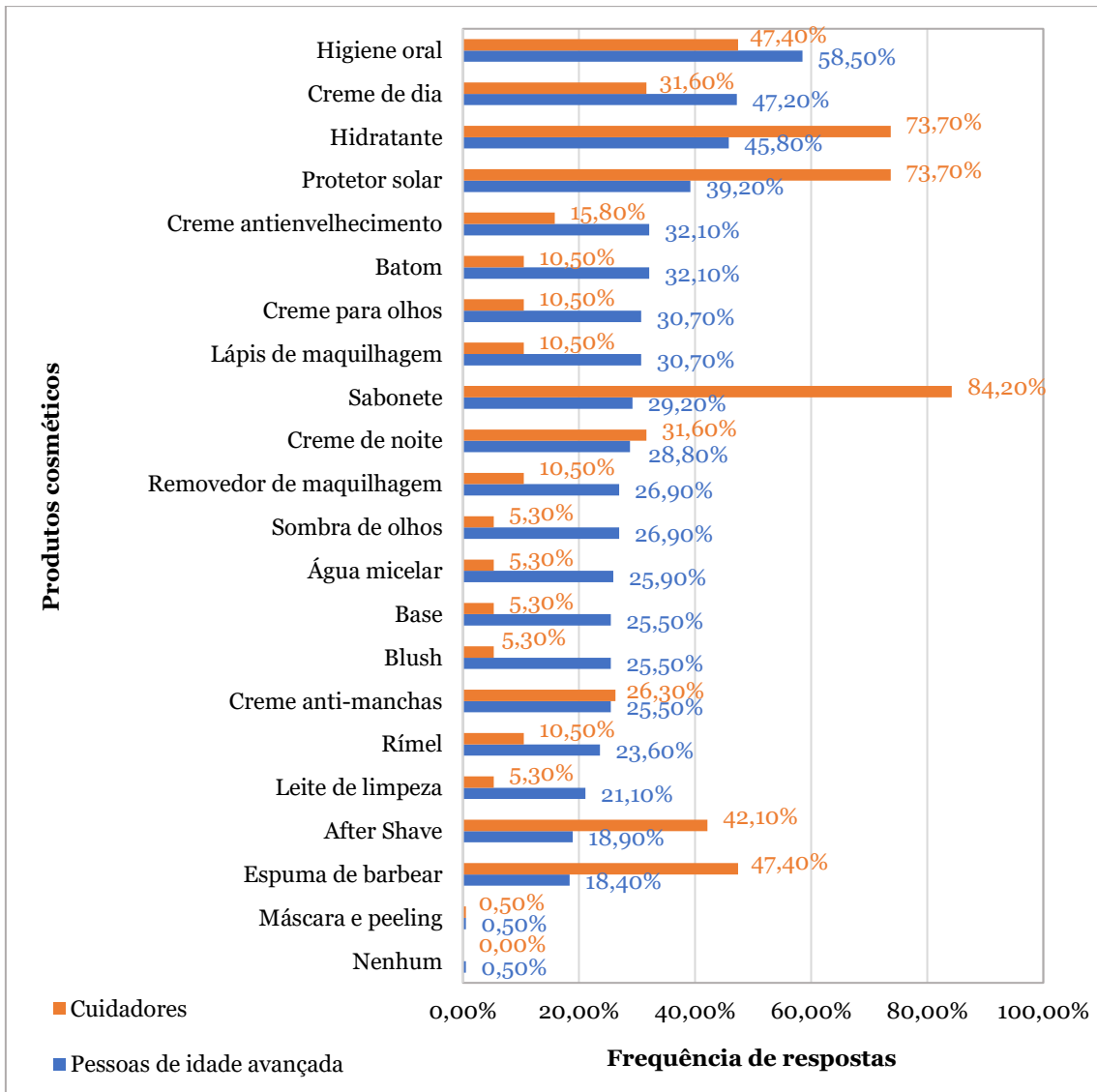


Gráfico 8 – Distribuição dos produtos cosméticos utilizados na rotina no rosto e cuidado bucal (permitida a seleção de mais do que uma opção) (N=212 respondentes e N=1300 respostas para a população idosa) e (N=19 respondentes e N=96 respostas para a população de cuidadores).

Em relação à periodicidade com que a população idosa consome cosméticos específicos para o rosto, os resultados encontram-se apresentados no gráfico 9. A maioria dos respondentes refere utilizar estes produtos uma vez por dia (N=133, 62,7%) havendo apenas 38 (17,9%) que referem a sua utilização 2 vezes por dia. Apenas 1 pessoa, em cada categoria, referiu utilizar estes produtos 1 vez por mês, menos do que 1 vez por mês ou só protetor solar no verão.

No que toca à periodicidade de aplicação deste tipo de produtos pelos cuidadores, como podemos analisar no gráfico 9, 1 cuidador alega aplicar mais de 2 vezes por dia (5,3%),

9 alegam aplicar 2 vezes ao dia (47,4%), 7 aplicam apenas 1 vez por dia (36,8%) e 2 cuidadores aplicam dia sim dia não (10,5%) (gráfico 9).

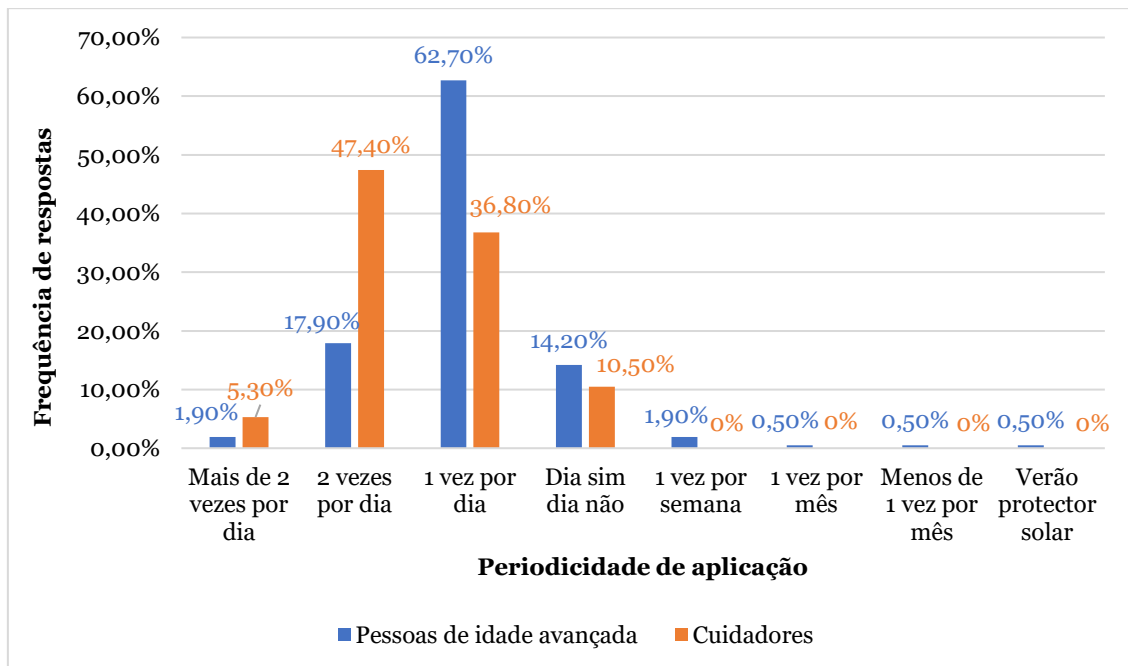


Gráfico 9 – Periodicidade com que utiliza cosméticos específicos para o rosto e cuidado bucal (N=212 para a população idosa) e (N=19 para a população de cuidadores).

4.1.2.2.7. Produtos cosméticos para corpo e sua periodicidade de aplicação

A respeito dos produtos cosméticos utilizados para o corpo pela população idosa, o gel de banho (N=155, 73,1%) e o desodorizante (N=149, 70,3%) são os principais tipos de produtos cosméticos utilizados. Os produtos menos utilizados são novamente o *peeling* corporal (N=1, 0,5%) e também a água-de-colónia (N=1, 0,5%), conforme analisado através do gráfico 10.

Em relação aos produtos cosméticos utilizados para o corpo pelos cuidadores, o desodorizante/antitranspirante (N=17, 89,5%), o gel de banho (N=14, 73,7%), o hidratante corporal (N=14, 73,7%) e o perfume (N=14, 73,7%) são os principais tipos de produtos cosméticos utilizados (gráfico 10).

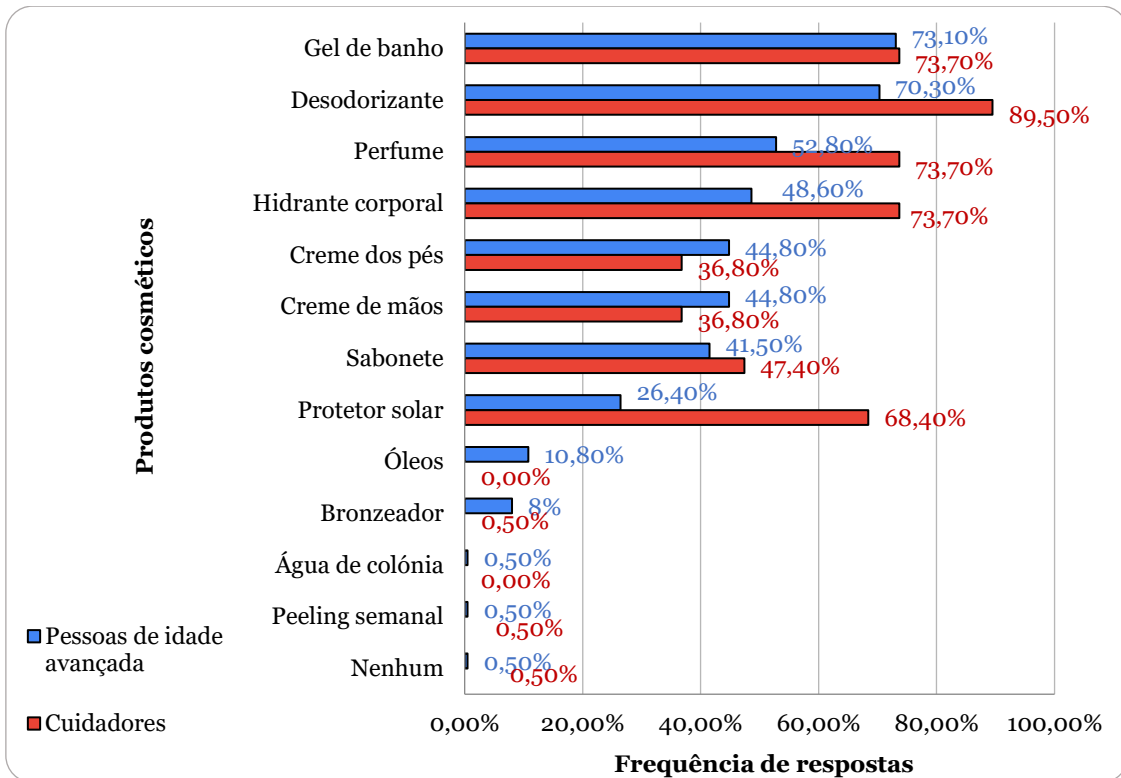


Gráfico 10 – Distribuição dos produtos cosméticos utilizados na rotina da pele no corpo (permitida a seleção de mais do que uma opção) (N=212 respondentes e N=896 respostas para a população idosa) e (N=19 respondentes e N=96 respostas para a população de cuidadores).

Quanto à periodicidade de utilização pela população idosa, à semelhança do observado para os cuidados de rosto, a maioria das pessoas alega usar 1 vez por dia (57,1%), seguidas de 62 pessoas que alegam usar dia sim dia não (29,2%). Apenas 5 dizem utilizar 1 vez por semana (2,4%), 3 usam 1 vez por mês (1,4%), outras 3 usam menos de uma vez por mês (1,4%) e outras 3 utilizam mais de 2 vezes por mês (1,4%) (gráfico 11).

Relativamente à periodicidade de utilização pelos cuidadores, 1 pessoas utilizam mais de 2 vezes por dia (5,3%), 4 utilizam 2 vezes por dia (21,1%) e por fim, 14 pessoas alegam usar 1 vez por dia (73,7), como observamos no gráfico 11.

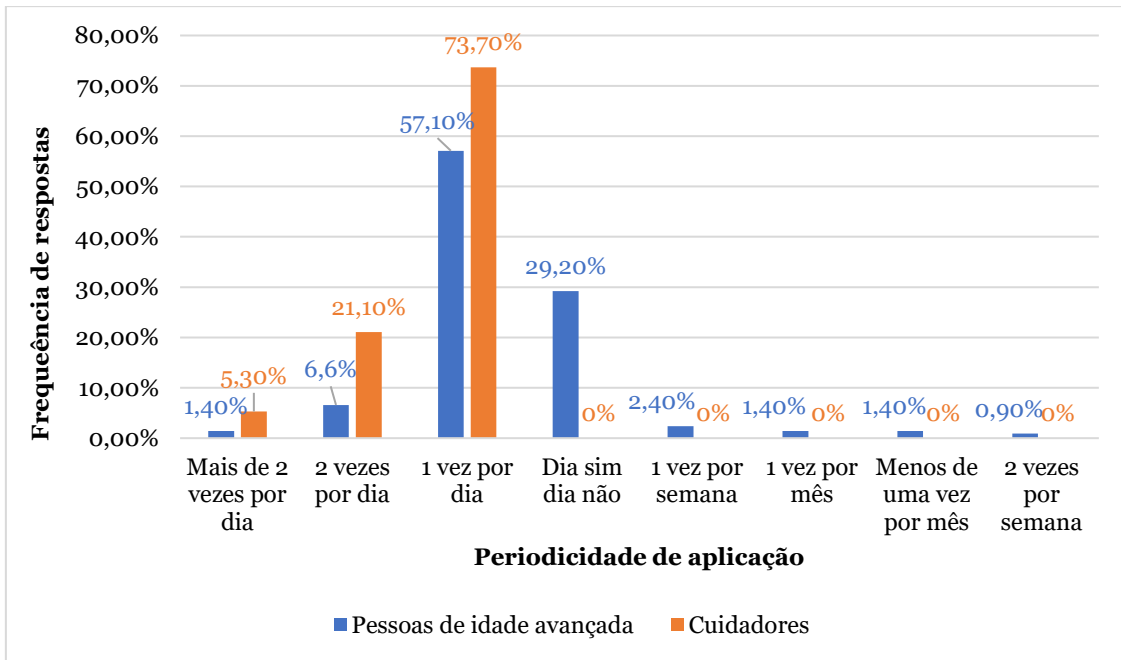


Gráfico 11 – Periodicidade com que utiliza cosméticos específicos para o corpo (N=212 para a população idosa) e (N=19 para a população de cuidadores).

4.1.2.2.8. Produtos para o cabelo/capilares e sua periodicidade de aplicação

Acerca dos produtos para o cabelo/capilares, o champô é o produto mais utilizados pela população idosa (N=205, 96,7%), seguido do condicionador (N=125, 59%) e tinta para o cabelo (temporária ou permanente) (N=69, 32,5%), descrito no gráfico 12.

No que concerne aos cuidados do cabelo, os cuidadores utilizam na rotina de higiene capilar principalmente o champô (N=19,100%). Seguidamente, 18 deles aplicam amaciador (N=18, 94,7%), 4 deles creme sem enxaguar (21,1%), 3 aplicam algum tratamento capilar (15,8%) e por fim, 2 dos cuidadores utilizam produtos fixantes (exemplo: gel, laca) (10,5%) (gráfico 12).

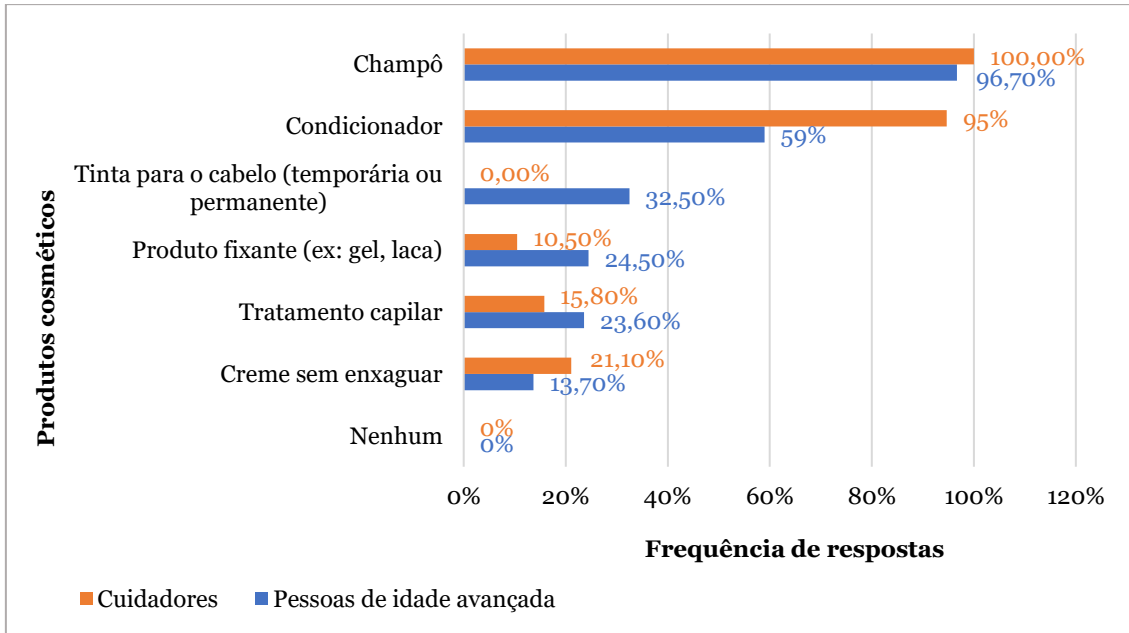


Gráfico 12 – Distribuição dos produtos cosméticos utilizados na rotina capilar (permitida a seleção de mais do que uma opção) (N=212 respondentes e N=530 respostas para a população idosa) e (N=19 respondentes e N=46 respostas para a população de cuidadores).

A respeito da periodicidade de aplicação deste tipo de produtos pela população idosa, grande parte da população (N=88) aplicam 1 vez por dia (41,5%) produtos cosméticos no seu cabelo, como descrito no gráfico 13.

Falando da periodicidade de aplicação, 1 dos cuidadores utiliza 2 vezes por dia (5,3%), 12 dos cuidadores aplicam cuidados capilares 1 vez por dia (63,1%) e cerca de 6 deles aplicam dia sim dia não (31,6%).

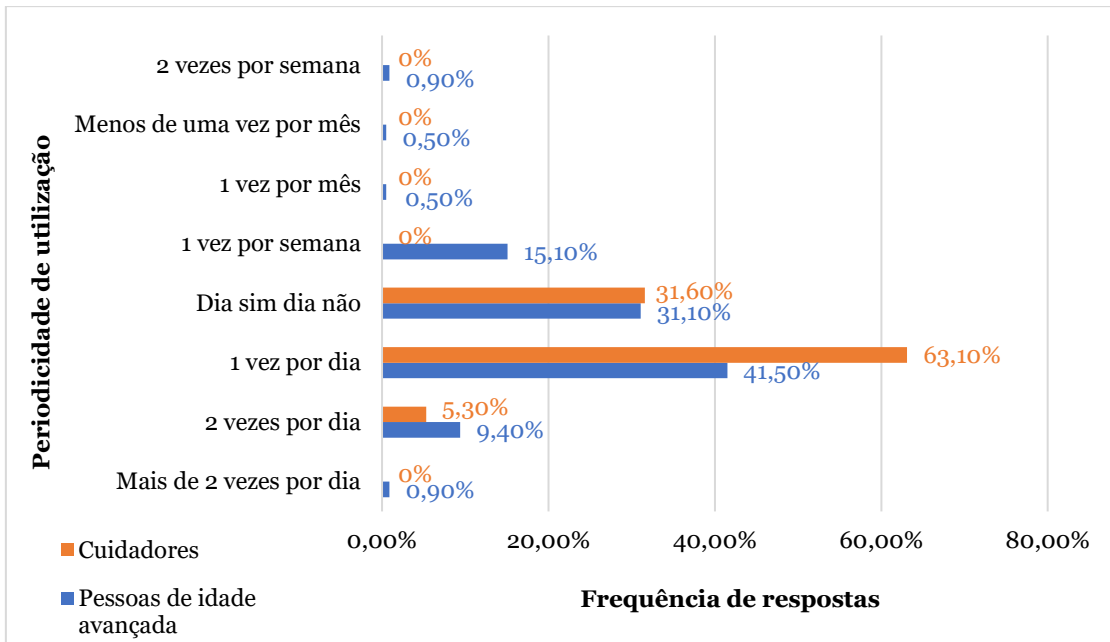


Gráfico 13 – Periodicidade com que utiliza cosméticos específicos para o cabelo (N=212 para a população idosa) e (N=19 para a população de cuidadores).

4.1.2.2.9. Proteção solar

A maioria da população idosa respondeu que não utiliza, diariamente, protetor solar (N=129, 60,8%), um fator importante que deve ser destacado no aconselhamento por profissionais de saúde, dada a sua importância contra o fotoenvelhecimento e a proteção contra o cancro de pele.

Já das 19 respostas obtidas no questionário relativo aos cuidadores de pessoas idosa, 11 dos cuidadores aplicam diariamente proteção solar (N=11, 57,9%), o que significa que mais de metade da população de cuidadores reconhece o papel deste cosmético na prevenção de neoplasias e fotoenvelhecimento.

4.1.2.2.10. Aconselhamento para o uso de cosméticos

A população idosa, tendencialmente procura aconselhamento para o uso de cosméticos com o farmacêutico (N=93, 43,9%). Uma menor percentagem (N=40, 18,9%), não recorre a aconselhamento para o uso de cosméticos, como previsto no gráfico 14.

Grande parte dos cuidadores (N=9, 47,4%), procurou aconselhamento para o uso de cosméticos com o farmacêutico. 5 deles não recorreram a nenhum tipo de

aconselhamento (N=5, 26,3%), 4 deles recorreram ao médico (21,1%) e 1 dos cuidadores recorreu ao enfermeiro (5,3%), como analisado mediante o gráfico 14.

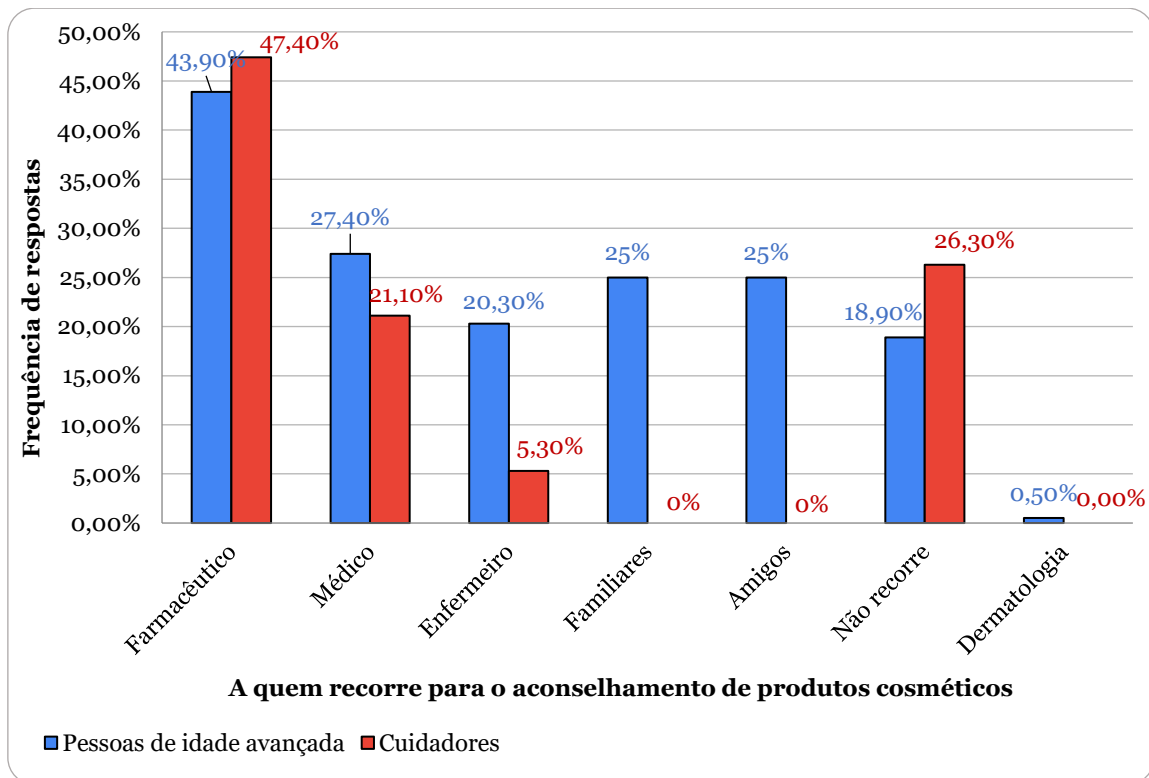


Gráfico 14 – Aconselhamento para o uso de cosméticos: a quem recorre tendencialmente (permitida a seleção de mais do que uma opção) (N=212 respondentes e N=341 respostas para a população idosa) e (N=19 respondentes e N=19 respostas para a população de cuidadores).

Entre os respondentes da população idosa que procuram aconselhamento para o uso destes produtos (N=187), o creme de rosto (N=116, 62%) e cremes para o corpo (N=105, 56,1%) foram os produtos para os quais a população mais procurou aconselhamento. Já os produtos que menos foram solicitados para aconselhamento, foram para os sinais (N=1, 0,5%) e cremes de mãos (N=1, 0,5%) e pés (N=1, 0,5%), segundo o gráfico 15.

O tipo de produtos cosméticos que os cuidadores mais aconselhamento solicitaram foram cremes para o rosto (N=10, 83,3%) e cremes para o corpo (N=9, 75%). Produtos que não foram solicitados para aconselhamento foram produtos para coloração/descoloração de cabelo, tratamento de alisamento/permanente e maquilhagem, tipicamente adquiridos fora do contexto das farmácias comunitárias (gráfico 15).

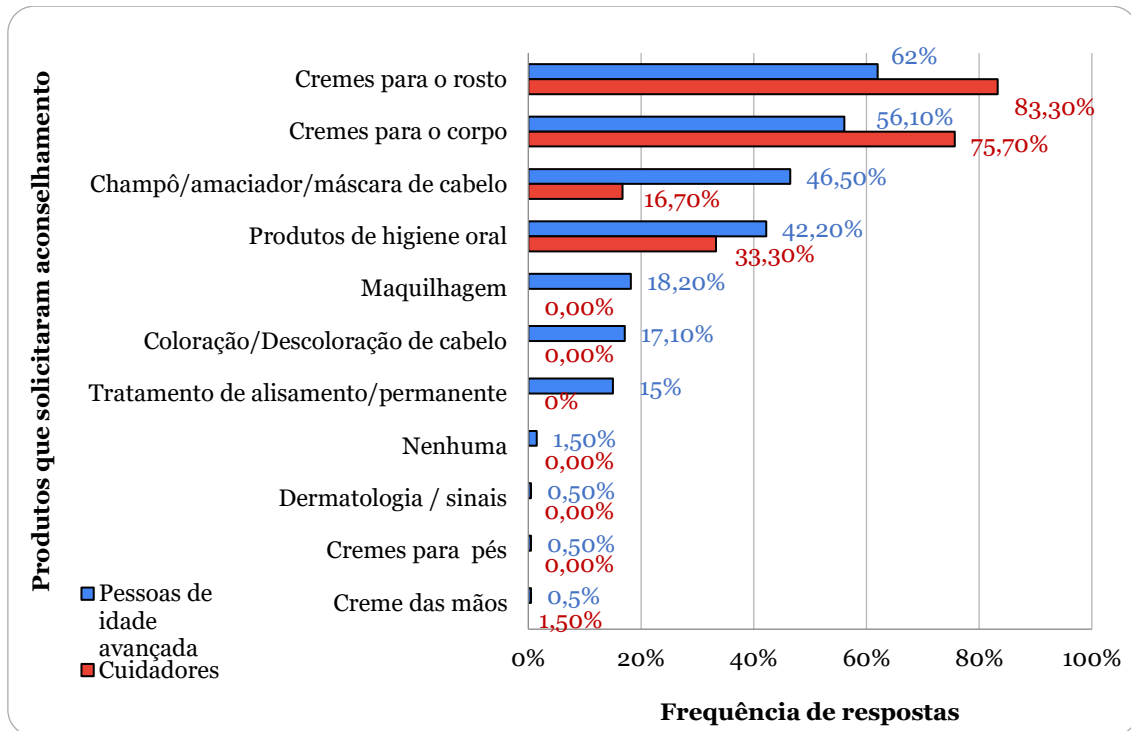


Gráfico 15 – Produtos em que foi solicitado aconselhamento (permitida a seleção de mais do que uma opção) (N=212 respondentes e N=487 respostas para a população idosa) e (N=19 respondentes e N=25 respostas para a população de cuidadores).

4.1.2.2.11. Mudança de hábitos com o avançar da idade

Dos 212 idosos inquiridos, 159 sentiram necessidade de mudar os seus hábitos/rotina de uso de produtos cosméticos com o avançar da idade (75%).

Com o avançar da idade, 11 dos cuidadores sentiram necessidade de alterar os seus hábitos de uso de produtos cosméticos no cuidado à população idosa (73,7%).

4.1.2.2.12. Mudanças na rotina da pele com o avançar da idade

A higiene facial com produtos suaves de manhã e/ou à noite foi o cuidado de rosto mais incrementado com o avançar da idade (N=134, 63,4%) pela população idosa, possivelmente devido ao facto de a pele madura ser mais reativa a agentes químicos agressivos.

A aplicação contínua de creme hidratante e contorno de olhos adaptados de manhã e/ou à noite obteve 79 respostas (37,3%) e de seguida a aplicação de um sérum/creme

com ação anti manchas adaptado de manhã e/ou à noite obteve 73 respostas (34,4%), segundo o gráfico 16.

O mesmo gráfico mostra que a higiene facial com produtos suaves de manhã e/ou à noite foi o cuidado de rosto mais prestado pelo cuidador aquando da higiene à pessoa idosa (N=13, 68,4%). Aplicação de proteção solar adequada de manhã obteve 7 respostas (36,8%) e de seguida, a aplicação de proteção solar mais elevada durante períodos de maior exposição solar, com renovação regular obteve 6 respostas (31,6%).

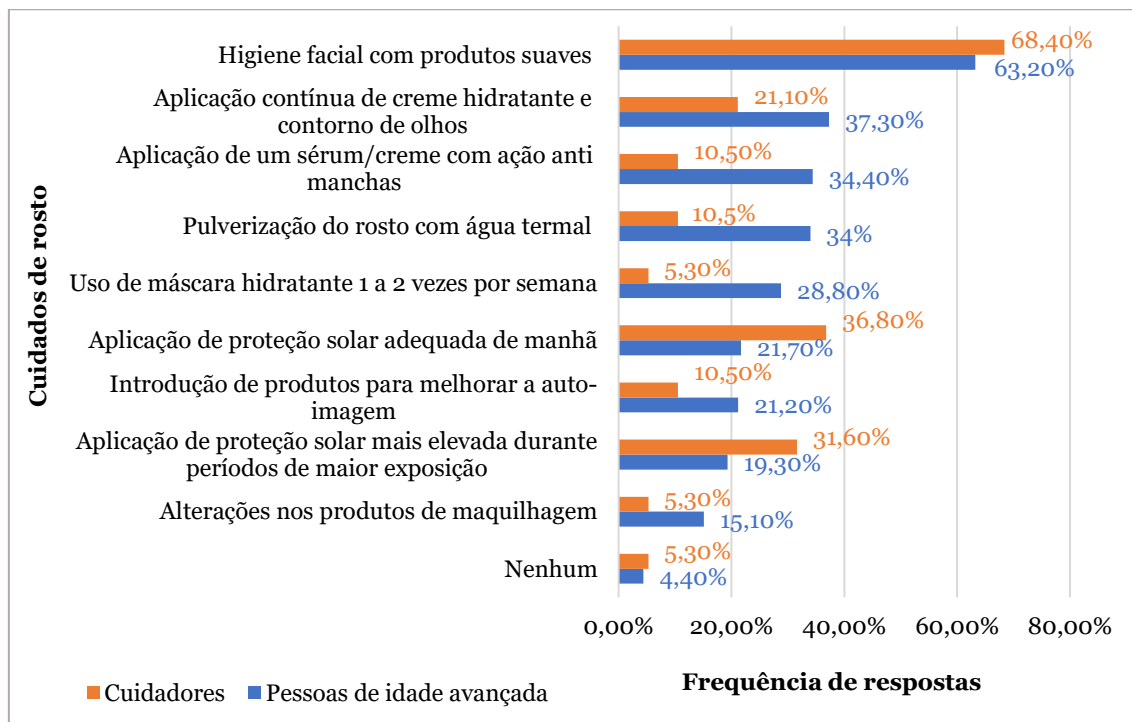


Gráfico 16 – Cuidados de rosto reforçados ou implementados com o avançar da idade (permitida a seleção de mais do que uma opção) (N=212 respondentes e N=592 respostas para a população idosa) e (N=19 respondentes e N=39 respostas para a população de cuidadores).

Relativamente à quantidade de produtos cosméticos diferentes para os cuidados de rosto com o avançar da idade, para a maioria da população idosa não se alterou (N=103, 48,6%), para 74 pessoas aumentaram (34,9%) e apenas para 35 pessoas a quantidade diminui (16,5%), como previsto no gráfico 17.

Relativamente à quantidade de produtos utilizados com o avançar da idade, 15 cuidadores alegam que aumentou (78,9%) e 4 deles alegam que não se alterou (21,1%), conforme se confirma no gráfico 18.

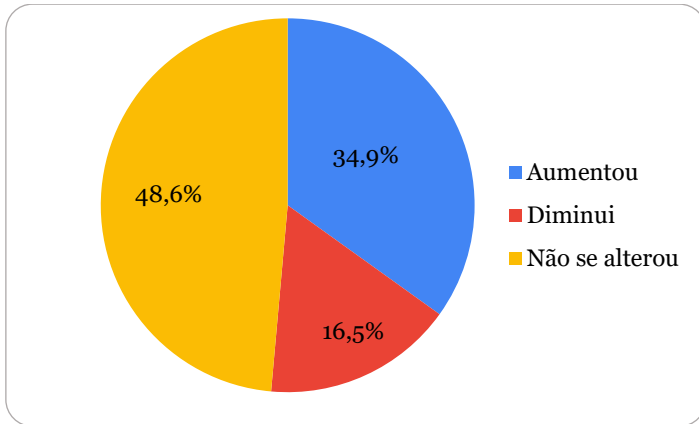


Gráfico 17 – Quantidade de produtos cosméticos para o rosto utilizados com o avançar da idade para a população idosa (N=212).

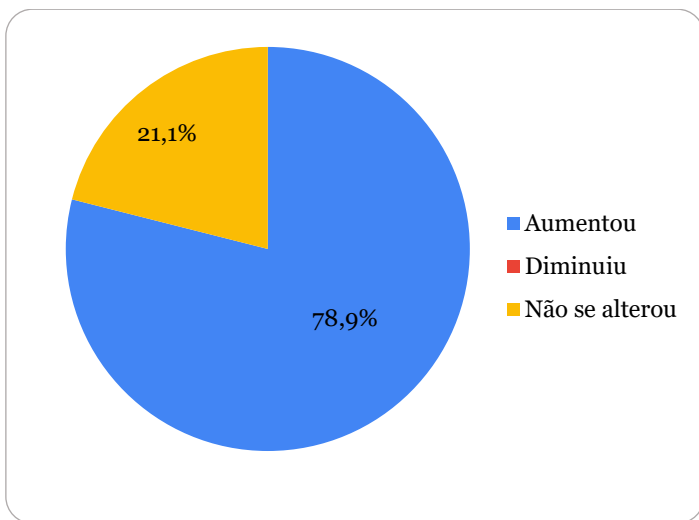


Gráfico 18 – Quantidade de produtos cosméticos para o rosto utilizados pelo cuidador (N=19).

Já quanto à frequência de aplicação (número de vezes que aplica) de produtos cosméticos para cuidados de rosto com o avançar da idade pela população idosa, 110 alegam que não se alterou (51,9%), 62 alegam que aumentou (29,2%) e 40 inquiridos afirmam que diminuiu (18,9%), analisando o gráfico 19.

A frequência de aplicação (número de vezes) dos cuidadores, para 11 não se alterou (57,9%) e 8 (42,1%) relatam que aumentou (gráfico 20).

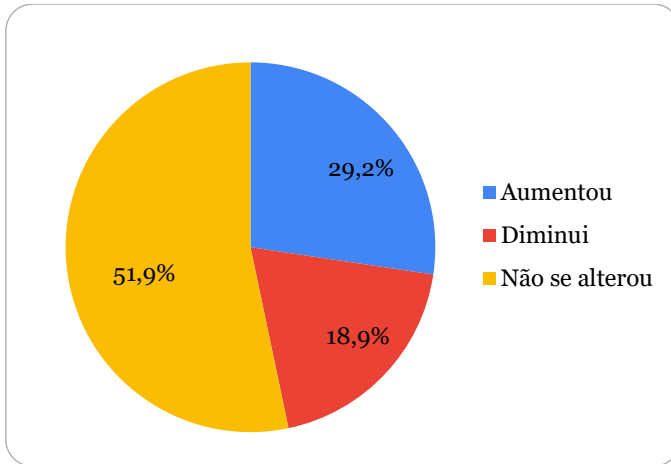


Gráfico 19 – Frequência (Número de vezes que aplica) de aplicação de produtos cosméticos para cuidados de rosto com o avançar da idade segundo a população idosa (N=212).

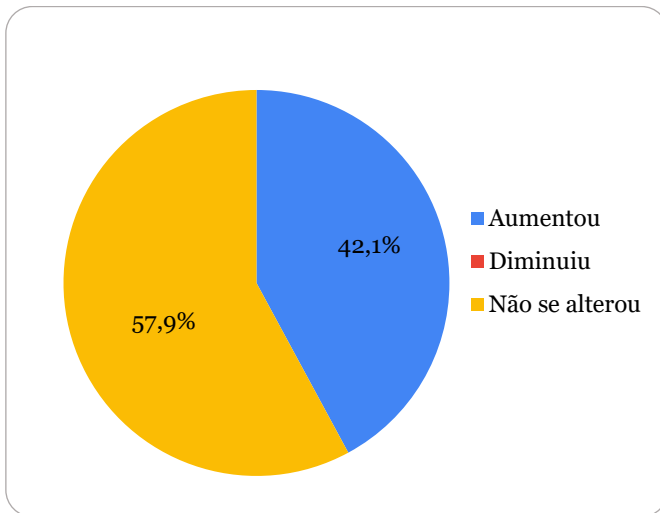


Gráfico 20 – Frequência (Número de vezes que aplica) de aplicação de produtos cosméticos para cuidados de rosto aplicados pelo cuidador (N=19).

A higiene com produtos suaves e hidratantes foi o cuidado de corpo mais reforçado e/ou implementado com o avançar da idade (N=115, 54,2%) pela população idosa, seguido da aplicação de creme hidratante com 101 respostas (47,6%) e em terceiro a aplicação de um produto hidratante na zona vulvar/vaginal com 100 respostas (47,2%).

A higiene com produtos suaves e hidratantes foi o cuidado de corpo mais prestado pelos cuidadores, representando 14 respostas (73,7%). Seguidamente, a aplicação de creme hidratante (N=8, 42,1%) e a aplicação de proteção solar adequada diariamente em todo o corpo (N=7, 36,8%) foram os cuidados de corpo mais prestados (gráfico 21).

Estes resultados confirmam que de facto, a pele madura é uma pele mais propícia a xerose, requerendo produtos mais hidratantes e suaves com o avançar da idade.

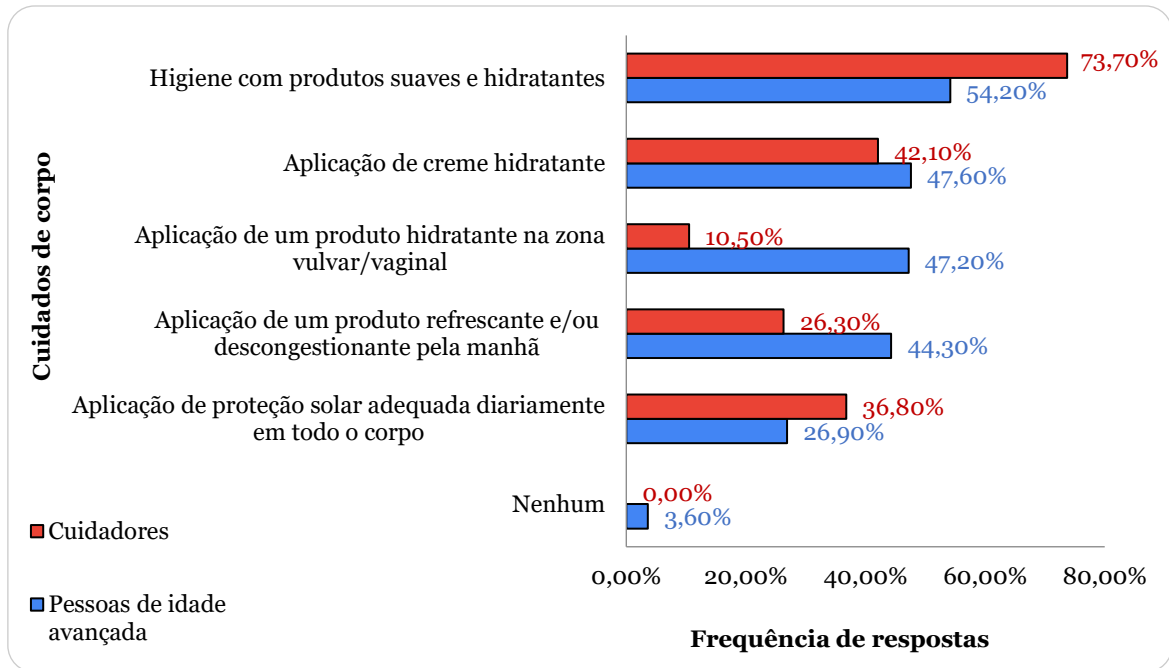


Gráfico 21 – Cuidados de corpo reforçados ou implementados com o avançar da idade (permitida a seleção de mais do que uma opção) (N=212 respondentes e N=475 respostas para a população idosa) e (N=19 respondentes e N=36 respostas para a população de cuidadores).

Com o avançar da idade, a quantidade de produtos cosméticos para cuidados de corpo pela população idosa, segundo a nossa população, não se alterou para 105 (49,5%), aumentou para 77 pessoas (36,3%) e diminuiu para 30 pessoas (14,2%), consoante o gráfico 22.

Em termos da quantidade de produtos cosméticos usados no corpo com o avançar da idade, segundo o gráfico 23, para 15 dos inquiridos (78,9%) aumentou, para 3 (15,8%) não se alterou e para 1 deles diminuiu (5,3%).

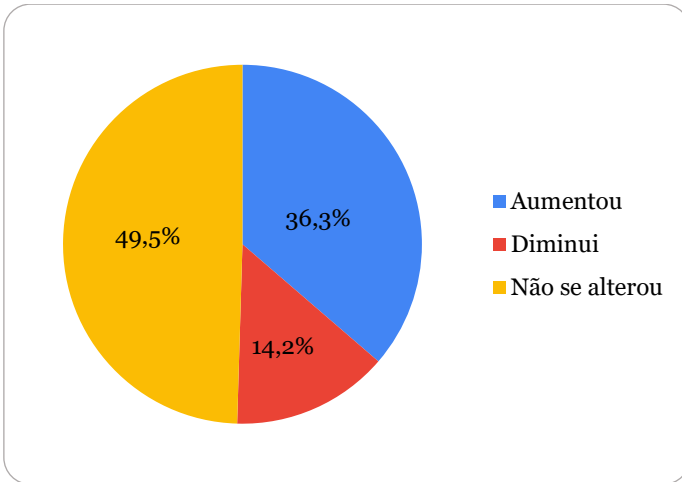


Gráfico 22 – Quantidade de produtos cosméticos para o corpo utilizados com o avançar da idade pela população idosa (N=212).

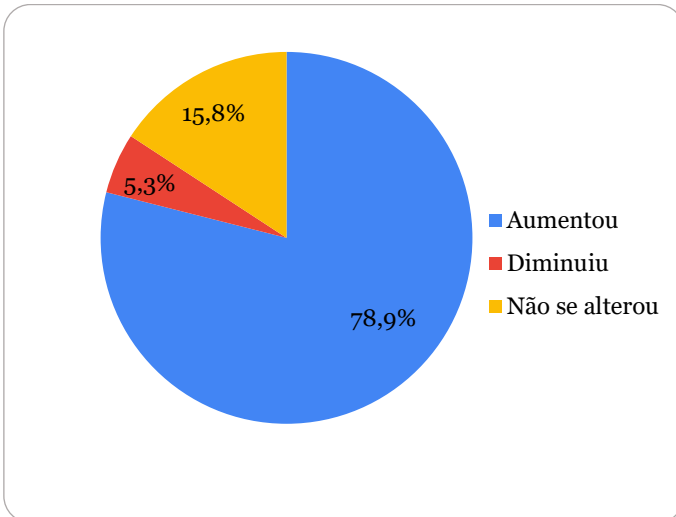


Gráfico 23 – Quantidade de produtos cosméticos para o corpo utilizados pelo cuidador (N=19).

No que concerne à frequência de aplicação de cuidados de corpo pela população idosa, não se alterou para 113 pessoas (53,3%), aumentou para 58 pessoas (27,4%) e diminuiu para 41 pessoas (19,3%), conforme o gráfico 24.

Já a frequência de aplicação de produtos cosméticos para cuidados de corpo pelos cuidadores, com o avançar da idade não se alterou para 10 respondentes (52,6%) e para 9 cuidadores aumentou (47,4%), de acordo com os dados representados no gráfico 25.

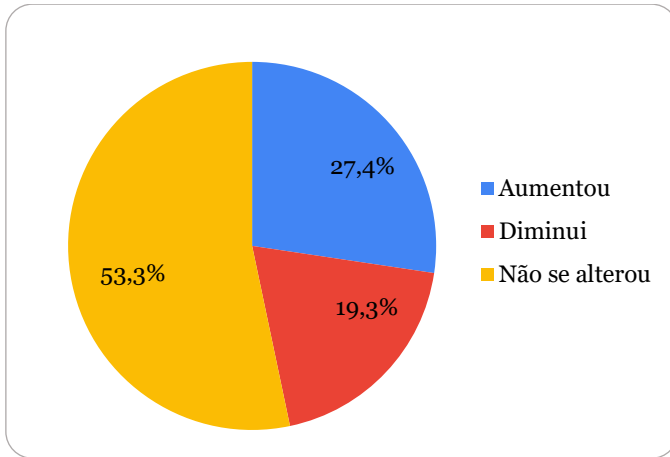


Gráfico 24 – Frequência (Número de vezes que aplica) de aplicação de produtos cosméticos para cuidados de corpo com o avançar da idade pela população idosa (N=212).

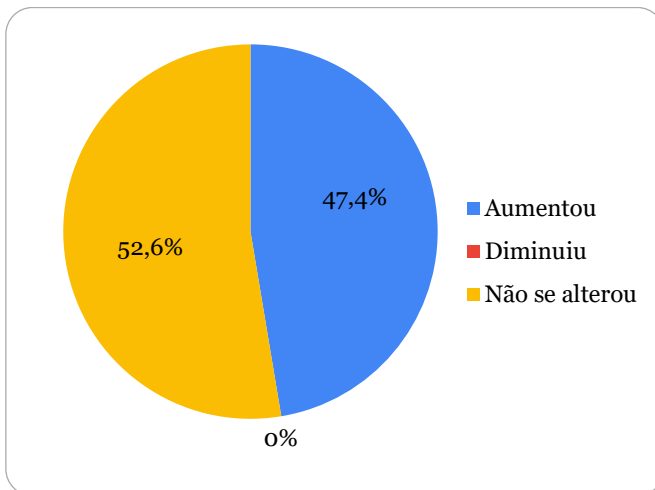


Gráfico 25 – Frequência (Número de vezes que aplica) de aplicação de produtos cosméticos para cuidados de corpo pelo cuidador (N=19).

A aplicação de um champô suave adaptado aos desequilíbrios (EX.: cabelo oleoso, seco, anticaspa) foi o cuidado capilar mais reforçado e /ou implementado com o avançar da idade (N=151, 71,2%) pela população idosa. Aplicação de champô para tratamento da queda do cabelo obteve 100 respostas (47,2%) e de seguida a aplicação de produtos adequados de aplicação após a higiene do cabelo, sem enxaguamento (ex.: reparador de pontas, sérum hidratante obteve 69 respostas (32,5%), como podemos analisar pelo gráfico 26.

A aplicação de um champô suave adaptado aos desequilíbrios (EX: cabelo oleoso, seco, anticaspa) constitui o cuidado principal, no que toca aos cuidados do cabelo (N=16, 84,2%) pelo cuidador, seguido da aplicação de champô para tratamento da queda do cabelo (N=7, 37,8%), como podemos analisar através do gráfico 26.

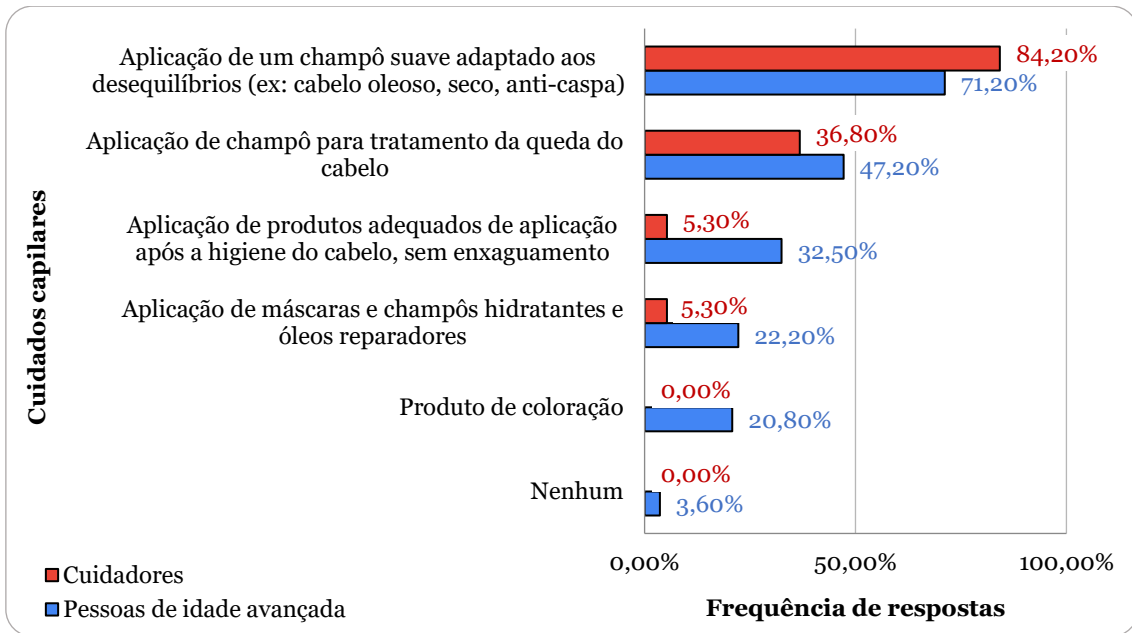


Gráfico 26 – Cuidados capilares reforçados ou implementados com o avançar da idade (permitida a seleção de mais do que uma opção) (N=212 respondentes e N=397 respostas para a população idosa) e (N=19 respondentes e N=25 respostas para a população de cuidadores).

Nos produtos cosméticos para o cuidado do cabelo, com o avançar da idade, 102 pessoas idosa dizem que não alteraram a quantidade de produtos cosméticos diferentes com o avançar da idade (48,1%), 75 inquiridos expressaram que aumentaram a quantidade (35,4%) e 35 afirmam que diminuíram a quantidade de produtos cosméticos diferentes com o avançar da idade (16,5%), segundo o gráfico 27.

Acerca da quantidade de produtos cosméticos, com o avançar da idade, para 13 dos cuidadores aumentou (68,4%) e não se alterou para 6 cuidadores (31,6%) (gráfico 28).

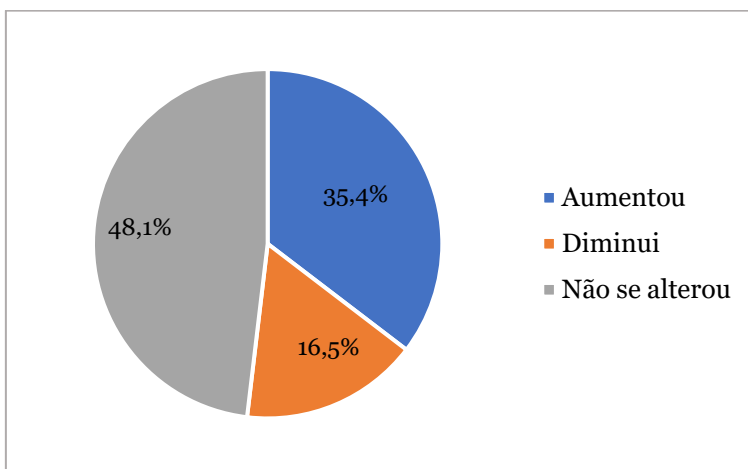


Gráfico 27 – Quantidade de produtos cosméticos para o cabelo utilizados com o avançar da idade pela população idosa (N=212).

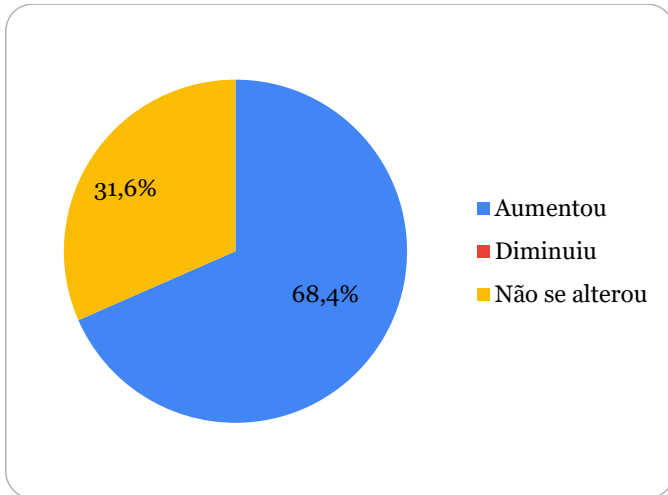


Gráfico 28 – Quantidade de produtos cosméticos capilares aplicados pelo cuidador (N=19).

A frequência de utilização destes cuidados de cabelo pela população idosa, não se alterou para 107 pessoas (50,5%), aumentou para 54 inquiridos (25,5%) e diminuiu para 51 inquiridos (24,1%), como previsto no gráfico 29.

A frequência de aplicação para os cuidadores, para 12 dos inquiridos (63,2%) não se alterou e aumentou para 7 deles (36,8%) (gráfico 30).

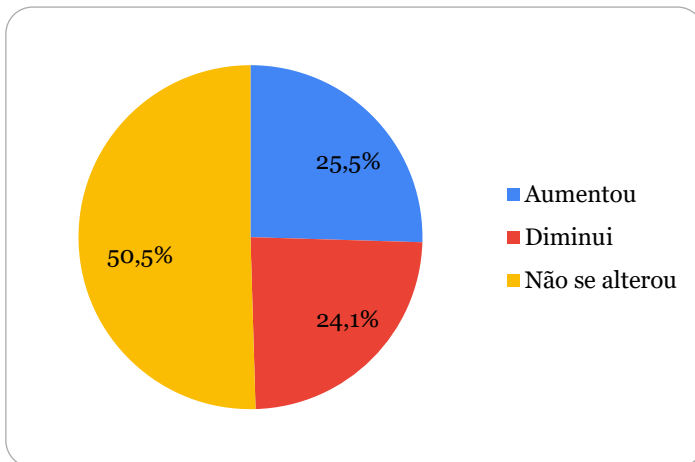


Gráfico 29 – Frequência (Número de vezes que aplica) de aplicação de produtos cosméticos para cuidados capilares com o avançar da idade pela população idosa (N=212).

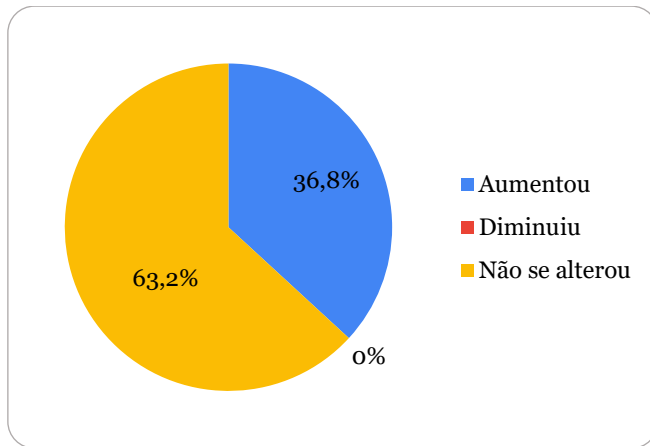


Gráfico 30 – Frequência (Número de vezes que aplica) de aplicação de produtos cosméticos para cuidados capilares pelo cuidador (N=19).

4.1.2.2.13. Doenças de pele com manifestações cutâneas

Das 212 respostas obtidas no questionário direcionada à população idosa, 166 respondentes declararam que não são portadores de alguma doença com manifestação na pele (78,3%). Dos restantes 46 respondentes, 23 afirmam que têm psoríase (10,8%), 13 afirmam que são portadores de dermatite atópica (6,1%), 9 têm pitiríase versicolor (4,2%), 3 possuem manifestações cutâneas decorrentes da má circulação (1,4%), 1 possui um carcinoma basocelular (0,5%) e por último, 1 afirma ter dermatite seborreica (0,5%) (tabela 5).

Do questionário aos cuidadores, as doenças de pele mais prevalentes são a psoríase (N=2, 10,5%), e a dermatite atópica (N=2, 10,5%).

Tabela 5 – Doenças de pele com manifestações cutâneas na população (permitida a seleção de mais do que uma opção) (N=212 respondentes e N=216 respostas para a população idosa) e (N=19 respondentes e N=19 respostas para a população de cuidadores).

	Pessoas idosas	Cuidadores
Não	78,3%	73,7%
Psoríase	10,8%	10,5%
Dermatite atópica	6,1%	10,5%
Pitiríase versicolor	4,2%	0%
Má circulação	1,4%	0%
Carcinoma basocelular	0,5%	0%
Dermatite seborreica	0,5%	0%

No que respeita às alterações que sentiram na sua pele, com o avançar da idade, a população idosa confirma que a alteração mais sentida foram as rugas (N=181, 85,4%), seguida das manchas (sobretudo nas áreas mais expostas ao sol) (N=152, 71,7%) e xerose cutânea (pele seca) (N=147, 69,3%). A menos sentida foi a reação cutânea à medicação (N=1, 0,5%), tal como podemos analisar através do gráfico 31. Estes resultados são sustentados pela literatura, uma vez que as rugas, as manchas e a xerose são três dos sintomas mais recorrentes nesta faixa etária (6).

As manifestações cutâneas decorrentes do envelhecimento mais prevalentes na população idosa, foram as manchas (sobretudo nas áreas mais expostas ao sol) (N=11, 61,1%), rugas (N=11, 61,1%) e em menor parte, a rosácea com apenas 1 pessoa a manifestar (5,6%), conforme apresentado no gráfico 31.

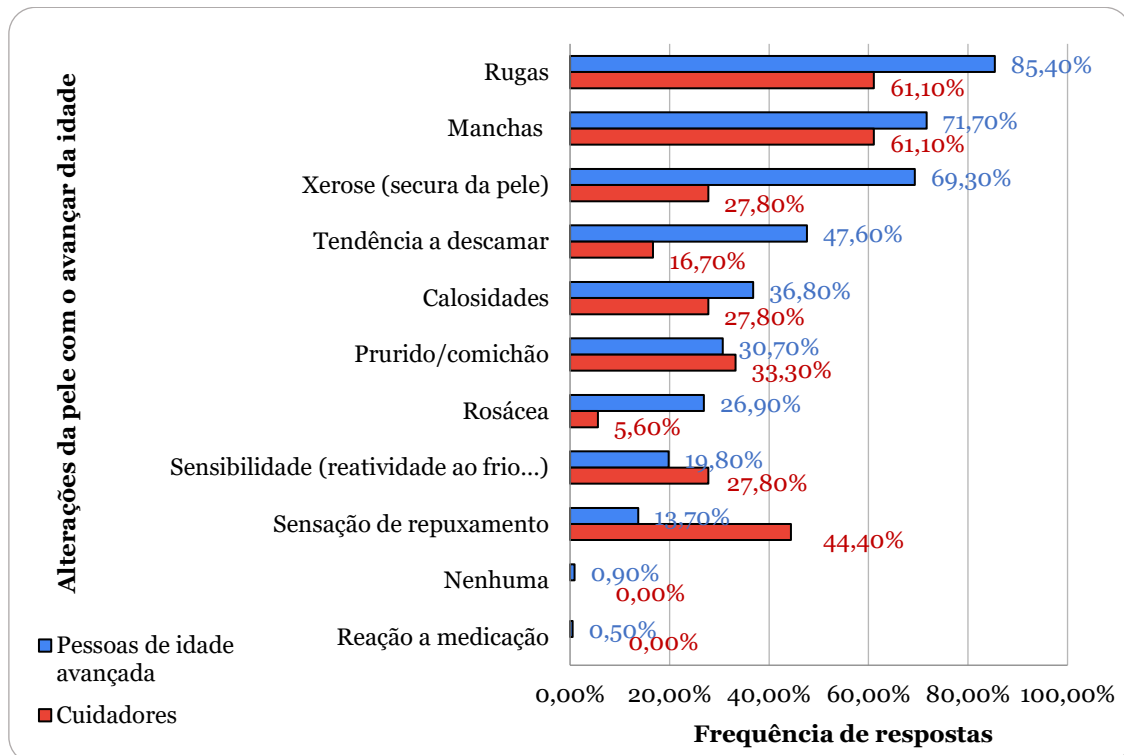


Gráfico 31 – Alterações que sentiram na pele com o avançar da idade (permitida a seleção de mais do que uma opção) (N=212 respondentes e N=858 respostas para a população idosa) e (N=19 respondentes e N=55 respostas para a população de cuidadores).

4.1.2.2.14. Alterações da pele consoante a estação do ano

Os 144 inquiridos alegam sofrer mais alterações na sua pele consoante a estação do ano (67,9%), 62 afirmam não notar essas alterações (29,2%) e 6 não sabem ou preferem

não responder (2,8%) analisado no questionário relativo à população idosa, como evidenciado pelo gráfico 32.

Conforme descrito no gráfico 32, as alterações que a pele da pessoa idosa sofre, consoante a estação do ano, para 13 dos cuidadores esta alteração é visível e sentida (68,4%), enquanto 1 não sente (5,3%) e 5 não sabem/não respondem (26,3%).

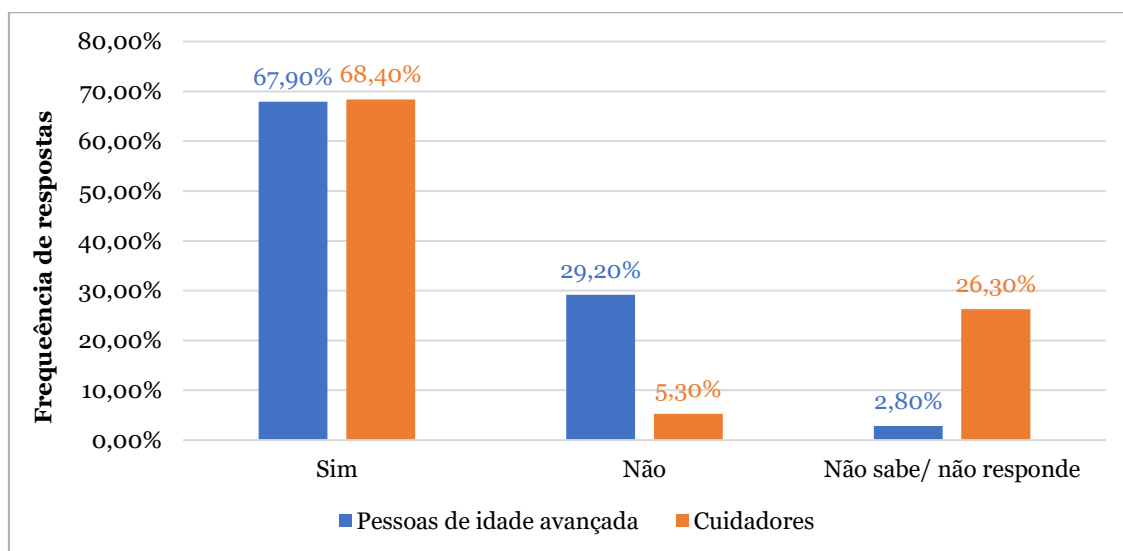


Gráfico 32 – Alterações identificadas na pele consoante a estação do ano (permitida a seleção de mais do que uma opção) (N=212 para a população idosa) e (N=19 para a população de cuidadores).

Quando perguntámos o quão incomodativas eram as alterações de pele que observou, 23 pessoas idosas alegam que não são nada incomodativas (10,9%), 47 dizem que são pouco incomodativas (22,2%), 83 responderam que essas alterações causam algum incómodo (39,1%) e 59 responderam que são muito incomodativas (27,8%), representado na tabela 6.

Tabela 6 – Frequência de incómodo que as alterações da pele causaram na população idosa (N=212 para a população idosa) e (N=19 para a população de cuidadores).

	Pessoas idosas	Cuidadores
Nada	10,9%	10,5%
Pouco	22,2%	21,1%
Algum	39,1%	52,6%
Muito	27,8%	15,8%

4.1.2.2.15. Satisfação na utilização de produtos cosméticos

A população idosa foi questionada sobre se os produtos que utilizavam satisfaziam as suas necessidades, obtendo-se 212 respostas. De entre estas, 114 responderam que os produtos que utilizavam satisfaziam as suas necessidades (53,8%) e 98 alegam que os produtos não satisfaziam (46,2%).

De entre a população não satisfeita (N=98, 46,2%), a maioria alega que são pouco eficazes (N=54, 55,1%) ou a forma de aplicação do produto não fácil (N=34, 34,7%), estando os resultados obtidos reportados no gráfico 33.

Nos cuidados da pele, com a aplicação de algum produto cosmético, 202 pessoas idosas alegam que sentiram melhorias na pele (95%) e apenas 11 alegam que não sentiram melhorias na sua pele (5%).

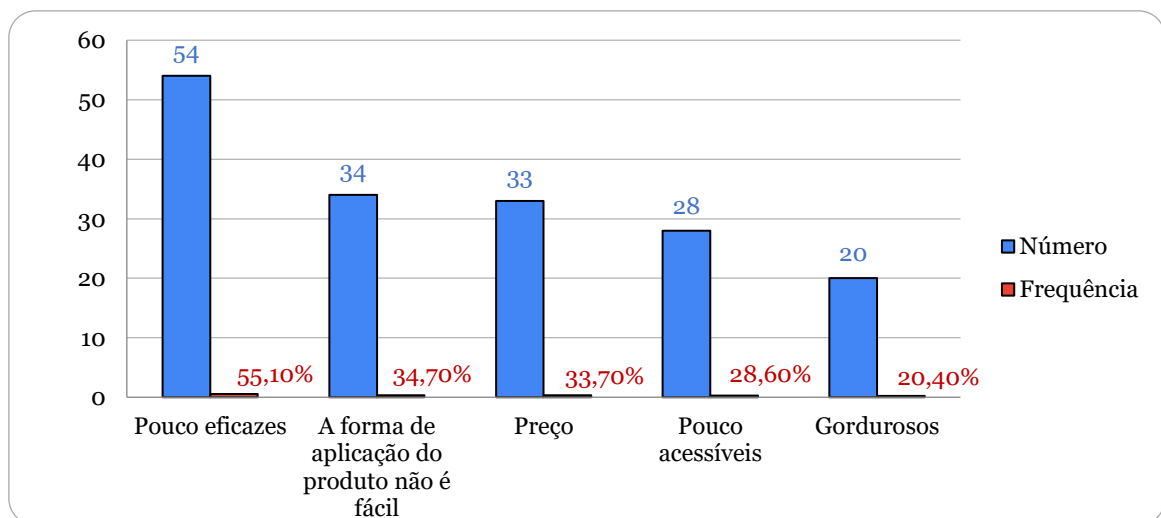


Gráfico 33 – Motivos pelos quais os produtos cosméticos não satisfazem as suas necessidades a população idosa (permitida a seleção de mais do que uma opção) (N=212 respondentes e N=169 respostas).

Para 2 dos cuidadores, os produtos cosméticos existentes no mercado não satisfazem as necessidades da pele da pessoa idosa (10,5%), sendo as principais razões o facto de serem pouco eficazes (N=1, 50%) e muito gordurosos (N=1, 50%).

Ao prestar cuidados, com a aplicação de algum produto cosmético, 17 cuidadores alegam que sentiram melhorias na pele da pessoa idosa (89,5%) e apenas 2 alegam que não sentiram melhorias (10,5%).

4.1.2.2.16. Produto cosmético ideal para a faixa etária ≥ 65 anos.

Dos 212 respondentes do questionário relativo à população idosa, 161 pessoas sentem necessidade de haver no mercado algum produto específico para esta faixa etária (idade igual ou superior a 65 anos) (75,9%).

Dos 19 cuidadores que responderam ao presente questionário, 16 deles sentiram necessidade de haver um produto específico para esta população no mercado (84,2%).

Quando questionámos a população sobre que tipo de hidratante seria o ideal para si, o spray hidratante foi a formulação mais atraente para esta população (N=88, 41,5%), conforme evidenciado na tabela 7.

O produto hidratante corporal ideal seria, para 5 cuidadores um creme fluido (26,3%), para 8 dos cuidadores um creme gordo (42,1%), para 3 dos cuidadores um spray hidratante (15,8%) e por fim, para os restantes 3 cuidadores um hidratante sólido (15,8%).

Tabela 7 – Forma de apresentação de um produto hidratante ideal para esta faixa etária (N=212 para a população idosa) e (N=19 para a população de cuidadores).

	Pessoas idosa	Cuidadores
Creme fluido	22,6%	26,3%
Creme gordo	27,8%	42,1%
Spray hidratante	41,5%	15,8%
Hidratante sólido	25,9%	15,8%
Nenhum	1,5%	0%

Para além da forma de apresentação do produto, as populações foram questionadas sobre preferência por ingredientes naturais.

4.1.2.2.17. Utilização de ingredientes naturais nas fórmulas de produtos cosméticos

Para 143 pessoas idosa utilizar produtos naturais na fórmula dos cosméticos seria uma preferência (67,5%), para 24 pessoas não seria uma preferência (11,3%) e para 45 pessoas seria indiferente a sua presença na composição dos produtos cosméticos (21,2%).

Para 6 cuidadores utilizar produtos naturais na fórmula dos cosméticos seria uma preferência (31,6%), para 5 pessoas não seria uma preferência (26,3%) e para 8 cuidadores seria indiferente a sua presença na composição dos produtos cosméticos (42,1%).

5. Discussão de resultados

A população mundial está cada vez mais preocupada com os cuidados de beleza e higiene, instigando a indústria cosmética, no desenvolvimento de novos produtos que colmatem as necessidades de cada tipo de pele. A pele madura continua a ser um alvo para o desenvolvimento de novos produtos, pelo desafio no combate às manifestações cutâneas provenientes do envelhecimento, já que este tipo de população está cada vez mais criteriosa e envolvida no consumo de produtos cosméticos. Prevê-se que esta tendência seja cada vez maior a medida que a população atualmente ativa (com hábitos de consumo de cosméticos mais pronunciados) envelhecer. Deste modo, é importante analisar os hábitos e perspectivas de uso de produtos cosméticos na população idosa (>65 anos) e identificar e caracterizar as alterações de hábitos nos cuidados da pele motivadas pela senescência, de forma a criarmos perfis de produtos mais adaptados a esta população para colmatar as suas necessidades.

Os resultados obtidos da aplicação do questionário a pessoas idosas mostram que quase toda a população inquirida, com exceção de 4 pessoas, (por talvez desconhecerem o conceito e que tipo de produtos estão englobados neste tipo de definição), utiliza produtos cosméticos na sua rotina diária, reforçando assim a necessidade da limpeza e cuidado contínuo da pele.

Efetivamente, o local privilegiado para a compra de produtos cosméticos, para a população de idosos, é o supermercado, ao passo que os cuidadores compram mais frequentemente estes produtos na farmácia comunitária, apesar de 73,7% dos cuidadores também adquirirem os produtos cosméticos em supermercados. Estes dados vão ao encontro do previsto, já que em ambas as populações a marca Nivea® é a marca mais adquirida, pelo seu fácil acesso no supermercado, associado ao baixo custo de aquisição, havendo ligação entre o valor dos cosméticos e o local de aquisição. Por sua vez, a compra em supermercados, embora mais económica comparativamente à farmácia comunitária, é feita sem qualquer tipo de aconselhamento, podendo levar a casos de mau uso de cosméticos com consequências no bem-estar da pele.

As marcas mais compradas por ambas as populações foram a Nivea®, seguidas das marcas ATL® e A'derma®. Estas últimas possuem gamas específicas para condições cutâneas características na população idosa, como xerose e sensibilidade/reatividade cutânea, além de que a sua compra normalmente é feita em espaços como farmácias e parafarmácias, onde há o aconselhamento por parte de profissionais de saúde habilitados. Concluímos que, apesar da maioria dos respondentes de ambas as populações utilizar marcas encontradas nos supermercados, economicamente mais acessíveis, uma percentagem considerável utiliza marcas encontradas em farmácias e parafarmácias.

Os produtos mais adquiridos nas farmácias são os cremes de rosto e pastas dentífricas/produtos para prótese dentária, sendo também produtos que requerem um maior grau de aconselhamento prestado por profissionais de saúde, pela sua complexidade de atuação e especificidade de uso.

A utilização de produtos cosméticos por parte desta população deve-se principalmente a cuidados de higiene e ao seu contributo na satisfação com a pele. Este resultado é suportado pela bibliografia, nomeadamente pelo estudo de 2022 da Cosmetics Europe, em que foi avaliada a perceção dos consumidores europeus sobre o uso de cosméticos na sua rotina diária, 72% dos consumidores europeus consideraram os produtos cosméticos e de higiene pessoal como importantes ou muito importantes na sua rotina diária e 71% alegam mesmo melhorar a sua qualidade de vida [16].

Por um lado, os produtos cosméticos de rosto e higiene oral mais utilizados pela população idosa, são os produtos cosméticos utilizados no cuidado bucal (pastas dentífricas/produtos para prótese dentária), cremes de dia, hidratantes e protetores solares, com aplicação 1 vez por dia. Por outro lado, os cuidadores utilizam mais sabonetes, hidratantes e protetores solar nos cuidados de rosto, com utilização 2 vezes por dia. Esta informação possibilita-nos concluir que, os cuidadores estão mais cientes da necessidade de uma rotina completa com produtos como sabonetes, hidratantes e protetores solares, 2 vezes ao dia, garantindo limpeza, hidratação e proteção solar diária e as pessoas idosa têm a perceção de que a aplicação apenas de cremes em geral, favorecem a saúde da sua pele.

A maioria da população de pessoas idosa inquirida não utiliza proteção solar diariamente, ao passo que grande parte dos cuidadores aplica proteção solar diária, quando presta cuidados a esta população. Este tipo de dados facultam-nos informações

quanto ao conhecimento da importância do uso regular de proteção solar diária e enfatiza a necessidade de desmistificar mitos sobre a utilização de protetor solar, que deve ser feita mesmo que não esteja sol. Deve-se assim instigar os profissionais de saúde a promoverem a utilização e informação sobre uso de proteção solar diária, cujos efeitos estão na diminuição dos efeitos causados pelo sol, como o fotoenvelhecimento cutâneo e a predisposição ao desenvolvimento de hiper ou neoplasias associadas à exposição solar crónica sem proteção solar adequada.

Relativamente aos produtos mais utilizados nos cuidados de corpo, o gel de banho e desodorizante são utilizados pela maioria da população idosa e seus cuidadores, 1 vez por dia, principalmente como cuidados de higiene. Já os produtos mais utilizados nos cuidados capilares são o champô e o condicionador também utilizados 1 vez por dia. Podemos depreender que este tipo de população, maioritariamente, tem tendência a utilizar apenas os produtos cosméticos de higiene na sua rotina da pele e apenas uma minoria afirma utilizar, não só os produtos cosméticos de limpeza, mas também produtos mais direcionados para a melhoria e embelezamento da pele, como cremes antienvelhecimento, maquilhagem e também tratamentos capilares.

A generalidade da população idosa sentiu necessidade de mudar a sua rotina e os seus hábitos de cuidados com o avançar da idade, reforçando ou implementando diferentes cuidados na pele. Os cuidados de rosto reforçados e/ou implementados com o avançar da idade, foram a higiene facial com produtos suaves de manhã e/ou à noite, possivelmente devido ao facto de a pele madura ser uma pele mais reativa a componentes presentes nas formulações mais agressivos, sendo preferível a utilização de ingredientes mais suaves, como tensioativos anfotéricos ou não iónicos. Já os cuidados de corpo que foram reforçados ou implementados com o avançar da idade foram a higiene com produtos suaves e hidratantes, pela diminuição da hidratação da pele com o avançar da idade [11]. A aplicação de produtos hidratantes na zona vulvar/vaginal parece um cuidado esquecido por parte dos cuidadores, visto que apenas 2 das 8 idosas em que lhes são prestados cuidados, lhes foi reforçado ou implementado a utilização de produtos hidratantes na zona íntima. Os profissionais de saúde devem assim alertar para a possibilidade de secura vaginal, consequente da menopausa, e a importância da utilização de hidratantes na melhoria da qualidade de vida da idosa, apesar de apenas os produtos de uso externo (vulvar) pertencerem a categoria regulamentar dos cosméticos. Por fim, a aplicação de um champô suave adaptado aos desequilíbrios (ex: cabelo oleoso, seco, anticaspas) foi o cuidado capilar mais reforçado e/ou implementado com o avançar da idade, concordante com os estudos

desenvolvidos na importância de escolha de produtos capilares não iônicos, que não causem irritação no couro cabeludo [20].

A população recorre, tendencialmente ao farmacêutico para procurar aconselhamento de produtos cosméticos como, cremes para o rosto e cremes para o corpo, por ser o profissional de saúde mais acessível, em caso de dúvidas, e mais inteirado dos diferentes produtos cosméticos existentes no mercado.

As manifestações cutâneas decorrentes do envelhecimento mais prevalentes nestes idosos são as rugas, manchas e xerose cutânea, mas curiosamente os resultados relativos aos hábitos da sua rotina diária de higiene e beleza, mostram que grande parte não utiliza produtos cosméticos que possuam propriedades que minimizem ou evitem o desenvolvimento destas mesmas manifestações cutâneas. Este ponto leva-nos à importância da intervenção proactiva, informando a população sobre a existência deste tipo de produtos, a fim de haver um envelhecimento com maior qualidade de vida. Estas estratégias de aconselhamento cosmético são exploradas nas tendências de *well-aging* e *pro-aging* que têm vindo a substituir o clássico conceito cosmético de anti-aging, tal como apresentado na introdução deste trabalho [17], [18].

As diferenças climáticas das estações do ano parecem causar algum incómodo na pele das pessoas idosas, ficando o desafio para novos estudos e desenvolvimento de produtos cosméticos sazonais, tendo em mente os efeitos que as diferenças climáticas, causadas pelas estações do ano, provocam na pele.

No que respeita a forma de apresentação dos produtos, para os idosos um spray hidratante seria a formulação e tipo de produto cosmético hidratante ideal, contudo os cuidadores preferem formulações à base de cremes gordos. Este tipo de informação ressalta a necessidade de haver no mercado cosmético, produtos de aplicação mais fácil para pessoas idosa, que não necessitem de se friccionar na pele e, portanto, menor esforço físico na aplicação do produto. O facto de ter sido referida, pela população idosa, a necessidade de facilitar a aplicação do produto, pode também estar relacionado com dificuldades na abertura das embalagens ou na sua utilização, considerações que devem ser consideradas logo na fase de desenho de produtos para esta população. Esta preocupação tem sido cada vez mais frequente em diferentes categorias regulamentares, incluindo os medicamentos, havendo a iniciativa da EMA no desenvolvimento de produtos direccionado aos idosos e suas especificidades [23].

A utilização de ingredientes naturais nas formulações dos produtos cosméticos, para a população idosa seria uma preferência, no entanto a sua integração na formulação, para os cuidadores seria indiferente. Este resultado é suportado por estudos que revelam preferência de produtos naturais pela população idosa [24].

6. Conclusão

Como principal conclusão deste trabalho, em primeiro lugar, importa referir que este é o primeiro estudo com resultados que permitem verificar que os idosos têm de facto necessidades cosméticas especiais, nomeadamente na utilização das embalagens. Assim, para os idosos um spray hidratante seria a formulação hidratante ideal, enquanto os cuidadores preferem cremes gordos. Desta forma há necessidade de haver no mercado cosmético, produtos de aplicação mais fácil para pessoas idosas e que atendam às suas necessidades específicas.

Em segundo lugar, a generalidade da população idosa sentiu necessidade de mudar a sua rotina e os seus hábitos de cuidados com o avançar da idade, reforçando ou implementando diferentes cuidados na pele, demonstrando a importância que os cosméticos têm no bem-estar e saúde dos mesmos. Além disso, o facto de a maioria da população de pessoas idosas inquiridas não utilizar proteção solar diariamente, mostra que há ainda necessidade de aconselhamento específico e intervenção na população por parte dos profissionais de saúde.

Além disso, o local privilegiado para a compra de produtos cosméticos, para a população de idosos, é o supermercado, ao contrário dos cuidadores que compram mais frequentemente estes produtos na farmácia comunitária. Este resultado mostra que o farmacêutico tem um papel importante não só aconselhamento destes produtos, mas que também deve intervir junto da população idosa para que as suas compras de produtos cosméticos sejam futuramente acompanhadas e mais adequadas às suas necessidades.

Por último, a tendência atual do *well aging* influencia também os produtos cosméticos, que cada vez mais têm como objetivo de prevenir os sinais decorrentes do envelhecimento e manter a pele saudável.

7. Sugestões para investigações futuras

Como possibilidade de investigações futuras, destaca-se o interesse em analisar os diferentes ingredientes presentes nos produtos cosméticos que alegam ser antienvelhecimento ou alegam minimizar as manifestações cutâneas desenvolvidas ao longo da vida. Além disso, é importante haver estudos relacionados com o desenvolvimento de produtos, de acordo com as necessidades e preferências da população idosa (>65 anos).

Outro estudo que pode ser considerado futuramente, será analisar o perfil do consumidor e como se espera que evolua ao longo dos anos. A população idosa daqui a 20 anos terá certamente outros ideais de rotina de beleza e cuidados da pele e haverá possivelmente novas preocupações que necessitam de ser analisadas, para que o mercado dos cosméticos esteja preparado para responder a estas necessidades.

8. Limitações e pontos fortes do estudo

O presente estudo apresenta algumas limitações e por isso a interpretação dos resultados foi feita tendo em conta essas mesmas limitações. Pelo facto de a maioria dos respondentes ao questionário relativo à população idosa pertencerem ao distrito de Viseu, pode não ser uma amostra representativa da população portuguesa, constituindo assim, uma das limitações principais do presente estudo. A dimensão da amostra de pessoas idosas e seus cuidadores, foi a principal limitação, devido à dificuldade de se fazer chegar os questionários a esta população. Houve dificuldade de comunicação com as diversas universidades séniores espalhadas por Portugal continental e ilhas, pois as que mostraram interesse em participar, alertaram para a dificuldade de participação desta população, uma vez que estes não se mostravam recetivos a participar. Assim, outra das limitações foi a não representatividade do Arquipélago da Madeira e dos Açores nos resultados do estudo, e nem todos os distritos de Portugal Continental estão representados no estudo, podendo assim resultar na difícil interpretação dos resultados. Também os diversos ataques informáticos que têm ocorrido nas redes sociais, limitaram as respostas aos questionários, constituindo um obstáculo ao sucesso da investigação. Outra limitação foi o facto de ter sido necessário recorrer à metodologia da aplicação dos questionários online, não sendo possível garantir o preenchimento dos questionários até ao fim e igualmente auxiliar os respondentes, no caso de surgirem dúvidas ao longo do preenchimento dos respetivos questionários. Apesar de se ter recorrido a este método com o objetivo de chegar a um maior número

de pessoas idosas ou seus os cuidadores, os dados excluem as pessoas idosas e seus cuidadores que não tinham acesso ou não usam com regularidade a internet (apesar de cada vez menos frequente), devendo este facto ser considerado ao analisar os resultados e conclusões.

Apesar das limitações, o presente estudo também apresenta pontes fortes e que merecem ser destacados. O principal ponto forte deste estudo passa pelo facto de ser pioneiro na análise de hábitos e perspetivas de uso dos produtos cosméticos na população idosa (idade igual ou superior a 65 anos), na medida em que aborda este tema e por incluir tanto a perspetiva da população idosa como a dos seus cuidadores.

9. Bibliografia

- [1] R. L. Tommie L Norris, “Structure and Function of the Skin,” in *Porth’s Pathophysiology*, 10^a., 2019.
- [2] Toda Matéria, “Sistema Tegumentar.” Accessed: Dec. 20, 2022. [Online]. Available: <https://www.todamateria.com.br/sistema-tegumentar/>
- [3] L. Mattos, “Camada papilar e reticular da derme.” Accessed: Dec. 20, 2022. [Online]. Available: <https://anatomia-papel-e-caneta.com/sistema-tegumentar/camada-papilar-e-reticular-da-derme/>
- [4] Proposta do Grupo de Trabalho Interministerial (Despacho n.º12427/2016), “ESTRATÉGIA NACIONAL PARA O ENVELHECIMENTO ATIVO E SAUDÁVEL 2017-2025,” *DGS*, Jul. 2017.
- [5] S. B. Verma, “Dermatology for the elderly: An Indian perspective,” *Clin Dermatol*, vol. 29, no. 1, pp. 91–96, 2011, doi: 10.1016/j.clindermatol.2010.07.012.
- [6] A. O. Barel, M. Paye, and H. I. Maibach, “Handbook of Cosmetic Science & Technology,” in *Marcel Dekker, Inc.*, 2001, p. 806.
- [7] R. B. Oriá, F. V. A. Ferreira, É. N. Santana, M. R. Fernandes, and G. A. C. Brito, “Estudo das alterações relacionadas com a idade na pele humana, utilizando métodos de histo-morfometria e autofluorescência,” *An Bras Dermatol*, vol. 78, no. 4, pp. 425–434, 2003, doi: 10.1590/s0365-05962003000400004.
- [8] W. E. Roberts, “Dermatologic Problems of Older Women,” *Dermatol Clin*, vol. 24, no. 2, pp. 271–280, 2006, doi: 10.1016/j.det.2006.01.012.
- [9] E. Proksch, “Altershaut und Hautpflege,” *Z Gerontol Geriatr*, vol. 48, no. 4, pp. 325–330, 2015, doi: 10.1007/s00391-014-0670-5.
- [10] C. et. al Surber, “Principles of skin care in the elderly,” *G Ital Dermatol Venereol*, pp. 699–716, 2015.
- [11] S. Carneiro and M. Silva, “Cosmetics for the elderly,” *Clin Dermatol*, 2001, doi: [https://doi.org/10.1016/s0738-081x\(01\)00181-x](https://doi.org/10.1016/s0738-081x(01)00181-x).
- [12] S. Luebberding, N. Krueger, and M. Kerscher, “Age-related changes in male skin: Quantitative evaluation of one hundred and fifty male subjects,” *Skin Pharmacol Physiol*, vol. 27, no. 1, 2013, doi: 10.1159/000351349.
- [13] A. et. al Villani, “Hair Aging and Hair Disorders in Elderly Patients,” *Int J Trichology*, Jan. 2023, doi: https://doi.org/10.4103%2Fijt.ijt_90_21.

- [14] R. Baran, “The nail in the elderly,” *Nail Disease Centre, France*, Oct. 2010.
- [15] Cee, “► B Regulamento (Ce) N. 850/98,” vol. 50, pp. 1–54, 2005.
- [16] Cosmetics Europe, “‘Cosméticos. Os nossos fundamentos para a vida quotidiana’ – novos resultados do Estudo Europeu de Perceção do Consumidor revelados no CEAC 2022.” Accessed: Jan. 15, 2024. [Online]. Available: <https://cosmeticseurope.eu/news-events/consumer-study-results-revealed-ceac-2022>
- [17] L. Doyle, “Part 1: The Well Aging Revolution is Here,” *Global Cosmetic Industry’s*, Sep. 2021. Accessed: Jan. 28, 2024. [Online]. Available: https://gcimagazine.texterity.com/gcimagazine/september_2021/MobilePagedReplica.action?pm=2&folio=22#pg29
- [18] P. Brousse and K. Milet, “Pro ageing: ‘Let me be me!’,” *Cosmetic ingredients 2018*, Apr. 17, 2018. Accessed: Jan. 28, 2024. [Online]. Available: <https://www.premiumbeautynews.com/en/pro-ageing-let-me-be-me,13261>
- [19] H. Y. L. da Silva and J. S. Santos, “Influência do ácido retinóico em produtos dermatológicos no tratamento facial e corporal: uma revisão,” *Scire Salutis*, vol. 12, no. 1, pp. 296–303, 2021, doi: 10.6008/cbpc2236-9600.2022.001.0033.
- [20] M. Ramos-e-Silva and S. Sueli Coelho da Silva Carneiro, “Elderly skin and its rejuvenation: products and procedures for the aging skin,” *J Cosmet Dermatol*, Mar. 2007, doi: <https://doi.org/10.1111/j.1473-2165.2007.00289.x>.
- [21] Censos 2021, “População residente (N.º) por Local de residência à data dos Censos [2021] (NUTS - 2013), Sexo e Grupo etário (Por ciclos de vida).” Accessed: Jun. 17, 2023. [Online]. Available: <https://tabulador.ine.pt/indicador/?id=0011609>
- [22] P. INE, “População residente com 65 e mais anos: total e por grupo etário.” Accessed: Sep. 29, 2023. [Online]. Available: <https://www.pordata.pt/portugal/populacao+residente+com+65+e+mais+anos+total+e+por+grupo+etario-3508>
- [23] European Medicines Agency, “Reflection paper on the pharmaceutical development of medicines for use in the older population,” Oct. 2020, Accessed: Jan. 28, 2024. [Online]. Available: <https://www.ema.europa.eu/en/documents/scientific->

guideline/reflection-paper-pharmaceutical-development-medicines-use-older-population-first-version_en.pdf

- [24] G. Lopes, “Análise do mercado dos Suplementos Alimentares e Vitaminas em Portugal: evolução, forecast e tendências,” Universidade de Lisboa , 2017.

Capítulo 2 - Relatório de Estágio em Farmácia Hospitalar

1. Introdução

O estágio que realizei na componente de farmácia hospitalar (FH) foi nos Serviços Farmacêuticos (SF) do Centro Hospitalar Tondela-Viseu (CHTV).

O Centro Hospitalar Tondela-Viseu E.P.E (CHTV) contempla a fusão de dois hospitais: o Hospital São Teotónio em Viseu e Hospital Cândido Figueiredo em Tondela. Trata-se de um hospital de referência na prestação de cuidados de saúde às populações residentes no distrito de Viseu. O seu funcionamento cumpre o Regulamento geral da Farmácia Hospitalar, materializado no Decreto-Lei nº 44204, de 22 de fevereiro de 1962 [1], o Manual de Boas Práticas de Farmácia Hospitalar da Ordem dos Farmacêuticos [2] e o Manual da Farmácia Hospitalar, do INFARMED [3].

O relatório apresentado descreve as atividades que acompanhei durante o período de estágio no CHTV, de 1 de março a 24 de abril de 2023, o equivalente a 8 semanas, sob supervisão da Dr.^a Susana Carvalho e demais equipa profissional dos SF do CHTV.

Este estágio curricular foi de extrema relevância no meu percurso profissional, já que me permitiu consolidar conhecimentos adquiridos ao longo do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas (MICF), no contexto de Farmácia Hospitalar e apreender novas competências nesta área, pela participação ativa nos diferentes setores dos SF.

2. Organização e Gestão dos Serviços Farmacêuticos

Relativamente à organização e gestão dos SF, esta pode ser definida como, o conjunto de procedimentos que tem em vista a redução dos preços de aquisição, dos custos de manutenção de stocks, dos desperdícios, das ruturas de stocks e o aumento da eficiência na distribuição, com o objetivo de conseguir a maior racionalização dos custos [28]. O sistema usado para a logística de todo o SF do CHTV é gerido pelo sistema de gestão integrada do circuito do medicamento (SGICM) desenvolvido pela Global Intelligent Technologies (Glintt®).

No que diz respeito às instalações dos SF do CHTV, estas localizam-se no piso 1 do edifício e apresentam um acesso acessível, tanto aos doentes de ambulatório, como a profissionais de saúde que se desloquem ao serviço, como também apresentam um acesso fácil na receção e distribuição de medicamentos dentro do hospital.

O setor de Farmácia Hospitalar do CHTV compreende uma equipa multidisciplinar constituída por Farmacêuticos Hospitalares (FH), Técnicos Superiores de Diagnóstico e Terapêutica (TSDT), Assistentes Operacionais (AO) e Assistentes Técnicos (AT). Este serviço presta apoio tanto a doentes em regime de internamento, como a doentes em regime de ambulatório. Cabe assim aos SF hospitalares, assegurar a qualidade, eficácia e segurança da terapêutica instituída a cada doente, integrar as equipas de cuidados de saúde e promover ações de investigação científica e de ensino, promovendo a saúde e o uso racional dos medicamentos [3].

No que diz respeito ao horário de funcionamento, os SF asseguram uma cobertura diária de 24 horas, de forma a satisfazer as necessidades do CHTV. O horário de funcionamento nos dias úteis é das 9 as 18:00 horas. Depois desta hora, um Farmacêutico Hospitalar (FH) e um Técnico Superior de Diagnóstico e Terapêutico (TSDT) ficam a assegurar o serviço até às 00 horas, sendo que das 00 horas às 9 horas do dia seguinte os SF laboram em regime de prevenção por um FH.

A gestão em si dos medicamentos nos SF tem várias fases, começando na sua seleção, posteriormente aquisição, receção e armazenamento, passando pela distribuição e acabando na administração do medicamento ao doente.

É importante ainda referir que os SF deste hospital são certificados pela norma ISO 9001:2015, garantindo assim o cumprimento de todas as exigências no que toca à qualidade dos SF no CHTV.

Durante o período do meu estágio, tive oportunidade de conhecer o circuito do medicamento dentro do hospital e tive oportunidade de conhecer e trabalhar com todos os colaboradores da equipa do SF do CHTV. No que toca ao horário que fiz durante o meu estágio: diariamente de segunda a sexta-feira entrava pelas 9:00 horas e saía pelas 17:00 horas, sendo que numa das sextas-feiras, realizei o horário até às 00 horas, de forma a conhecer a dinâmica dos SF em período noturno.

2.1. Aproveitamento

A seleção dos medicamentos e restantes produtos de saúde a integrar na lista de cada hospital gera nos dias de hoje uma enorme preocupação, pois o objetivo é a aquisição de medicamentos com a máxima eficácia, o mínimo de risco para o doente e ao menor custo possível.

Nos SF do CHTV, a aquisição dos medicamentos, produtos farmacêuticos e dispositivos médicos, é da responsabilidade do FH, devendo ser efetuada pelos SF em articulação com o Serviço de Aproveitamento e Logística (SAL). Posto isto, através do Formulário Nacional de Medicamentos (FNM), elaborado pela Comissão Nacional de Farmácia e Terapêutica (CNFT), a Comissão de Farmácia e Terapêutica do CHTV elabora o seu formulário, tendo o FNM, como base de apoio para a introdução de medicamentos no Guia Farmacoterapêutico da instituição. Neste guia constam todos os medicamentos e produtos de saúde que se encontram disponíveis para prescrição e uso em ambiente hospitalar. Este documento vai sofrendo atualizações à medida que novos fármacos são introduzidos, encontrando-se este documento na aplicação informática para todos os profissionais de saúde puderem consultar. Para a introdução de um medicamento no Guia Farmacoterapêutico, o médico prescriptor deve preencher um impresso próprio, devidamente autorizado pelo diretor do serviço que este labora e entregar à CFT, que avalia se a informação está conforme ou não. Após a avaliação, a CFT emite um parecer referente ao pedido de introdução.

O FH afeto ao setor de aquisição começa por fazer um pedido de compra diariamente, via eletrónica. Para se efetivar o pedido de compra, o FH recorre ao software SGICM, para avaliar a situação de cada produto relativamente ao seu ponto de encomenda. O ponto de encomenda, que é a quantidade mínima a partir da qual é aconselhável fazer encomenda, tendo em conta as estimativas de consumo daquele produto, avalia as tendências de utilização com base na média de consumo mensal do ano em curso e no consumo do mês anterior. Assim, sempre que se atinge o ponto de encomenda de um determinado produto, sugere-se a aquisição desse mesmo, de forma a evitar rutura de stock, tendo sempre em atenção a quantidade mínima exigida para perfazer o valor dos portes de encomenda. Após o pedido no SGICM dos medicamentos é gerada automaticamente uma nota de encomenda que é enviada para o fornecedor e é arquivada até a encomenda chegar aos SF.

2.2. Sistemas e Critérios de Aquisição

Após o passo de seleção dos medicamentos a comprar, procede-se à aquisição que fica a cargo do FH. Os processos de aquisição envolvem os Serviço de Aprovisionamento e Logística (SAL), o Conselho de Administração (CA) e os Serviços Farmacêuticos (SF). A cada processo é atribuído um número, e sempre que é necessário adquirir um medicamento é emitida uma nota de encomenda.

A aquisição da grande maioria dos medicamentos é feita com base nos contratos públicos de aprovisionamento celebrados pelos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS), sendo utilizado o “Catálogo de Aprovisionamento Público de Saúde”. Os concursos centralizados dos SPMS contribuem para a racionalização das aquisições pelas instituições do Sistema Nacional de Saúde (SNS), pois permitem a obtenção de bens e serviços em condições mais vantajosas e a simplificação do trabalho administrativo das instituições [4]. Alguns medicamentos não contemplados nas listagens do SPMS são por norma adquiridos através de concursos limitados da responsabilidade do próprio hospital. Para a preparação destes concursos limitados é necessária elaboração de previsões de consumo e definição dos critérios especiais de seleção a incluir no caderno de encargos. Já a aquisição de medicamentos não possuidores de AIM em Portugal é feita através de um pedido de AUE apresentado ao INFARMED pelo diretor clínico do CHTV. Este processo dá-se mediante prévia autorização do respetivo órgão máximo de gestão, sob proposta fundamentada do diretor do serviço e também o parecer favorável da CFT.

Para necessidades especiais, os SF do CHTV possuem acordos com um armazenista local (Alliance Healthcare®), onde o FH responsável solicita os medicamentos necessários, via telefone até às 12 horas, e com registo na agenda “Armazenista Local”. Posteriormente, com o intuito de colmatar a necessidade requerida, os produtos são entregues nos SF, vindo acompanhados de uma fatura, através da qual se confirma se os produtos recebidos correspondem aos solicitados. Em caso afirmativo, é emitida uma nota de encomenda e dada a entrada desses mesmos produtos.

2.3. Receção e Conferência de Produtos Adquiridos

A receção de medicamentos e produtos de saúde possui uma zona específica destinada à receção de encomendas, separada do armazém geral, mas com fácil acesso ao mesmo. Este processo é em grande parte responsabilidade dos TSDT, que confirmam qualitativamente e quantitativamente os produtos encomendados, tendo em conta a

nota de encomenda com a respetiva fatura ou guia de remessa do fornecedor. O TSDT confere ainda o lote, prazos de validade e o estado de conservação dos produtos. Se tudo estiver conforme, é feita a receção informática dos produtos, sendo o original da guia de remessa entregue aos serviços administrativos para posterior pagamento.

Relativamente às matérias-primas, o FH avalia a sua ficha de segurança, bem como, se o boletim analítico satisfaz as exigências da respetiva monografia, de acordo com o regime jurídico dos medicamentos manipulados. Até esta avaliação estar concluída, a matéria-prima é colocada em “quarentena” dentro de um tabuleiro devidamente identificado, presente na sala de reembalagem dos SF.

No caso de se tratar de hemoderivados, estes devem ainda ser acompanhados do boletim de análise, mas também do Certificado de Autorização de Utilização de Lote (CAUL), devido a estes serem derivados de sangue ou plasma humanos. Já os psicotrópicos e estupefacientes, por se tratar de produtos que necessitam de maior controlo, devem vir acompanhados do “Anexo VII” da Portaria n.º 981/98 de 8 de junho, devidamente preenchido pelo fornecedor.

Importante também referir que, as encomendas requeridas pela Unidade de Tondela são primeiramente rececionadas no CHTV e só depois reencaminhadas para Tondela.

Durante o meu período de estágio na área de receção e conferência de produtos, tive oportunidade, junto com o TSDT responsável, confirmar qualitativamente e quantitativamente os produtos rececionados e conferir os seus lotes e prazos de validade respetivos.

2.4. Armazenamento

Nos SF do CHTV são continuamente garantidas as condições ótimas de temperatura (inferior a 25°C ou entre os 2°C e os 8°C, no caso dos produtos necessitados de refrigeração), luz (proteção da luz solar), humidade (inferior a 60%) e segurança.

A maioria dos medicamentos, produtos farmacêuticos e dispositivos médicos, após receção, seguem para o armazenamento no armazém geral, onde são dispostos em estantes, por ordem alfabética da Denominação comum internacional (DCI) e sob a supervisão dos TSDT. Os antibióticos, antirretrovirais, produtos de nutrição, injetáveis de grande volume, inflamáveis e desinfetantes, encontram-se nesse armazém geral,

distribuídos também por ordem alfabética de DCI, mas em locais específicos, separados dos restantes produtos. No caso dos citotóxicos, estes são armazenados num armário fechado e identificado (placa vermelha) numa sala separada, e ao qual somente o FH e TSDT têm acesso. Quanto aos psicotrópicos, estupefacientes e benzodiazepinas, estes são armazenados numa sala à parte também, sendo que as benzodiazepinas se encontram numa estante organizada por ordem alfabética e os psicotrópicos e estupefacientes dentro dum cofre, encontrando-se distribuídos de acordo com a ordem alfabética da sua Denominação comum internacional (DCI) e a sua dosagem. Esta sala encontra-se sempre fechada e de acesso disponível apenas FH e TSDT.

Os produtos que necessitam de refrigeração tais como, imunomoduladores, hemoderivados, citotóxicos, insulinas, entre outros, encontram-se distribuídos, segundo ordem alfabética da sua DCI, na câmara frigorífica e nos dois frigoríficos presentes na sala de ambulatório, sendo que, nestes últimos, estão armazenados apenas os produtos dispensados via ambulatório.

Em todos estes equipamentos de refrigeração está presente uma sonda controladora da temperatura ligada ao Sistema de Emergência que, caso detete valores fora do intervalo permitido por lei (2°C a 8°C), emite um sinal sonoro de alerta.

Importa ainda referir que, todos os produtos armazenados seguem o princípio FEFO (First Expire, First Out), isto é, os produtos com validade mais curta são colocados à frente, de forma a serem dispensados primeiramente. Mensalmente, os prazos de validade são verificados, e todos os medicamentos, produtos farmacêuticos e dispositivos médicos cujo prazo de validade seja inferior a 6 meses, são lhes feitas uma análise da sua previsão de consumo de modo que, caso seja possível, sejam consumidos em tempo útil. Caso contrário, é emitida uma nota de crédito, ou procede-se à troca do produto por outro com validade superior, junto do respetivo fornecedor.

Durante o período de estágio em que estive no armazém central, tive oportunidade de colaborar no armazenamento de alguns produtos rececionados, observar o procedimento para emissão de rótulos, auxiliar na rotulagem, conferir stocks e verificar prazos de validade.

3. Distribuição

A - Distribuição não personalizada

3.1.A Distribuição Tradicional/Clássica

Nos SF do CHTV existe uma sala destinada à Distribuição Tradicional, que se localiza junto ao armazém central, com prateleiras, onde estão dispostos os medicamentos por ordem alfabética de DCI, com exceção dos colírios, das benzodiazepinas e dos antibióticos que se encontram separados dos restantes medicamentos.

Nos SF há medicamentos e produtos farmacêuticos cuja dispensa é efetuada, para a maioria dos serviços clínicos, pelo sistema de distribuição tradicional, com base num stock pré-estabelecido. Assim, nas enfermarias dos serviços do CHTV existe um stock de medicamentos habituais tais como, soluções injetáveis de grande volume, material de penso, antissépticos e desinfetantes, geridos pelos enfermeiros-chefes do serviço respetivo. Quando há falta de algum produto nesse stock, é enviado um pedido de requisição, via online, para os SF. Ao fim do pedido de requisição, o FH valida o pedido, para que este seja preparado pelo TSDT e posteriormente o AO do serviço correspondente o venha levantar. Este tipo de distribuição dá resposta a todos os pedidos que não são satisfeitos pela distribuição individual em dose unitária.

Durante o período em que estive na área da distribuição tradicional, tive a oportunidade de preparar diariamente a medicação e produtos solicitados pelos diferentes serviços do CHTV.

3.2.A Reposição por Stocks Nivelados (não personalizada)

Este sistema de distribuição não personalizada, garante a reposição de stocks pré-definidos por cada serviço, de modo a assegurar o acesso dos medicamentos e produtos de saúde aos doentes em regime de internamento, quando os sistemas de distribuição personalizados não são aplicáveis ou adequados [3].

À semelhança do que ocorre no sistema anteriormente descrito, na reposição por stocks nivelados é gerado um perfil qualitativo e quantitativo de consumo para um determinado serviço, definido e controlado pelo FH, em colaborações com o diretor e o enfermeiro-chefe de cada serviço respetivo. Consoante esse perfil, é feita a reposição de cada gaveta do carrinho com os produtos em falta.

A Distribuição por Reposição por Stocks Nivelados no CHTV é organizada da seguinte forma: é eleito um dia específico por semana e registado no mapa semanal, presente na sala da distribuição tradicional dos SF do CHTV. No dia estabelecido, cada serviço é atendido e fornecido pelos SF, com um stock fixo de medicamentos, produtos farmacêuticos e dispositivos médicos.

Este tipo de sistema de distribuição existe somente em alguns serviços do CHTV, entre os quais estão: a Urgência Obstetrícia e Ginecológica, a Obstetrícia A e B, e o Bloco Operatório.

Durante o presente estágio, tive possibilidade de perceber todo o circuito deste tipo de distribuição dentro do hospital, já que colaborei com os TSDT na marcação do horário de entrega da medicação ou produtos de saúde, na validação por parte dos FH dos pedidos e na entrega dos produtos com os AO nos serviços respetivos.

3.3A Distribuição por Pedido Extraordinário

Sempre que um serviço necessite de medicamentos ou de produtos de saúde com carácter urgente, que não existam no stock nivelado, procede-se a um pedido extraordinário. A validação do pedido é efetuada por um FH e a sua preparação por um TSDT, que envia a cápsula para o respetivo serviço.

B – Distribuição personalizada

3.3.B Distribuição Individual Diária em Dose Unitária (DIDDU)

O sistema de DIDDU apresenta um papel fundamental no circuito do medicamento a nível hospitalar. Este sistema consiste na cedência do medicamento certo, na quantidade e qualidade certas, para doentes em regime de internamento [2], [3].

A distribuição de medicamentos em dose unitária (DIDDU) é da responsabilidade do FH, que começa por validar a prescrição médica, via eletrónica ou manual.

O pedido é analisado para verificar a adequação do medicamento, da dosagem, da via de administração, da forma farmacêutica, da frequência e do perfil Farmacoterapêutico do doente bem como, a inexistência de incompatibilidades e interações que ponham em causa a segurança do doente. A dispensa de medicamentos só será efetuada perante a

apresentação de uma prescrição médica, que pode ser informatizada ou manual, onde pelo menos constem os seguintes elementos:

- Identificação do doente;
- Data da prescrição;
- Designação do medicamento por DCI e indicação de dose, forma farmacêutica, posologia e via de administração;
- Identificação do médico prescriptor.

A partir deste perfil Farmacoterapêutico prepara-se toda a medicação de forma individual, para um período máximo de 24 horas e se possível por tomas, acondicionada na gaveta de cada doente integrada em módulo próprio. Se os SF não laborarem de forma contínua, como o caso dos feriados / fins de semana terão de ser distribuídos medicamentos para 48 horas. Caso exista algum erro ou dúvida relacionada com a respetiva prescrição, esta é resolvida de imediato, entrando em contacto com o respetivo prescriptor. Após a validação, o FH gera os mapas gerais por serviço. Até à hora da distribuição de medicação, é verificado se existem alterações ao mapa geral com a elaboração de mapas de alterados. Após a saída das cassetes todas as alterações às prescrições são atendidas através de mapas alteradas.

Finalizada esta etapa, segue-se o processo de preparação da medicação em regime de DIDDU. Este processo pode ser totalmente manual ou com o apoio de equipamentos semiautomáticos. Os equipamentos mais utilizados são do tipo Kardex ou então o equipamento de reembalagem FDS. Atualmente nos SF do CHTV, parte da medicação é preparada pelo Kardex que, tal como o sistema FDS, recebe a informação relativa à dispensa de medicamentos enviada via SGICM, processa-a e dá saída desses mesmos medicamentos. Posteriormente o módulo contendo as gavetas dos doentes é entregue na unidade de internamento pelo AO, onde o Enfermeiro procede à administração da medicação aos doentes. Os horários de recolha das prescrições médicas e troca de módulos estão estabelecidos com os serviços clínicos. Fora dos horários estabelecidos, apenas é fornecida a terapêutica de carácter urgente.

Durante o meu período de estágio, validei junto dos FH as prescrições médicas e colaborei na preparação da medicação de forma individual utilizando o Kardex ou então manualmente, e colaborei no processo de reembalagem utilizando a FDS.

3.4.B Distribuição a Doentes em Ambulatório

A distribuição de medicamentos em regime de ambulatório, pelos SF, é um serviço que permite a dispensa de medicamentos de uso exclusivo hospitalar em situações clínicas específicas ou legisladas. Esta dispensa é gratuita aos doentes que provenham das consultas externas ou do hospital de dia do respetivo hospital, sendo que esta dispensa compreende medicamentos cujo fornecimento se encontra abrangido pela legislação ou autorizado pelo Conselho de Administração do respetivo hospital. Sempre que se justifique, esta dispensa pode ser efetuada a doentes internados no momento da alta, para completar o tratamento no domicílio (como é o caso de antibióticos de uso exclusivo hospitalar) e ainda a doentes atendidos no serviço de urgência do hospital, mediante autorização do diretor clínico [5]. A dispensa ao público, de medicamentos que não sejam de uso exclusivo hospitalar é regulada pelo Regulamento Geral da Farmácia Hospitalar, Decreto-Lei n.º 44 204 de 2 de fevereiro de 1962 e Decreto-Lei n.º 206/2000, de 1 de Setembro que estabelece que não é permitida às farmácias ou serviços hospitalares vender medicamentos ao público, exceto quando na localidade não exista farmácia particular; quando, em situação de emergência individual ou coletiva, se apure não haver no mercado local os medicamentos necessários ou quando as farmácias pertençam a Santas Casas da Misericórdia que já possuam alvará de venda ao público [1], [3], [5].

A distribuição de medicamentos a doentes em regime ambulatório pelos SF, resulta da necessidade de haver um maior controlo e vigilância em determinadas terapêuticas, em consequência de possíveis efeitos secundários graves e da necessidade de assegurar a adesão dos doentes à terapêutica. Assim, é extremamente importante a dispensa de medicamentos a doentes a nível hospitalar, pois permite que um número significativo de doentes possa fazer os seus tratamentos em regime de ambulatório, reduzindo assim os riscos inerentes a um internamento (como por exemplo, infeções nosocomiais) e possibilitando que o doente possa continuar o tratamento no seu ambiente familiar.

O serviço de ambulatório dos SF do CHTV está disponível de segunda a sexta-feira, das 9h às 18h, estando presentes dois FH, exceto à hora de almoço e das 17h às 18h que se encontra apenas um.

As patologias tratadas em regime de ambulatório no CHTV que se encontram legisladas são: esclerose lateral amiotrófica (ELA), esclerose múltipla, insuficiência renal crónica, transplantes, portadores do Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH), doença de Crohn ativa grave ou com formação de fístulas, hepatite C, foro oncológicas (como

cancro da próstata, mama e linfomas), artrite reumatoide, espondilite anquilosante, artrite psoriática, artrite idiopática juvenil poliarticular e psoríase em placas, fibrose quística, Síndrome de Lennox Gastaut, Doença de Machado Joseph e Acromegalia [9].

No que concerne aos medicamentos não abrangidos pela legislação, estes podem ser dispensados gratuitamente se destinados a doentes com patologias crónicas, desde que prescritos na consulta externa do hospital, mediante autorização do Conselho de Administração. No caso do CHTV, dispensa-se soluções/suspensões orais para pediatria e também terapêutica para a hepatite B. A única situação na qual os SF dispensam medicamentos a doentes externos provenientes de outras instituições públicas ou privadas, encontra-se ao abrigo da Portaria nº 48/2016, de 22 de março [7]. Esta Portaria define um regime excepcional de comparticipação para os medicamentos destinados ao tratamento de doentes com artrite reumatóide, espondilite anquilosante, artrite psoriática, artrite idiopática juvenil poliarticular e psoríase em placas, nas quais o médico prescriptor menciona expressamente o regime previsto. O doente deve fazer-se acompanhar da prescrição eletrónica impressa, onde deve vir indicado o número da consulta certificada do centro prescriptor.

O processo de distribuição em regime de ambulatório no CHTV, está compreendido nas seguintes etapas: receção da prescrição, validação, preparação, dispensa e aconselhamento e por fim arquivo da prescrição para futura faturação.

Relativamente à receção da Prescrição, primeiramente a dispensa começa com a apresentação de uma receita (manual/papel ou informatizada), por parte do utente que chega à zona de atendimento.

Depois passamos para a validação do pedido, onde o FH procede à validação da prescrição, avaliando se a receita em causa se encontra devidamente preenchida e autenticada, e se não existem erros ou falhas relativamente à medicação a dispensar. Os elementos que devem constar na prescrição médica, a validar são: Identificação do Médico prescriptor e do utente; Diagnóstico/Patologia; Prescrição Farmacológica (a qual deve estar a DCI, dose e frequência de administração do fármaco e a duração prevista para a terapêutica instituída). Deve constar ainda, a data prevista para a próxima consulta médica, caso exista. Quando o utente em causa vai levantar a medicação pela primeira vez, o FH cede-lhe um cartão institucional renovável, onde constam as informações básicas do utente, e onde é anotada a medicação e quantidade cedida e a data do próximo levantamento. Reforça-se ainda o horário em que o utente pode

levantar a sua medicação. Por fim, o utente deve ainda assinar um termo de responsabilidade, em que este se compromete a fazer a terapêutica cedida de forma responsável e a conservar os medicamentos no seu domicílio de acordo com o aconselhado pelo FH. No caso de se tratar da primeira dispensa de medicação sujeita a armazenamento no frio, é fornecido ao utente, um saco térmico com um termoacumulador, sendo este informado de que o terá obrigatoriamente de trazer sempre que vier levantar nova medicação desta natureza. Informa-se também que o levantamento da sua medicação nas próximas vezes não é obrigatoriamente necessário que se faça pelo próprio, podendo ser feito por qualquer outra pessoa da sua confiança, desde que, se faça acompanhar do cartão de terapêutica cedido e do seu cartão de cidadão, bem como do saco térmico e termoacumulador, nos casos em que se justifique.

Na preparação, cedência e aconselhamento o FH procede à cedência da terapêutica de acordo com a legislação em vigor e com as autorizações especiais cedidas pelo CA. Regra geral, apenas dispensa-se medicação para um mês de terapêutica, exceto em caso de rutura de stock ou situações particulares devidamente justificadas e avaliadas pelo CA, como é, por exemplo, situações de doentes que residem longe e que têm dificuldade em se deslocar regularmente ao hospital para adquirir a sua medicação [14]. O FH presta as informações necessárias à correta utilização do medicamento como por exemplo, qual é indicação terapêutica, posologia, via e forma de administração, condições de conservação, possíveis interações com outros medicamentos ou alimentos, possíveis efeitos adversos e esclarecimento de eventuais dúvidas que surgirão. Sempre que for possível, reforça-se a informação escrevendo nas embalagens ou envelopes de medicamentos qual a posologia que o doente deve fazer. Além disto, o FH informa qual a data do próximo ato de dispensa de modo a incentivar a adesão do utente à terapêutica.

Por fim temos o Débito da Medicação Cedida e Arquivo da Prescrição Médica. O débito da medicação cedida é efetuado por doente, de acordo com a legislação em vigor, sendo pedido ao mesmo, ou ao cuidador/representante, uma rubrica no documento impresso, que serve de fatura e onde vai o custo global da terapia. Este mesmo documento é igualmente rubricado e datado pelo FH do ambulatório que procedeu à respetiva cedência de medicação.

Relativamente ao arquivo, alguns dos recibos vão para a faturação, nomeadamente os dos medicamentos biológicos não prescritos na instituição e também os medicamentos para a ELA e as epoetinas.

No caso de medicamentos para o tratamento da hepatite C, estes encontram-se numa sala com acesso restrito, sendo que para doentes candidatos a terapêutica tripla para hepatite C crónica deve ser feito o registo pela CFT do hospital no Portal da Hepatite C, disponível na página eletrónica do INFARMED, I.P., e fornecida a informação clínica e técnico-científica considerada relevante e a utilização de medicamentos prescritos e dispensados ao abrigo do presente regime especial de comparticipação deve ser monitorizada pela CNFT segundo a Portaria 158/2014 de 13 de fevereiro [8].

Para além do processo de dispensa de medicamentos, o FH no setor de ambulatório realiza inúmeras outras atividades, como o PEMproxi que permite aos doentes crónicos acompanhados no CHTV, escolherem a farmácia comunitária onde pretendem receber os medicamentos de prescrição exclusivamente hospitalar, evitando deslocações necessárias à instituição.

Em relação às rotinas deste setor, diariamente é realizado um pedido ao armazém central, de modo a efetuar a reposição do stock existente no ambulatório. Geralmente é feita uma contagem do stock, na qual pode participar, com o objetivo de detetar discrepâncias entre o stock físico e o stock informático e documentar medicamentos com stock baixo para posterior encomenda.

No decorrer do meu estágio neste setor, observei e participei em vários atendimentos e dispensas de medicamentos aos doentes, prestando informações essenciais ao uso correto do medicamento, estado de conservação e preenchimento do respetivo cartão de levantamento da medicação, além de participar na reposição de stock no ambulatório. Durante o período que estive nesta área, foi-me proposto fazer um resumo das indicações, posologia, contraindicações e efeitos adversos de dois novos medicamentos que iriam ser dispensados em regime de ambulatório, o Filgotinib e Ozanimod.

3.5. Medicamentos Sujeitos a Controlo Especial

3.5.1. Hemoderivados

Os hemoderivados são definidos como, medicamentos constituídos por proteínas plasmáticas de interesse terapêutico, não passíveis de serem sintetizados por métodos convencionais. Assim, estes têm de ser obtidos de plasma de dadores humanos

saudáveis, através de um processo tecnológico adequado de fracionamento e purificação.

Os principais componentes destes medicamentos são: albumina, imunoglobulinas e fatores da coagulação (Complexos protrombínicos, Fibrinogénio, etc.) [9].

A requisição, distribuição e administração dos hemoderivados é regulado pelo Despacho nº1051/2000, de 14 de setembro [10]. Segundo esse despacho, devem ser registados todos os atos de requisição clínica, distribuição e administração aos doentes, de todos os medicamentos derivados de plasma humano, registados em impresso próprio para o efeito (Modelo n.º 1804, exclusivo da Imprensa Nacional - Casa da Moeda, S. A.). Este impresso é constituído por 2 vias: a Via Farmácia e a Via Serviço, ficando a primeira arquivada nos SF do CHTV, e a Via Serviço no processo clínico do doente, por um período de 50 anos. A ficha é dividida em 4 quadros:

- Quadro A – identificação do médico e do doente;
- Quadro B – requisição/justificação clínica, preenchido pelo médico com a designação do hemoderivado, dose/frequência, diagnóstico/justificação clínica e duração do tratamento;
- Quadro C – registo de distribuição, preenchido pelos serviços farmacêuticos, com a designação do hemoderivado, quantidade, lote, laboratório de origem/fornecedor e nº CAUL emitido pelo INFARMED;
- Quadro D – registo de administração, este quadro apenas se encontra na “Via Serviço” que é levada no momento da dispensa do hemoderivado e preenchido pelo enfermeiro responsável pela administração.

O processo de requisição de hemoderivados inicia-se com a prescrição médica e o respetivo preenchimento por parte do médico do Quadro A (com identificação do médico e uma etiqueta de identificação do doente) e Quadro B. Quando esta ficha de requisição é entregue nos SF, o FH responsável verifica se os quadros A e B, referentes à identificação do médico e do doente e à requisição/justificação clínica, dose e duração do tratamento, estão adequadamente preenchidos. De seguida, o FH preenche o quadro C, digitando o consumo informático sequencial, o nome do hemoderivado, a quantidade dispensada, o lote, o laboratório de origem/ fornecedor, o n.º CAUL, emitido pelo INFARMED e assina a ficha. Na Via do Serviço, que é levada após dispensa juntamente com o hemoderivado, está presente um outro quadro (Quadro D), respeitante à administração do medicamento ao doente, sendo o local a preencher pelo

responsável por essa mesma administração. Por fim, todos os hemoderivados aquando da dispensa são etiquetados com informação do doente e do hemoderivado, de forma a minimizar riscos.

No decorrer do estágio neste setor, tive a oportunidade de acompanhar o circuito dos hemoderivados, auxiliando no preenchimento dos impressos de requisição, sob supervisão, bem como a sua imputação e respetiva conferência.

3.5.2. Psicotrópicos, Estupefacientes e Benzodiazepinas

Os Medicamentos Estupefacientes e Psicotrópicos (MEP) estão sujeitos a um controlo especial de distribuição, devido ao seu potencial uso ilícito e capacidade de causar dependência. Os MEP são regulados pelo Decreto-Lei n.º 15/93 de 22 de janeiro [11], que descreve todas as substâncias e preparações que se inserem na designação de MEP.

Após a prescrição médica, um enfermeiro do serviço requerente dirige-se aos SF com o pedido mediante a apresentação do destacável da Ficha de Controle de Estupefacientes ou Psicotrópicos (ficha própria do CHTV). No CHTV esta ficha tem uma parte destacável, onde a parte superior fica nos SF e a parte inferior é levada pelo enfermeiro do serviço requerente. Cada ficha é relativa a um único medicamento e a uma respetiva dosagem, podendo este ser administrado a vários doentes. Além disso, esta ficha possui uma cor diferente caso se trate de medicamentos psicotrópicos (amarelo) ou de estupefacientes (azul), minimizando erros possíveis. Na parte superior da ficha é necessário o preenchimento de diversos campos como: o Nome do medicamento, forma farmacêutica e quantidade cedida; Identificação do profissional de saúde responsável pela entrega; Identificação do serviço requerente; Data de receção do medicamento e assinatura do enfermeiro responsável. Já na parte inferior é necessário o preenchimento dos campos: Data de receção do medicamento e assinatura do enfermeiro responsável; Nome do medicamento, quantidade e serviço requerente; Identificação de todos os doentes a quem foi administrado o medicamento com a data e hora da administração, nome do doente, número de cama, dose e rúbrica do enfermeiro responsável pela administração.

Após a validação da prescrição pelo FH, o enfermeiro do serviço requerente desloca-se aos SF onde é preenchida a Ficha de Controle de Estupefacientes ou Psicotrópicos e destacada. Após o preenchimento, o TSDT leva a parte superior da ficha até à sala de acesso restrito onde se encontram os MEP e arquiva-a. Dentro do cofre ao lado de cada

medicamento, existe uma folha onde são registados todos os movimentos de entrada e saída dos medicamentos.

Depois do registo da saída de stock, o TSDT leva a medicação ao enfermeiro, junto com a parte inferior da ficha, para que sejam registadas as administrações. Quando o serviço necessita de mais medicação, a parte inferior com os registos é devolvida aos SF, para ser anexada à parte superior correspondente (que possui o mesmo número) e posterior análise das quantidades cedidas e administradas.

Relativamente a este circuito de distribuição, tive oportunidade de colaborar na imputação e conferência das requisições dos MEP, registar na folha dentro do cofre todos os movimentos de entrada e saída dos medicamentos e entrega da medicação ao enfermeiro do serviço requerente.

4. Produção e Controlo: Farmacotecnia

A área da produção e controlo de medicamentos nos SF destina-se essencialmente a casos individuais e específicos (como por exemplo, soluções / suspensões para pediatria, pomadas para determinados tratamentos dermatológicos), à reembalagem de doses unitárias sólidas (como papéis, pós, granulados) e às preparações estéreis (p.ex., citotóxicos injetáveis, nutrição parentérica e outras soluções estéreis). Deste modo, a preparação da medicação deve ser efetuada em condições e locais adequados, por profissionais de saúde altamente especializados, seguindo normas previamente estabelecidas, tendo em conta o tipo e o nível de exigência das preparações farmacêuticas [3].

4.1. Preparação de Nutrição Parentérica

A malnutrição resulta de um estado de ingestão alimentar deficitária, que leva à perda de peso involuntária e a alterações da composição corporal (nomeadamente perda de massa muscular), que por sua vez contribuem para uma diminuição das funções físicas e mentais e impacta negativamente a evolução da doença [12].

A nutrição artificial está indicada quando um doente não se alimenta o suficiente para cobrir as necessidades energéticas. A nutrição parentérica (NP) é menos fisiológica que a nutrição entérica (NE), estando apenas indicada nas situações de obstrução ou mau funcionamento do tubo digestivo. Em relação às bolsas de Nutrição parentérica estas

podem destinar-se a administração por veia periférica (800-900 mOsm/L; veia braquial) ou por veia central (veia subclávia ou jugular) [13].

No CHTV, este tipo de nutrição não é preparado pelos SF, sendo feita a aditivação pelos enfermeiros de cada serviço no momento da administração, de bolsas standard vendidas pela Indústria Farmacêutica.

4.2. Reconstituição de fármacos citotóxicos

Os medicamentos citotóxicos são utilizados a nível hospitalar para o tratamento de diversos tumores malignos. Podem ser usados, quer isolados ou em combinação, quando a cirurgia ou a radioterapia não são possíveis, ou se mostraram ineficazes, ou como adjuvantes da cirurgia ou da radioterapia ou como tratamento inicial [14].

A reconstituição de citotóxicos consiste no manuseamento de fármacos, que inibem ou diminuem a divisão de células neoplásicas e que se destinam a ser administradas por via parentérica (sendo a via intravenosa a mais comum). Deste modo, os citotóxicos são um grupo de medicamentos de risco elevado, dada as suas propriedades farmacológicas pelo que requerem uma manipulação adequada em condições próprias, pessoal profissional formado e treinado na área, instalações e equipamentos próprios, seguindo os procedimentos técnicos específicos [14].

No CHTV, a Unidade Centralizada de Preparação de Citotóxicos (UCPC) dos SF, é constituída por dois FH sendo que, um receciona e valida as prescrições e o outro coordena, supervisiona a preparação junto dos TSDT e prepara a medicação que o doente irá levar consigo após a sessão. Temos ainda dois TSDT, um manipulador e um que auxilia, que se encontram dentro da Câmara de fluxo de ar laminar vertical da classe II B2 (CFL) e um AO que colabora na entrega da medicação no respetivo hospital de dia.

Todos os doentes com indicação para fazerem quimioterapia em determinado dia da semana encontram-se listados numa agenda. Desta forma, assim que o doente chega ao hospital de dia irá realizar as análises clínicas, de forma a perceber se se encontra apto para receber a terapêutica. Após confirmação da equipa médica que o doente se encontra apto, o serviço de enfermagem contacta por telefone, um FH que se encontre na UCPC, para informar se o doente se encontra em condições de receber a terapêutica

prescrita, sendo que o FH anota na agenda que este se encontra apto e a hora da confirmação por parte do hospital de dia.

Posto isto, após a chegada da prescrição aos SF é efetuada a validação da prescrição médica, que deve conter os seguintes elementos tais como: a identificação do doente (nome completo, número do processo, idade), o diagnóstico clínico, parâmetros antropométricos (peso, altura, área de superfície corporal), esquema terapêutico, ciclo do tratamento (número e dia do ciclo, linha terapêutica) e concentrações máximas que são seguras. Relativamente ao modo de prescrever, o médico segue os protocolos de terapêutica antineoplásica, onde a posologia para cada fármaco é calculada em função da superfície corporal (mg/m^2) do utente, peso (mg/kg) ou AUC (área sobre a curva do gráfico concentração de fármaco em função do tempo), e de eventuais reduções de dose devidamente especificadas na prescrição. Os protocolos são esquemas terapêuticos definidos atualizados, e que se encontram padronizados informaticamente, facilitando o médico na hora de prescrever. Para fármacos que não sejam parte do formulário do Hospital ou quando não sejam terapêuticas de 1ª linha, antes de validação o FH deve ainda conferir se para aquele doente existe autorização por parte do diretor clínico.

Após receção e validação, o FH perante uma prescrição manual, prossegue com o agendamento da hora de receção da prescrição e elaboração dos rótulos de identificação de cada tratamento oncológico. Nesse rótulo encontramos: o nome do doente, data da administração, medicamento, dose total, volume correspondente, serviço clínico, solução e volume de diluição, volume final e número mecanográfico do FH. Estes mesmos rótulos servem de base para a preparação dos tabuleiros de preparação da medicação citotóxica. Caso seja prescrição eletrónica, o FH imprime o mapa de produção por medicamento para os TSDT e imprime os rótulos que têm as seguintes informações tais como, o nome do doente, serviço clínico, data da administração, medicamento, dose total, volume correspondente, solução e volume de diluição, volume final e número mecanográfico do FH, débito, estabilidade, duração, conservação e observações pertinentes à administração.

Após a preparação dos rótulos, o FH vai para a antecâmara preparar os sacos onde irão ser colocados os citotóxicos. Cola os dois rótulos no saco, sendo que um fica na parte de fora do saco e outro será colocado pelos TSDT na câmara de fluxo laminar, no saco da solução preparada. Antes do saco entrar na câmara, o FH regista o que entrou para a câmara, através do código de barras presente no rótulo. Regista também quando sai da

câmara, quando é colocado no carrinho dos citotóxicos e aquando da entrega do carro de transporte no serviço respetivo.

O processo de preparação dos medicamentos citotóxicos é realizado no sistema modular de salas limpas. A UCPC (instalações perfeitamente definidas e isoladas, constituídas por um sistema modular de salas limpas) é constituída por três salas: duas Pré-salas (ou antecâmaras) e uma Sala de preparação dos citotóxicos injetáveis (onde se encontra a câmara de fluxo de ar laminar vertical tipo B2). Assim, antes do início da manipulação, liga-se a câmara de fluxo de ar laminar vertical tipo B2 e aguarda-se durante 30 minutos para estabilizar o sistema. De seguida, selecionam-se todas as matérias-primas e material clínico necessário à manipulação dos medicamentos citotóxicos. Regista-se as validades, lotes e quantidades de material a usar e coloca-se num tabuleiro metálico juntamente com os rótulos. Esse tabuleiro é colocado no transfer do sistema modular.

Após a estabilização do sistema, são registados diariamente, em impresso próprio afixado na antecâmara, os valores de temperatura e pressão na pré-sala e na sala de trabalho, sendo que os critérios de aceitação para os mesmos são: Pressão > 1 mmH₂O na “Pré-sala”, Pressão ≤ 0 mmH₂O na “Sala de trabalho” e Temperatura < 25 °C. Neste sistema recorre-se a um diferencial de pressão entre a sala de trabalho (pressão negativa) e a antecâmara (pressão positiva) com o intuito de impedir a contaminação das zonas limpas.

Primeiramente começa-se por preparar, sempre que possível, os anticorpos monoclonais e só depois os citotóxicos, de forma a reduzirmos potenciais contaminações que advém da manipulação dos citotóxicos. Após a conclusão do trabalho, tanto o sistema modular de salas limpas, como a câmara de fluxo de ar laminar vertical tipo B2, devem permanecer em funcionamento por um período de cerca de 20 minutos para que sejam eliminadas quaisquer partículas que ainda estejam em circulação.

Ao longo da preparação dos citotóxicos, o FH contacta o hospital de dia para que este envie um auxiliar do serviço com o carrinho, para que o FH coloque os citotóxicos e a medicação que o doente necessita, que está previamente indicada na prescrição médica. Após as preparações terem sido produzidas, rotuladas e distribuídas no respetivo serviço, são agendados os doentes para os próximos dias.

Quanto ao tratamento de resíduos, todos os objetos cortoperfurantes devem ser rejeitados para um contentor de plástico rígido e os restantes materiais que tenham entrado em contacto com os citotóxicos devem ser descartados para os sacos vermelhos para incineração. Em caso de derrame accidental de citotóxicos, os profissionais de saúde têm acesso a um kit de derrame. Esse kit encontra-se na antecâmara e na sala onde ficam armazenados os citotóxicos que não necessitam de refrigeração. Estes kits contêm vários itens como: fita para demarcação do local, um contentor rígido para colocar material cortante, compressas absorventes, resguardos absorventes descartáveis, pá e pinça para recolha de vidros, solução de irrigação de NaCl 0,9%, saco de plástico espesso vermelho, detergente alcalino para remoção de resíduos e vestuário descartável (máscara de proteção respiratória, luvas, óculos de segurança, touca para cabelo, protetor de calçado e bata impermeável comprida). Os resíduos de citotóxicos devem ser colocados no contentor rígido, enquanto o material de limpeza e vestuário devem ser colocados no saco de plástico vermelho para incineração. É ainda necessário quando estas situações ocorrem preencher uns formulários de ocorrência e repor imediatamente o material usado.

Todas as sextas-feiras é feita uma limpeza mais profunda da CFL com HighSept Power Spray®, um detergente composto por amónia quaternária. Já quinzenalmente, a sala de preparação é devidamente limpa por um AO com formação específica para exercer a função.

Durante o meu estágio tive a oportunidade de contactar e colaborar com todos os processos que ocorrem neste setor, desde a análise e validação das prescrições, efetuando os cálculos necessários, tendo em conta os parâmetros analíticos do utente. Preparei também a pré-medicação e pós-medicação a dar ao doente e registei as entradas e saídas das etiquetas de tratamento.

Existem ainda casos especiais que exigem o apoio do FH em que tive oportunidade de colaborar, como é o caso do uso de Panitumumab e da Talidomida. O primeiro causa uma reação dermatológica em alguns pacientes, sendo que o laboratório de produção deste medicamento concede gratuitamente um kit da La Roche Posay®, que contém um creme hidratante, um gel lavante e um protetor solar para aliviar os sintomas causados pelo uso deste fármaco, tais como secura extrema e pústulas na pele. Já a utilização da talidomida exige um controlo rigoroso pelo FH já que este preenche um formulário sobre a possibilidade de gravidez e os seus efeitos, que posteriormente o doente assina e fica arquivado no processo clínico do doente.

4.3. Preparações Extemporâneas Estéreis

A preparação de manipulados extemporâneos estéreis é da responsabilidade do FH, sendo as tarefas de preparação executadas pelo TSDT orientado pelo FH. Este tipo de preparações diferencia-se da preparação de citotóxicos, pela necessidade de proteger apenas os manipulados e não os operadores utilizando-se assim, uma câmara de fluxo laminar horizontal (CFLH). Para termos acesso à CFLH existe uma antecâmara, onde o TSDT se equipa com um vestuário adequado. A sala de apoio da CFLH é a mesma utilizada para a preparação de citotóxicos, mas com um transfer próprio utilizado para colocar o material e medicamentos necessários.

Tal como na preparação de citotóxicos, são feitas regularmente controlos microbiológicos das salas e da CFLH.

Durante o meu estágio assisti à preparação de colírios de anfotericina B e colírios de ciclosporina.

4.4. Preparação de Formas Farmacêuticas não Estéreis

A preparação de formas farmacêuticas não estéreis, também designadas de manipulados, continua a ocupar um lugar importante na terapêutica medicamentosa já que, muitas das vezes constituem alternativas vantajosas, em relação aos medicamentos preparados a nível industrial e possibilitam a personalização da terapêutica, através da prescrição de fórmulas magistrais.

A preparação de manipulados é uma das tarefas realizadas nos SF do CHTV. Os manipulados podem ser fórmulas magistrais (todos os medicamentos preparados em farmácia, sob indicação de uma receita médica) ou preparados oficinais (todos os medicamentos preparados segundo as indicações de uma farmacopeia ou de um formulário galénico). No CHTV, a preparação destes manipulados é realizada no laboratório de farmacotecnia, onde se encontra todo o material, matérias-primas, bibliografia e documentação necessária à preparação. Na preparação de medicamentos manipulados, o FH deve seguir as “Boas Práticas a Observar na Preparação de Medicamentos Manipulados em Farmácia de Oficina e Hospitalar” (Portaria n.º 594/2004 de 2 de junho) [15].

A preparação dos medicamentos manipulados deve ser realizada por um FH e um TSDT, com formação e experiência adequadas. A preparação inicia-se com uma prescrição médica, que é analisada pelo FH, de forma a verificar a existência de incompatibilidades ou interações, que possam condicionar a segurança do doente. Caso a prescrição seja validada, inicia-se o processo de preparação do manipulado.

Antes de se proceder à preparação propriamente dita, o operador deve assegurar-se:

1. Que a área de trabalho se encontra limpa e que não existem outros produtos ou documentos não relacionados com a preparação farmacêutica a elaborar;
2. Que são respeitadas as condições ambientais eventualmente exigidas pela natureza do medicamento a preparar;
3. Que estão disponíveis todas as matérias-primas, corretamente rotuladas e com prazos de validade em vigor, bem como os equipamentos necessários à preparação, os quais devem apresentar-se em bom estado de funcionamento e de limpeza.

Ao fim de se verificar que cumprimos os requisitos mencionados acima, é necessário emitir rótulos e preencher devidamente a ficha de preparação do manipulado, segundo o Formulário Galénico Português (FGP). A ficha de preparação deve conter os seguintes elementos: o nome do manipulado, a data de preparação, quais as matérias-primas e as suas quantidades, a quantidade final do manipulado a preparar, o material necessário à preparação, a técnica de preparação, o material de embalagem, os ensaios de verificação, o prazo de validade, as condições de conservação e a bibliografia. A emissão do rótulo é feita com auxílio do sistema informático, e nele consta a identificação do hospital e dos SF, identificação da diretora técnica do serviço, nome do doente, nome do manipulado, composição, lote, via de administração, posologia, condições de conservação, observações importantes, data de validade e data de preparação. Para a emissão do número de lote de cada manipulado não estéril é utilizado o seguinte esquema: XAAMMDD, onde X é a letra do alfabeto introduzida diariamente por ordem alfabética; AA corresponde aos dois últimos dígitos do ano, MM corresponde ao mês e DD ao dia da preparação.

A requisição é entregue ao TSDT responsável pela preparação de formas farmacêuticas não estéreis. Antes de iniciar a manipulação, o TSDT deve equipar-se corretamente com touca, máscara, luvas, bata, óculos para iniciar a preparação do manipulado, sendo que todo o processo é supervisionado por um FH.

Por fim, faz-se os ensaios de verificação, a fim de sabermos se o manipulado se encontra dentro das especificações e com a qualidade recomendada e acondiciona-se e rotula-se o manipulado.

Durante o meu estágio observei a preparação de pomada de Metoxsaleno, usada em tratamentos dermatológicos e a solução oral de Nistatina, para doentes oncológicos com o objetivo de tratar e anestesiá feridas (estomatites/mucosites) com origem fúngica presentes na cavidade bucal destes pacientes.

5. Reembalagem

A reembalagem de medicamentos sólidos orais tais como, comprimidos (quer inteiros ou fracionados) e cápsulas é um processo essencial ao sistema de DDDU, sendo efetuada de forma a garantir a segurança e qualidade do medicamento final [3]. Os medicamentos dispensados devem estar corretamente embalados e rotulados nos SF, em recipientes adequados, que assegurem estanquicidade, proteção mecânica, proteção da luz e do ar, de modo a preservar a sua integridade, higiene e atividade farmacológica [16].

Assim, nos SF do CHTV, um AO procede à desblisterização de cada medicamento, registando qual a quantidade total desblisterada. A seguir, o TSDT responsável, coloca os medicamentos no aparelho (FDS), saindo estes posteriormente numa tira já reembalados, divididos através da existência de uma zona picotada. No rótulo da tira fica presente o nome por DCI, dosagem, lote, prazo de validade e identificação do hospital, identificando inequivocamente cada medicamento. Entre cada reembalagem, todo o material é limpo com álcool etílico a 70%, de modo a evitar possíveis contaminações cruzadas. Quanto ao prazo de validade, tem-se em conta o prazo de validade da embalagem original sendo igual a 25% da validade remanescente até ao máximo de 6 meses.

Todo o processo de reembalagem e rotulagem é efetuado numa sala específica, equipada com um computador com a função de realizar a rotulagem e uma bancada onde é possível fracionar ou desblisterar os medicamentos.

Durante o meu estágio, tive oportunidade de inserir os medicamentos no FDS e proceder à limpeza do material com álcool etílico a 70%.

6. Farmacovigilância

A Farmacovigilância pode ser definida como, a ciência e as atividades relacionadas com a deteção, avaliação, compreensão e prevenção das reações adversas a medicamentos (RAM) e outros problemas relacionados com os medicamentos. A Farmacovigilância surge da necessidade de promover e divulgar a informação relativa às RAM e baseia-se no estudo sistemático e multidisciplinar dos efeitos dos medicamentos sobre a população.

Em Portugal, o Instituto Nacional da Farmácia e do Medicamento (INFARMED) é a entidade responsável pelo acompanhamento, coordenação e aplicação do Sistema Nacional de Farmacovigilância (SNF). O SNF foi criado pelo Decreto Normativo n.º 107/92, de 27 de junho, sendo atualmente regulado pelo Decreto-Lei n.º 242/2002, de 5 de novembro.

O SNF é constituído pela Direção de Gestão do Risco de Medicamento coordenado pelo INFARMED, e por 10 Unidades Regionais de Farmacovigilância (URF) distribuídas pelo país. O SNF tem como objetivo monitorizar a segurança dos medicamentos com autorização de introdução no mercado nacional, avaliando os eventuais problemas relacionados com as RAM e implementando medidas de segurança sempre que for necessário. Cada URF promove ações de formação junto dos notificadores e avalia as notificações de reações adversas a medicamentos (RAM) ocorridas nas áreas geográficas que lhes correspondem [17].

O CHTV, pertence à URF da Beira Interior, juntamente com os distritos da Guarda e Castelo Branco. Nesta instituição, qualquer profissional de saúde deve notificar um RAM sempre que alguma reação adversa seja suspeita, através do portal RAM disponível no site do INFARMED. São feitas diversas formações, de forma a alertar e relembrar a importância de notificar possíveis RAM de forma a maximizarmos a segurança no uso de medicamentos.

No decurso do presente estágio, no setor da UCPC, tive oportunidade de contactar com um pedido de notificação de RAM, por papel, feita por um enfermeiro do serviço, do Pembrolizumab numa doente a realizar terapêutica no Hospital de dia de oncologia do CHTV.

7. Participação do Farmacêutico nos Ensaio Clínicos

Um Ensaio Clínico pode ser definido, como a investigação conduzida no ser humano, destinada a descobrir ou verificar os efeitos clínicos, farmacológicos ou outros efeitos farmacodinâmicos de um ou mais medicamentos experimentais, ou identificar os efeitos indesejáveis de um ou mais medicamentos experimentais, ou a analisar a absorção, a distribuição, o metabolismo e a eliminação de um ou mais medicamentos experimentais, a fim de apurar a respetiva segurança ou eficácia. Estes são regulados pela Lei n.º 21/2014, de 16 de abril, que aprova o regime jurídico aplicável à realização de ensaios clínicos com medicamentos de uso humano [18], [19]. O INFARMED autoriza a realização destes estudos, monitorizando a segurança da utilização dos medicamentos experimentais, e garantindo o acompanhamento dos mesmos, de acordo com a legislação aplicável.

No CHTV, estão dois FH responsáveis pela gestão de documentação pela receção, armazenamento e dispensa da medicação administrada no ensaio clínico.

A realização de Ensaio Clínicos é acordada entre o CA, o promotor do ensaio e o investigador principal. Os SF são contactados pelo promotor ou monitor para a realização do ensaio, sendo agendada uma reunião onde é apresentado o protocolo à equipa de investigação. Os dossiês do ensaio com os documentos específicos serão entregues e possuem toda a documentação relevante ao ensaio. Os medicamentos relativos a ensaios clínicos encontram-se armazenados dentro de uma sala específica, nos SF, com acesso condicionado. Dentro desta sala, os medicamentos encontram-se com as condições de conservação necessárias, existindo um armário para armazenamento dos medicamentos que não necessitam de refrigeração com uma sonda no interior, que regista a temperatura, de modo que este parâmetro seja monitorizado diariamente. Para os medicamentos que exigem refrigeração (2 a 8 °C), existe um frigorífico também com uma sonda para monitorização da temperatura.

A dispensa da medicação é efetuada por um FH, mediante prescrição médica, podendo ser dispensada diretamente ao doente ou a um profissional de saúde, conforme descrito nas especificações do ensaio, estando todos os procedimentos/movimentos registados pelo FH na documentação relativa ao ensaio.

A medicação não usada e embalagens de medicação usadas são devolvidas aos SF pelo doente ou pelos profissionais de saúde que auxiliaram na administração. Tudo isto é

guardado nos SF, em um armário próprio (organizado por ensaio clínico), para posterior recolha por parte do monitor, de modo a ser monitorizada e contabilizada pela entidade.

No que toca à documentação em arquivo morto, esta é guardada em um armário separado dos restantes, dentro dessa mesma sala. Toda a documentação relativa aos ensaios clínicos encerrados no hospital, é guardada por um período mínimo de 25 anos.

Durante o meu período de estágio tive a oportunidade de observar a dispensa de medicação pelo FH, num ensaio clínico que decorria no CHTV (randomizado, Fase III, duplamente cego), em que a dispensa do medicamento foi feita nos SF e preparado por um enfermeiro, que posteriormente administrou o medicamento ao doente. Ainda tive oportunidade de observar um outro ensaio (multicêntrico, randomizado, duplamente cego) no tratamento da colite ulcerosa.

8. Comissões Técnicas

As comissões técnicas hospitalares são órgãos de apoio técnico de carácter consultivo que têm como função, apoiar o CA a pedido deste ou por iniciativa própria, nas matérias da sua competência. É necessário a existência de comissões técnicas especializadas em todos os hospitais, que assegurem a qualidade e segurança dos serviços prestados ao doente.

No CHTV destacam-se a Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT), a Comissão de Ética para a Saúde (CES) e a Comissão de Controlo de Infecções e Resistências aos Antimicrobianos (CCIRA).

A CFT tem por missão propor as orientações terapêuticas e a utilização mais eficiente dos medicamentos, no âmbito da política do medicamento, apoiadas em bases sólidas de farmacologia clínica e evidência da economia da saúde sobre custo-efetividade, monitorizando a prescrição dos medicamentos, a sua utilização e garantindo a todos os utentes a equidade no acesso à terapêutica. A CFT é constituída por um número de seis a dez membros, em paridade entre médicos e farmacêuticos, tendo em consideração o volume de utilização e prescrição de medicamentos [20].

As comissões de ética têm uma composição multidisciplinar e são constituídas por algumas áreas profissionais como da medicina, do direito, da filosofia/ética, da teologia, da enfermagem, da farmácia, e outras que garantam os valores culturais e

morais da comunidade, de acordo com a instituição. Os seus objetivos passam por zelar, pela observância de padrões de ética, salvaguardando o princípio da dignidade e integridade da pessoa humana, emitir pareceres, relatórios, recomendações e outros documentos, por sua iniciativa ou por solicitação, sobre questões éticas relacionadas com as atividades da respetiva instituição, e divulgar os que considere particularmente relevantes na área da comissão ética no site da instituição entre outras [21].

No que diz respeito à CCIRA, esta tem como objetivo implementar e monitorizar o programa de Vigilância Epidemiológica, de acordo com o Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA). O PPCIRA, criado pelo Despacho n.º 2902/2013, de 22 de fevereiro, tem como objetivo geral a redução da taxa de infeções associadas aos cuidados de saúde, hospitalares e da comunidade, assim como a taxa de microrganismos com resistência aos antimicrobianos e vigilância contínua da infeção hospitalar, do consumo de antibióticos e da incidência de microrganismos multirresistentes. A CCIRA deve integrar na sua composição: um núcleo executivo (Coordenador da CCI (Comissão de Controlo de Infecção), Enfermeiro da CCI e apoio administrativo), membros dinamizadores nos serviços ou elos de ligação (Médicos, Enfermeiros, Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica, Assistentes Operacionais) e pelos membros consultivos (responsáveis pelos serviços de patologia clínica, farmacêuticos, aprovisionamento, hoteleiros, instalações e equipamentos, segurança, higiene e saúde no trabalho, esterilização e comissão de farmácia e terapêutica) [22].

9. Outras atividades desenvolvidas

Durante o meu estágio no CHTV, foi-me desafiado pela Dra. Susana Carvalho dar continuidade a um trabalho que consistia na pesquisa de interações major entre medicamentos existentes nos SF do CHTV. Este trabalho estava dividido por letras, sendo que a que me coube foi a letra “S”. Recolhi o nome de todos os medicamentos existentes que começassem com a letra “S” e pesquisei todas as interações major presentes. Por fim, compilei toda a informação recolhida e enviei para os SF, de forma que todos os profissionais, no futuro, possam consultar.

Tive oportunidade ainda de fazer a visita ao hospital de dia de oncologia, onde pude presenciar todo o percurso desde a receção da prescrição ao SF, até à administração da medicação pelo enfermeiro. Fiz também visita ao hospital de dia de nefrologia e também tive oportunidade de visitar uma enfermaria da unidade de ortopedia, de

forma a perceber qual era o stock e tipologia de medicamentos que existem nas enfermarias do CHTV.

Durante o meu estágio nos SF do CHTV, pude ainda assistir a ações de formação de grande interesse. A primeira foi apresentada pela FRESENIUS KABI, em que falamos da importância da nutrição parentérica e as suas propostas comerciais face a esta área.

Também tive oportunidade de participar numa formação sobre uma nova molécula, Teclistamab, no tratamento do mieloma múltiplo como uma opção de 4^a linha terapêutica.

10. Conclusão

O estágio curricular realizado nos SF do CHTV foi uma experiência desafiante e enriquecedora, já que envolveu a aplicação e aquisição de conhecimentos técnico-científicos e permitiu-me evoluir tanto a nível profissional, como pessoal.

Diariamente, pude contactar com as atividades em que o FH participa e é responsável, confirmando-se que é uma área de extrema atenção e responsabilidade, onde o FH é o profissional mais competente no âmbito dos medicamentos.

Através da passagem pelos setores, adquiri novas competências teóricas e práticas úteis no uso seguro e de qualidade dos medicamentos. Os setores que inequivocamente me fascinaram pela importância e rigor dessas unidades, foi o setor do ambulatório e o setor da UCPC. O primeiro pelo contacto ao utente, pela importância de se conhecer bem quais as terapêuticas dispensadas em regime de ambulatório, de forma a contribuir para o *compliance* do nosso utente. Além disso, é uma unidade em que o aconselhamento farmacêutico é feito proactivamente, transmitindo segurança e confiança ao nosso utente e conseqüente sucesso terapêutico. Já na UCPC, presenciei o apoio e a relação médico-farmacêutico-enfermeiro, na medida em que, qualquer dúvida ou questão era facilmente discutida entre os profissionais de saúde envolvidos no Hospital de dia, tendo em vista sempre o melhor para o utente.

Por fim, gostaria de agradecer a toda a equipa dos SF do CHTV por toda a disponibilidade e atenção que tiveram comigo durante o meu período de estágio, sempre dispostos a transmitir o máximo conhecimento atualizado sobre as temáticas a nível da Farmácia Hospitalar.

11. Bibliografia

- [1] Ministério da Saúde e Assistência-Direcção-Geral dos Hospitais, *Decreto-Lei nº 44204, de 22 de fevereiro*. 1962. Accessed: May 05, 2023. [Online]. Available: www.dre.pt
- [2] O. dos F. Conselho do Colégio da Especialidade em Farmácia Hospitalar, “Boas Práticas de Farmácia Hospitalar,” 1999.
- [3] CONSELHO EXECUTIVO DA FARMÁCIA HOSPITALAR, “Manual de Farmácia Hospitalar,” *Ministério da Saúde*, 2005.
- [4] Gabinete do Secretário de Estado da Saúde, *Despacho 3837/2017, de 8 de Maio*. 2017.
- [5] Ministério da Saúde, *Decreto-Lei n.º 206/2000, de 1 de Setembro*. 2006.
- [6] INFARMED I.P., “Normas de prescrição e dispensa de medicamentos e produtos de saúde a utentes em regime de ambulatório hospitalar,” 2021, Accessed: Apr. 16, 2023. [Online]. Available: <https://pem.spms.min-saude.pt/wp-content/uploads/2021/10/Normas-de-prescric%CC%A7a%CC%83o-e-dispensa-de-medicamentos-e-produtos-de-sau%CC%81de-a-utentes-em-regime-de-ambulato%CC%81rio-hospitalar.pdf>
- [7] Ministério da Saúde, *Portaria n.º 48/2016, de 22 de março*. 2016.
- [8] Ministério da Saúde, *Portaria 158/2014, de 13 de fevereiro*. 2014.
- [9] Boletim do Centro de informação do medicamento, “Medicamentos Derivados do Plasma Humano,” *Ordem dos Farmacêuticos*, 2013, Accessed: Apr. 12, 2023. [Online]. Available: https://www.ordemfarmaceuticos.pt/fotos/publicacoes/bc.107_medicamentos_derivados_do_plasma_humano_seguranca_e_desempenho_dos_produtos_fro nteira_2601856985a12ebd888db2.pdf
- [10] Ministérios da Defesa Nacional e da Saúde, *Despacho conjunto n.º 1051/2000, de 14 de Setembro*. 2000.
- [11] Ministério da Justiça, *Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de janeiro*. 1993.
- [12] “Mal Nutrição em adultos,” *Nutricia*. Accessed: Mar. 19, 2023. [Online]. Available: <https://www.nutricia.pt/areas-de-especialidade/adultos/malnutricao/>
- [13] N. Pignatelli, “ALIMENTAÇÃO PARENTÉRICA,” HOSPITAL FERNANDO FONSECA, 2008.
- [14] Conselho do Colégio de Especialidade de Farmácia Hospitalar, *Manual de preparação de citotóxicos*, Ordem Farmacêuticos. 2013.
- [15] Ministério da Saúde, *Portaria N.º 594/2004, de 2 de junho*. 2004.

- [16] C. Sabino, “«Fast Dispensing System - Mais um passo na automatização em farmácia hospitalar»,” *Newsletter TDT n.º25*, Oct. 2015.
- [17] INFARMED, “Farmacovigilância.” Accessed: Aug. 16, 2023. [Online]. Available: https://www.infarmed.pt/web/infarmed/perguntas-frequentes-area-transversal/medicamentos_uso_humano/farmacovigilancia
- [18] INFARMED I.P., “Ensaaios clínicos.” Accessed: Mar. 16, 2023. [Online]. Available: <https://www.infarmed.pt/web/infarmed/entidades/medicamentos-uso-humano/ensaaios-clinicos>
- [19] *Lei n.º 21/2014, de 16 de Abril*. 2014.
- [20] Saúde - Gabinete do Ministro, *Despacho n.º 2325/2017, de 17 de março*. 2017.
- [21] Presidência do Conselho de Ministros, *Decreto-lei 80/2018, de 15 de Outubro*. 2018.
- [22] Saúde - Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, *Despacho n.º 10901/2022, de 8 de setembro*. 2022.

Capítulo 3 - Relatório de estágio em farmácia comunitária

1. Introdução

A Farmácia Comunitária é um dos pilares fundamentais da profissão farmacêutica, no qual podemos encontrar uma relação de proximidade entre o Farmacêutico e o utente, pois é considerada pela maioria da população, o primeiro local a que recorrem em questões de saúde. O farmacêutico comunitário tem assim, uma posição privilegiada na contribuição em áreas da gestão da terapêutica, administração de medicamentos, determinação de parâmetros, identificação de pessoas em risco, deteção precoce de diversas doenças e promoção de estilos de vida mais saudáveis [1].

O estágio curricular em farmácia comunitária apresenta-se como uma etapa crucial após os cinco anos de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas (MICF), pois visa a integração de todos os conhecimentos e ferramentas apreendidos ao longo deste percurso e a sua transposição para a realidade profissional.

O objetivo deste relatório é descrever as atividades desenvolvidas durante o estágio curricular que realizei na Farmácia S. José (FS), entre os dias 6 de fevereiro a 28 de fevereiro e entre 26 de abril a 26 de junho, sob a orientação da Dra. Maria Helena Carvalho.

2. Organização da Farmácia

2.1. Localização geográfica e horário de funcionamento

A Farmácia S. José (FS) está sediada na Estrada Nacional nº2, na freguesia de Lordosa, no concelho e distrito de Viseu. Dada a sua localização e a proximidade com a Unidade de Saúde Familiar Cidade Jardim, é procurada maioritariamente por idosos, com diversas comorbilidades e diferentes contextos socioeconómicos. Tudo isto, coloca-a num ponto estratégico e adequado à prestação das suas atividades de saúde, e de boa acessibilidade à comunidade a que assiste.

A FS está aberta ao público todos os dias do ano, exceto domingos e feriados, de segunda a sexta-feira das 8h às 20:30h, e aos sábados das 9h às 14h. Assim, a Farmácia S. José cumpre o limite mínimo de 44 horas de funcionamento semanal, disposto pela

Portaria n.º 277/2012, de 12 de setembro, alterada pela Portaria n.º 14/2013, de 11 de janeiro de 2013 [2].

Durante o período de estágio, estive na FS maioritariamente de segunda a sexta-feira das 9h às 19h, com pausa de duas horas para almoço, tendo ainda estagiado ocasionalmente aos sábados das 9h às 14h.

2.2. Instalações e organização

A FS, exteriormente apresenta um letreiro com o nome da farmácia, uma cruz verde luminosa, com mensagens interativas, uma placa que indica que é uma farmácia pertencente ao grupo Apoteca Natura e uma placa que a identifica com um ponto de referência na Rota da Estrada Nacional nº2 [3]. Na porta de entrada é possível consultar informações relevantes, como o horário de funcionamento, o mapa de escala de turnos de Farmácias de serviço no Concelho de Viseu, a existência de terminal multibanco, dísticos de proibição de fumar, atendimento prioritário e da presença de videovigilância e por fim, o nome da diretora técnica.

No interior, mais especificamente na área de atendimento encontramos uma tabela com os serviços não farmacêuticos prestados na Farmácia (podologia, fisioterapia e nutrição) e os serviços farmacêuticos prestados (como determinação de parâmetros laboratoriais, da pressão arterial e frequência cardíaca e ainda, determinação do peso, altura e IMC, com indicação dos respetivos preços), a existência do livro de reclamações, as entidades das quais a Farmácia é parceira e a certidão de Registo na ERS.

A farmácia é composta por 3 pisos: no piso -1 localiza-se o armazém onde ficam os produtos que não têm espaço no piso 0; no piso 0 encontra-se a área de atendimento ao público, um gabinete de atendimento (GAP), área de receção de encomendas e armazenamento de medicamentos e produtos de saúde, instalações sanitárias e laboratório; e no piso 1 um gabinete da direção técnica e vários gabinetes para a prestação de serviços não farmacêuticos, tal como previsto na Deliberação n.º 1502/2014 de 30 de julho e no artigo 29º do Decreto-Lei n.º 307/2007 de 31 de agosto, alterado pelo artigo 2º do Decreto-Lei n.º 171/2012 de 1 de agosto [3], [4].

2.2.1. Área de atendimento ao público

A área de atendimento ao público é um local bem iluminado, acolhedor e amplo, com quatro balcões de atendimento, que possibilitam a comunicação entre o profissional de saúde e o utente. Todos os postos de atendimento estão equipados com computador com leitor ótico de código de barras, terminal multibanco, impressora e gavetas que contêm sacos para os utentes que os solicitem. De acrescentar que todos os computadores se encontram ligados numa mesma rede a um CashGuard®, que assegura a gestão eficiente e segura do dinheiro movimentado na farmácia.

Atrás dos balcões, visíveis para os utentes, encontram-se expostos, os medicamentos não sujeitos a receita médica (MNSRM), suplementos alimentares, dispositivos médicos e tisanas, organizados de acordo com a sintomatologia/patologia. Abaixo destes, existem ainda gavetas onde se guardam medicamentos com elevada rotatividade no ato da dispensa como, analgésicos (como por exemplo, paracetamol 500 mg) e anti-inflamatórios não esteróides (AINES) (como o ibuprofeno 400). Em outras gavetas também podemos encontrar armazenado emplastros medicamentosos, ligaduras, adesivos, testes de gravidez, amostras gratuitas, brincos hipoalérgicos e produtos dermocosméticos como sabões ou batons.

Ainda na sala de atendimento ao público, fora do balcão encontram-se expostos e ao alcance dos utentes, produtos com o preço visível, organizados por áreas específicas. Dentre muitos podemos encontrar, os produtos de dermocosmética, higiene oral, cuidado/higiene íntimo e sexual, produtos capilares, cuidados dos pés e mãos, puericultura, produtos de ortopedia, vários tipos de pensos, produtos dietéticos, produtos para bebés e maternidade e calçado ortopédico. Existe também uma estante com produtos da Apoteca Natura® e Aboca®.

No centro da sala encontra-se uma estante com produtos sazonais, cujo conteúdo vai variando consoante as campanhas e a estação do ano. Os utentes têm ainda à sua disposição um equipamento de medição dos parâmetros como o peso, altura e índice de massa corporal (IMC) e saturação periférica de oxigénio (SPO₂), que podem utilizar autonomamente ou pedindo auxílio a um colaborador. Além disso, existe um contentor da VALORMED® que permite a recolha de medicamentos fora de uso ou de prazo de validade e embalagens vazias para o seu posterior tratamento.

Os utentes podem facilmente visualizar também quais os serviços farmacêuticos prestados com os respetivos preços, as campanhas promocionais em vigor, assim como

uma placa com o nome da farmácia e da direção técnica e outra relativa à existência de livro de reclamações [3].

2.2.2. Espaço de receção de encomendas e armazenamento

A zona de receção de encomendas é composta por uma secretária de serviço, uma zona de armazenamento e no centro uma mesa. A secretária encontra-se equipada com um computador, um leitor ótico de código de barras, uma impressora de etiquetas/códigos de barras, uma impressora de talões e um telefone. Esta zona destina-se à receção, conferência e etiquetagem dos produtos rececionados. Na zona de armazenamento, está presente um armário com gavetas deslizantes. Está organizado por ordem alfabética do nome de marca, de seguida por ordem alfabética da sua Denominação Comum Internacional (DCI) e de acordo com o laboratório e respetiva dosagem, depois os produtos, como tiras de teste, lancetas e agulhas. Também estão armazenados produtos de uso retal e pílulas contraceptivas, gotas e pomadas/cremes/géis medicamentosos e injetáveis, dispostos sequencialmente no armário.

Existem ainda na zona de armazenamento dois armários, sendo que um deles contém produtos como sondas nasogástricas, seringas de alimentação, champôs para pediculose, soro fisiológico, álcool etílico, água oxigenada, entre outros produtos. Também encontramos, diversas prateleiras contendo livros de apoio ao farmacêutico, um arquivo de faturas, documentos de registos do controlo de temperaturas, procedimentos internos, notas de encomenda e notas de devolução. No outro armário podemos encontrar vários tipos de compressas, que variam em tamanho e no estado de esterilidade.

Quando o armazenamento não é suficiente para todos os produtos recebidos, estes são organizados em vários armários no piso -1, cujo propósito é armazenar o stock extra dos medicamentos que já não cabem nas gavetas principais a que se encontram destinados. Para além dos armários referidos, existe ainda um frigorífico destinado ao armazenamento de produtos termolábeis e um segundo armário, onde se encontram armazenados os medicamentos de uso veterinário, xaropes, ampolas, saquetas, alguns emplastos medicamentosos e dispositivos, tais como câmaras expansoras.

2.2.3. Laboratório

O laboratório é utilizado para a preparação de medicamentos manipulados e preparações extemporâneas. Encontra-se equipado com uma bancada, um lavatório,

armários e gavetas com as matérias-primas e o material necessário à preparação das formulações, como materiais de pesagem, rótulos e recipientes de acondicionamento. Ainda é possível encontrar uma balança analítica, sujeita a calibração e manutenção periódica anual. Como auxílio na preparação podemos encontrar o Formulário Galénico Português (FGP) e a Farmacopeia Portuguesa, disponível para consulta. Todas as fichas de preparação e todos os documentos de registo das matérias-primas usadas e manipulados preparados encontram-se arrumados num dossiê num dos armários.

2.2.4. Gabinete de atendimento personalizado (GAP)

O GAP está preparado e destina-se à medição dos parâmetros bioquímicos e pressão arterial, administração de medicamentos injetáveis e vacinas não incluídas no Plano Nacional de Vacinação, desinfeção de feridas ou atendimento personalizado e privado, sempre que for necessário. Devido à situação pandémica, este espaço começou a ser utilizado também para a realização de testes rápidos de antigénio para diagnóstico de COVID-19, quando solicitado pelos utentes.

O espaço em si encontra-se devidamente equipado com uma secretária e cadeiras, um aparelho de oxigénio, um lavatório, material necessária à desinfeção de feridas e os aparelhos necessários para realizar a medição dos parâmetros respetivos, de forma a garantir a máxima qualidade, segurança e privacidade. Neste espaço também é possível encontrar um contentor que permite o descarte de material corto-perfurante (Grupo IV) e recipientes para o descarte de resíduos equiparados a urbanos (Grupo I) e resíduos hospitalares de risco biológico (Grupo III).

2.2.5. Gabinete da direção técnica

O gabinete da direção técnica, localizado no 1º piso é o local destinado à realização de funções administrativas, de contabilidade e gestão da farmácia, como também é o local onde são feitas reuniões ou formações para os colaboradores.

2.3. Ferramentas de informática

Na FS, os postos de trabalho encontram-se ligados há mesma rede e instalados com o sistema informático Sifarma®, uma aplicação distribuída pela Associação Nacional de Farmácias (ANF) e criada pela Global Intelligent Technologies (Glintt®). Este sistema é uma ferramenta útil na gestão dos produtos e também durante o atendimento já que, presta apoio contínuo ao Farmacêutico durante o atendimento e acompanhamento do

utente, além de fornecer informações importantes sobre o circuito do medicamento na farmácia.

Durante o meu período de estágio tive oportunidade de contactar com as duas versões do Sifarma®, o Sifarma® 2000 (mais antiga), e a mais recente, o Sifarma® Módulo de Atendimento (Sifarma® MA). Este último, para mim, torna-se mais apelativo graficamente e muito mais intuitivo na procura de opções, além de ter a opção de se poder diferenciar clientes e utentes, dando nos, no caso dos utentes, informações relevantes na dispensa de medicação e produtos de saúde. Esta nova versão é utilizada principalmente na receção de encomendas diárias, atendimento ao público e gestão de reservas. A versão mais antiga ainda é usada para algumas funções que ainda não estão disponíveis na versão recente ou não estão devidamente a funcionar tais como, gestão de stocks e validades, pedido de encomendas diárias entre outras.

2.4. Recursos Humanos

Os recursos humanos são responsáveis pelo bom funcionamento de toda a estrutura organizacional, garantindo um bom ambiente de trabalho. Assim, a FS dispõe de um quadro farmacêutico e de um quadro não farmacêutico, com funções e responsabilidades bem definidas. De entre os elementos temos:

- Dr.^a Maria Helena Carvalho - Diretora Técnica
- Sr. Figueiredo - Responsável pela Gestão Financeira e Contabilidade
- Dr. Luís Ralho - Farmacêutico Adjunto Substituto
- Dr.^a Ana Paula Jorge - Técnico Superior Diagnóstico e Terapêutica (TSDT)
- Dr.^a Cátia Esteves - Técnico Superior Diagnóstico e Terapêutica (TSDT)
- Dr.^a Ângela Silveira- Técnico Superior Diagnóstico e Terapêutica (TSDT)

A constituição da equipa vai de encontro ao definido no artigo 124 23º do capítulo IV (Pessoal), do Decreto-Lei 307/2007, de 31 de agosto, alterado pelo Decreto-Lei n.º 171/2012, de 1 de agosto, onde as farmácias devem dispor de, pelo menos, um diretor técnico e de outro farmacêutico [3].

O atendimento dos utentes é uma função transversal a todos os membros da equipa, porém cada elemento possui uma área da sua responsabilidade, consoante a sua categoria profissional e experiência. A Dr.^a Maria Helena Carvalho como diretora técnica, tem o dever de assumir a responsabilidade pelos atos farmacêuticos praticados na farmácia; garantir a prestação de esclarecimentos aos utentes sobre o modo de

utilização dos medicamentos; promover o uso racional do medicamento; assegurar que os medicamentos sujeitos a receita médica (MSRM) só são dispensados aos utentes que a não apresentem em casos de força maior, devidamente justificados; garantir que os medicamentos e demais produtos são fornecidos em bom estado de conservação e que a farmácia se encontra em condições de adequada higiene e segurança, dispondo de um aprovisionamento suficiente de medicamentos; zelar para que o pessoal que trabalha na farmácia mantenha, em permanência, o asseio e a higiene; verificar o cumprimento das regras deontológicas da atividade farmacêutica e assegurar o cumprimento dos princípios e deveres previstos na legislação reguladora da atividade farmacêutica. A diretora técnica é, portanto, responsável pelos atos de todos os colaboradores da farmácia e na sua ausência estas funções são da responsabilidade dos farmacêuticos de serviço, registados no INFARMED como substitutos [3].

Durante o meu estágio, pude contactar com todos os elementos da equipa e perceber que é uma equipa que se ajuda mutuamente, onde a simpatia e atenção ao utente é valorizada, de forma a criar-se uma relação de confiança e proximidade aos utentes, fidelizando-os. Além disso, é uma equipa muito prestável na sua comunidade, já que devido à sua integração em aldeias mais isoladas da cidade, onde não existem transportes acessíveis, sempre que seja necessário, a equipa procede à entrega gratuita de medicamentos ao domicílio ou prestação de serviços ao domicílio de forma que, o seu acesso não seja um entrave à saúde do utente.

2.5. Metodologia Kaizen

Uma das propostas na logística na FS é a utilização desta metodologia de gestão da farmácia baseado na filosofia Kaizen. Kaizen é uma palavra de origem japonesa, que se define como uma melhoria contínua, de todas as pessoas, todos os dias e em todas as áreas. O serviço prestado tem em conta as necessidades do cliente e a produtividade, que deve ser garantida através da eficiência máxima em todos os processos, reduzindo os custos e o desperdício. Assim, a Glintt® fornece um serviço de consultoria e gestão às farmácias comunitárias aderentes, através do desenvolvimento e otimização de diversos aspetos inerentes ao modo de funcionamento de uma empresa, tais como a gestão de recursos humanos e a gestão económica e financeira, com o intuito de melhorar a qualidade dos serviços prestados [5].

Com isto, a FS possui um espaço onde se encontra um quadro dedicado à aplicação metodologia KAIZEN, onde podemos encontrar fotografias da equipa, missão da

farmácia, agenda, presenças, indicadores, plano de global de atividades, sugestões de melhoria, área de comunicação, campanhas a decorrer, os produtos foco do mês, calendário de eventos e plano de tarefas. Semanalmente são também realizadas reuniões de 5-15 minutos focadas no planeamento, indicadores e ações de melhoria, contribuindo para a deteção e resolução de problemas, melhorando o espírito de equipa e a motivação de todos os profissionais.

Assim, durante o meu período de estágio pude participar em várias reuniões, onde pude contribuir com sugestões de melhorias e projetos, com o intuito de dinamizarmos a farmácia na comunidade e procurarmos evoluir, obtendo eficiência máxima em todos os processos, reduzindo os custos e o desperdício associados.

2.6. Informação e Documentação Científica

Na farmácia comunitária torna-se imprescindível uma permanente atualização por parte dos profissionais com a finalidade de adquirir, consolidar e renovar conhecimentos, prestando os cuidados de saúde mais atualizados, mais seguros e mais adequados aos seus utentes. Para tal, existe na FS, um espaço onde se encontra toda a biblioteca em formato físico e digital, em constante atualização, onde constam diversas publicações científicas para consulta, sempre que necessário.

Segundo o Decreto-Lei nº 307/2007, de 31 de agosto define-se como obrigatório a existência de um exemplar da Farmacopeia Portuguesa, em formato papel ou eletrónico e um exemplar do Prontuário Terapêutico. A farmácia deve ainda possuir ainda outras bibliografias complementares, como o FGP, o Manual das Boas Práticas em Farmácia Comunitária (BPF), o Código Deontológico da Ordem dos Farmacêuticos, um Dicionário de Termos Médicos, o Índice Nacional Terapêutico, entre outros [1], [3]. Igualmente, cada posto de trabalho possui acesso ao sistema informático Sifarma®, que permite consulta rápida e organizada de indicações, contraindicações, interações, posologia e precauções com a utilização do medicamento. Possuem também acesso à internet, de modo que se possa aceder a bases de dados tais como, o Centro de Informação do Medicamento e Intervenções em Saúde (CEDIME) da ANF, o Centro de Informação de Medicamentos (CIM) da Ordem dos Farmacêuticos e o Infomed (Base de dados de medicamentos de uso humano do INFARMED) para esclarecimento de quaisquer dúvidas que possam surgir.

Ao longo do estágio, presenciei a distribuição de Circulares Informativas endereçadas à farmácia por email, provenientes do INFARMED, titulares de Autorização de Introdução no Mercado (AIM) ou outras entidades, a fim de divulgar novas informações relativas aos medicamentos, tais como, a cessação de comercialização de insulinas da Sanofi (Insuman), segundo a Circular Informativa n.º 054/CD/100.20.200 de 6 de junho de 2023 [6]. Também, durante a dispensa de medicamentos, consultei diversas vezes o Sifarma®, para esclarecimento de dúvidas relativas a precauções necessárias na toma de medicamentos.

3. Medicamentos e outros produtos de saúde

Na FS, existem diversos medicamentos e produtos de saúde distribuídos de acordo com a organização proposta da farmácia, obedecendo aos requisitos impostos em termos de conservação e armazenamento destes. Para isso, cada produto está identificado através do Código Nacional do Produto (CNP), permitindo a sua identificação e rastreabilidade na farmácia.

3.1. Conceitos básicos sobre os produtos na farmácia

Segundo o Decreto-Lei nº 176/2006, de 30 de agosto, os medicamentos podem ser definidos como, toda a substância ou associação de substâncias apresentada como possuindo propriedades curativas ou preventivas de doenças em seres humanos ou dos seus sintomas ou que possa ser utilizada ou administrada no ser humano, com vista a estabelecer um diagnóstico médico ou, exercendo uma ação farmacológica, imunológica ou metabólica, a restaurar, corrigir ou modificar funções fisiológicas”. Quanto aos medicamentos genéricos, estes podem ser definidos como o “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” [7].

Perante a preparação de medicamentos manipulados, é importante conhecer e saber distinguir um preparado oficial de uma fórmula magistral, na medida em que o primeiro diz respeito a “qualquer medicamento preparado segundo as indicações compendiais de uma farmacopeia ou de um formulário oficial, numa farmácia de oficina ou em serviços farmacêuticos hospitalares, destinado a ser dispensado diretamente aos doentes assistidos por essa farmácia ou serviço” e o segundo remete para “qualquer medicamento preparado numa farmácia de oficina ou serviço

farmacêutico hospitalar, segundo uma receita médica e destinado a um determinado doente” [7].

Uma substância psicotrópica pode ser definida como, qualquer substância que atue a nível do sistema nervoso central e que altere a função cerebral adulterando a percepção, o humor, o comportamento e a consciência. Os psicotrópicos podem atuar como depressores ou como estimulantes. Um estupefaciente, também designado de narcótico, pode ser definido como, uma substância que causa habituação e tem como efeito a supressão da dor e alterações ao nível do sistema nervoso com consequências que podem ser nocivas tanto ao nível da saúde física como mental [8]. De salientar que, os medicamentos estupefacientes e psicotrópicos devido ao seu potencial para causar dependência física e psíquica, encontram-se sob uma legislação específica e a sua arrumação está separada fisicamente de outros medicamentos e produtos farmacêuticos, apenas acessível aos colaboradores da FS.

3.2. Sistemas de classificação de medicamentos

Com o vasto número de medicamentos existentes no mercado e a sua constante atualização, torna-se difícil identificar os medicamentos e agrupá-los consoante a sua indicação. Assim sendo, foram criados diversos sistemas de classificação de medicamentos de forma a auxiliar os profissionais de saúde a fazer uma identificação mais rápida e fácil dos medicamentos.

As classificações mais usadas em farmácia comunitária são a classificação Anatomical Therapeutic Chemical (ATC), a classificação Farmacoterapêutica e a classificação de acordo com a forma farmacêutica.

A ATC constitui o sistema de classificação usado internacionalmente pela Organização Mundial de Saúde (OMS), classificando as substâncias ativas numa hierarquia com cinco níveis diferentes, de acordo com as suas propriedades terapêuticas, farmacológicas e químicas. Cada grupo ou subgrupo recebe uma letra ou número de forma a atribuir um código para cada substância ativa [9]:

- Nível 1: grupo anatómico a que pertencem as substâncias ativas;
- Nível 2: subgrupo terapêutico a que pertencem as substâncias ativas;
- Nível 3: subgrupo farmacológico a que pertencem as substâncias ativas;
- Nível 4: subgrupo químico a que pertencem as substâncias ativas;
- Nível 5: nome da substância química.

No caso de uma substância ativa estar disponível em duas ou mais dosagens ou vias de administração e possua uma finalidade terapêutica distinta, essa mesma substância irá possuir mais do que um código ATC [9].

O sistema de classificação Farmacoterapêutica, aprovado pelo Despacho n.º 4742/2014, de 21 de março, é adotado pelos instrumentos oficiais de apoio à prescrição, como é o caso do Prontuário Terapêutico e o Formulário Nacional de Medicamentos (FNM), estando também disponível para o farmacêutico consultar através do Sifarma® [10].

O sistema de classificação quanto à forma farmacêutica é a mais usada na farmácia FS para proceder ao armazenamento dos medicamentos, consoante se trate de comprimidos, cápsulas, pós, xaropes, injetáveis, enemas, pomadas entre outros.

4. Aprovisionamento e Armazenamento

O aprovisionamento e o armazenamento são vistos pela farmácia FS, como as duas tarefas mais importantes que ocorrem na farmácia, uma vez que qualquer erro existente em alguma destas duas etapas, pode afetar diretamente o atendimento ao público ou a própria gestão da farmácia.

O aprovisionamento pode ser definido como, todo o processo de aquisição de novos produtos ou já antes adquiridos, e conseqüentemente reposição de stocks. Começa pela seleção do fornecedor, análise do ponto de encomenda (que é a quantidade mínima a partir da qual é aconselhável fazer encomenda, tendo em conta as estimativas de consumo daquele produto), a receção da encomenda e conferência de produtos, a marcação de preços, o armazenamento e sempre que necessário, devoluções [11], [12].

No que diz respeito à gestão das encomendas, esta está a cargo de um Farmacêutico com maior experiência e dinamismo nesta área, sendo a receção e armazenamento das encomendas responsabilidade das TSDT da farmácia FS.

As minhas três primeiras semanas de estágio foram dedicadas especialmente à tarefa de receção de encomendas, conferência, marcação de preços, armazenamento e devoluções. Estas tarefas além de me permitir perceber qual a logística dos medicamentos e produtos de saúde na farmácia, permitiu-me associar marcas a

princípios ativos e conseguir perceber quais as cores/formatos das embalagens dos medicamentos, tornando o processo de atendimento mais ágil e dinâmico.

4.1. Seleção de fornecedores e aquisição de medicamentos e outros produtos de saúde

A FS trabalha diariamente com diferentes distribuidores grossistas que, entregam as encomendas duas vezes por dia, pela manhã e pela tarde. A seleção dos fornecedores prende-se maioritariamente com os preços praticados, condições de pagamento, bonificações, disponibilidade de produtos, número de entregas diárias, política de devoluções e assistência à farmácia. No caso particular da FS, os fornecedores principais são a **Cooprofar Farmácia** - Cooperativa dos Proprietários de Farmácia® (fornecedor principal) e a OCP Portugal®, que realizam duas entregas diárias. Caso estes armazenistas não consigam satisfazer algum pedido urgente, a Plural – Cooperativa Farmacêutica, CrI® é o terceiro fornecedor preferido. Ocasionalmente, também se fazem pedidos diretos a representantes de marcas ou aos laboratórios, por exemplo no caso da Agroviseu® para aquisição de produtos, tais como leite em pó para borregos e produtos veterinários. Em casos excecionais, como medicamentos esgotados, opta-se por outro fornecedor: a Alliance Healthcare®, procedendo-se ao pedido de encomenda via telefónica.

Ao longo do dia são feitos vários tipos de encomenda, através do Sifarma® consoante as necessidades da farmácia. Podem ser feitas encomendas diárias, encomendas instantâneas e encomendas diretas ao laboratório ou fabricante.

As encomendas diárias são executadas de forma automática pelo Sifarma®, conforme o stock mínimo e máximo que se encontra estabelecido na ficha de cada produto. Assim, o Farmacêutico responsável pela tarefa, analisa a lista de produtos e as quantidades disponíveis e valida a proposta de forma a enviar eletronicamente o pedido de encomenda ao fornecedor respetivo. Já as encomendas instantâneas, normalmente, são feitas durante o contexto de um atendimento, através do Sifarma®, em que é pedido um medicamento ou outro tipo de produto que a farmácia não tem no momento. Este tipo de encomenda permite reservar o produto ou não para o utente que o solicitou, se este o quiser levantar mais tarde.

As encomendas diretas ao laboratório ou fabricante são feitas quando se pretende adquirir produtos de venda sazonal, dermocosmética, ortopedia ou produtos

farmacêuticos e podem ser feitas através de uma chamada telefónica ou através de um representante do laboratório/empresa.

Existe ainda outro tipo de encomenda, chamada “Via Verde do Medicamento”, que consiste numa via excepcional de aquisição de medicamentos rateados. Estes medicamentos estão muitas vezes esgotados, o que faz com que os distribuidores tenham de possuir um stock de seguranças nos armazéns e enviar uma quantidade limitada para todas as farmácias, mediante apresentação de prescrição médica [13].

Durante o meu estágio tive oportunidade de fazer diversas vezes encomendas instantâneas no contexto de um atendimento e encomendas através da chamada “Via Verde do Medicamento”, no caso de Trulicity 1,5 mg solução injetável em caneta pré-cheia.

4.2. Receção e conferência de encomendas

Depois de ser feito o pedido de encomendas, estas são entregues na FS em contentores específicos e identificados consoante o fornecedor e identificados os que possuem produtos termolábeis, de forma a garantir integridade e conservação dos produtos. Cada contentor é acompanhado da respetiva fatura ou guia de remessa, caso ainda não tenham sido faturados. Com estes documentos, o TSDT responsável por esta tarefa, verifica o número de encomenda, identifica os produtos através do CNP, quantidades pedidas e enviadas, preço de venda ao público (PVP) (exceto para produtos de venda livre), preço de venda à farmácia (PVF), descontos ou bónus e eventuais taxas aplicadas. No final do documento, caso falte algum produto é referenciado e acompanhado de devida justificação.

No que diz respeito à receção de encomendas, o TSDT responsável utiliza o Sifarma® MA, através de um separador designado “Gestão de encomendas”, onde podem ser consultadas todas as encomendas que foram efetuadas e que ainda se encontram por rececionar. De seguida, identifica o número de encomenda presente na fatura e procura no sistema informático o pedido correspondente. De seguida, seleciona a opção “Obter documento”. Posto isto, são lidos todos os produtos no leitor ótico e avaliados quanto à integridade da embalagem, quanto ao prazo de validade, PVP e PVF e o número de embalagens pedidas. No caso dos produtos de venda livre, é necessário indicar a margem de lucro que se pretende obter e ajustar o PVP em função do imposto de valor acrescentado (IVA), 6% e 23%. Antes de se validar o documento, é ainda confirmado se

o valor presente na fatura corresponde ao valor dado pelo Sifarma® e se o número total de unidades e referências corresponde ao que foi pedido.

Ao fim de validar o documento, efetua-se a etiquetagem dos produtos sem preço impresso na cartonagem (PIC). Por fim, o TSDT responsável pela receção da encomenda assina a fatura original, a qual é arquivada para posterior verificação contabilística.

No decorrer do estágio, tive oportunidade de rececionar inúmeras encomendas diárias, instantâneas ou feitas diretamente ao laboratório, atribuir PVP consoante a política da farmácia e proceder à etiquetagem dos produtos sem preço impresso na cartonagem (PIC).

4.3. Armazenamento

Feita a receção das encomendas, procede-se ao armazenamento dos produtos consoante a disposição da farmácia. Para isso, existe um armário com gavetas deslizantes, onde são armazenados os medicamentos por ordem alfabética do nome de marca, nas diferentes dosagens, os medicamentos genéricos por DCI na mesma ordem, injetáveis, medicamentos em forma de gotas e suspensões pressurizadas, xaropes e formas farmacêuticas como ampolas bebíveis, pós, ou medicamentos de uso externo sujeitas a prescrição médica, dispositivos médicos tais como lancetas agulhas e tiras de determinação de glicémia, medicamentos de uso retal e pílulas contraceptivas. Para os produtos que necessitam de refrigeração, estes devem ser introduzidos e arrumados no frigorífico o mais rápido possível, de forma a não perderem a sua estabilidade.

No que respeita aos Medicamentos estupefacientes e psicotrópicos (MEP), estes são armazenados num local específico reservado apenas a colaboradores da FS, em gavetas próprias com chave.

Todos os produtos na FS são dispensados sob o princípio “First expire, First out” (FEFO), isto é, medicamentos com validade mais curta são armazenados de maneira a serem dispensados em primeiro lugar.

Em relação às reservas, após a sua receção são colocadas com o respetivo comprovativo de reserva numa gaveta pré-definida.

Ao longo do meu estágio, tive oportunidade de participar diariamente no processo de armazenamento dos produtos recebidos, o que contribuiu para a minha familiarização com a organização da farmácia e com os diferentes medicamentos e produtos disponíveis. Também participei na receção, registo, entrega e dispensa das reservas requeridas pelos utentes.

4.4. Controlo de prazos de validade

O controlo dos prazos de validade dos diferentes produtos existentes na farmácia é uma tarefa de extrema importância, já que devemos garantir que não se dispensam produtos fora da validade ou produtos cuja validade expira durante a sua utilização.

O controlo dos prazos de validade é feito diariamente, aquando da receção e verificação das encomendas e mensalmente, através de uma lista, gerada pelo Sifarma®, dos produtos cujos prazos de validade terminam dentro de três meses. Quando o prazo de validade é igual ou inferior a três meses, os produtos são geralmente retirados do local onde se encontram e são recolhidos para um armário identificado, com prateleiras consoante o mês em que o prazo de validade do produto expira, para posterior devolução ao respetivo fornecedor.

Durante a receção das encomendas, verifiquei os prazos de validade dos produtos e procedia à sua alteração nos casos em que o stock se encontrava a 0 ou quando os produtos recebidos apresentavam um prazo de validade inferior aos que já estavam em stock na farmácia. Por norma, não são aceites produtos com validade inferior a um ano.

4.5. Devoluções e reclamações

As devoluções ou reclamações de medicamentos ou produtos de saúde podem ser feitas devido a diversos motivos, nomeadamente à não conformidade dos mesmos durante a sua receção (danificado ou embalagem incompleta, não encomendado ou quantidade diferente da encomendada, preço de faturação diferente do autorizado, pedido ou enviado por engano, entre outros), produtos próximos do término do prazo de validade ou pedidos de recolha de certos lotes por parte do INFARMED, dos armazenistas ou do próprio titular de AIM.

Para se proceder à devolução, no separador designado “Gestão de devoluções” do Sifarma® 2000, é gerado eletronicamente uma nota de devolução. É necessário selecionar o fornecedor pretendido, realizar a leitura do CNP do produto, indicar a

fatura de origem, motivo de devolução, prazo de validade e por fim, aprovar a devolução. De seguida comunicar à autoridade tributária. Os documentos original e duplicado são enviados para o fornecedor juntamente com o produto e o triplicado é carimbado pelo representante do fornecedor, aquando da recolha, ficando guardado em arquivo para posterior regularização.

Por fim, os armazenistas podem aceitar o produto substituindo-o por outro que esteja nas condições pretendidas, podem também devolver o valor do produto em crédito (nota de crédito), ou rejeitar o pedido de devolução, sendo que o produto retorna à farmácia, onde poderá ser feita uma quebra de stock.

Durante o meu período de estágio procedi à devolução de produtos devido a erros no pedido, prazos de validade próximos do final e embalagens danificadas, e posterior regularização no Sifarma®. Também tive oportunidade de contactar, via telefónica, um fornecedor porque existiam produtos faturados que não constavam nas encomendas rececionadas e proceder à substituição de produtos.

4.6. Controlo de temperatura e humidade

As farmácias devem atuar de forma a garantir que os medicamentos e produtos de saúde se encontram armazenados sob condições de conservação adequadas ao tipo de produto, através da monitorização periódica dessas mesmas condições [1].

Os principais parâmetros a ter em conta são a temperatura e a humidade. Desta forma, a FS dispõe de quatro termohigrómetros distribuídos por zonas específicas da farmácia, nomeadamente na zona de atendimento ao público, armazém, frigorífico e laboratório, que realizam uma monitorização dos diferentes parâmetros automaticamente. As leituras efetuadas por estes dispositivos são realizadas em intervalos ajustáveis, ao longo do dia, e guardadas numa nuvem online, que permite a sua consulta, sempre que necessário. Semanalmente, é elaborado um gráfico, com base nos dados recolhidos e é emitido um relatório para posterior análise e interpretação pelo diretor técnico.

Relativamente aos valores de referência, o frigorífico deve manter uma temperatura entre os 2 e os 8°C e as restantes áreas sujeitas a controlo devem ter uma temperatura compreendida entre os 15 e 25°C. Por sua vez, os valores de humidade relativa devem estar compreendidos entre 30 e 60%.

5. Interação Farmacêutico - Utente - Medicamento

5.1. Atendimento

Uma das atividades de maior relevância do farmacêutico comunitário encontra-se no atendimento ao público, onde o profissional interage com o utente, de forma a identificar as necessidades e a prestar cuidados de saúde individualizados e diferenciados.

A principal responsabilidade do Farmacêutico em qualquer das áreas, é para a saúde e o bem-estar do utente e do cidadão em geral, promovendo o direito a um tratamento com qualidade, eficácia e segurança, tendo em conta as características individuais do nosso utente, segundo as BPF [1]. Para além disso, é dever do Farmacêutico respeitar as capacidades de compreensão, as crenças, a personalidade e o contexto socioeconómico da pessoa com quem está a interagir, sendo que a melhor forma de conseguir realizar um acompanhamento do utente com a sua participação ativa, envolve o desenvolvimento de uma relação de credibilidade, respeito e empatia com o nosso utente [14].

Primeiramente, inicia-se a abordagem com o intuito de se tentar perceber que tipo de utente está à nossa frente, adequando o nosso vocabulário e percebendo quais as suas dificuldades linguísticas e de compreensão. Já no atendimento propriamente dito, informa-se e reforça-se oralmente, qual a posologia que este deve cumprir, como também precauções, modo de administração, conselhos no caso de esquecimento de uma toma, reforçando se com informação escrita de modo que, se o utente tiver dúvidas possa consultar. Para auxiliar esta função, o Sifarma® permite impressão de etiquetas contendo informações tais como, posologia recomendada, precauções no uso de medicamentos e identificação do utente. No final do atendimento, o profissional deve mostrar-se disponível para esclarecer qualquer dúvida e estar recetivo para receber o utente sempre que este precise.

Ao longo do meu estágio pude fazer vários aconselhamentos durante o atendimento como:

- Na dispensa de ácido alendrónico ou ibandrónico (usado para a prevenção da osteoporose), a sua administração deve ser feita em jejum, com um copo cheio de água e o doente deve manter-se em pé durante um período (cerca de 30 minutos), de forma a evitar a irritação esofágica e gástrica.

- Na cedência de um antibiótico referi a importância do cumprimento do horário da toma, e que deve ser feito o tratamento até ao fim, mesmo que os sintomas não sejam perceptíveis. Enfatizei também a importância da toma de probióticos durante a toma de antibióticos, pois pode haver desregulação da flora bacteriana e conseqüentemente invasão bacteriana/fúngica.
- Na dispensa de inibidores da bomba de prótons (IBP) (síndrome do refluxo esofágico) com levotiroxina sódica (hipotireoidismo), esta toma deve ser espaçada, e consoante a preferência ou aconselhamento do médico fazer à noite o IBP e de manhã em jejum a levotiroxina sódica, ou se preferir fazer a levotiroxina sódica em jejum esperar cerca de 30 minutos e depois tomar o IBP e só depois comer.
- Outro aconselhamento que prestei no atendimento, foi a toma de anti-inflamatórios não esteróides (AINES), em que aconselhei sempre que esta toma seja após refeições, por poder causar desconforto ou úlcera gástrica e que estes não devem ser tomados por períodos longos sem supervisão médica.

Importante referir que, maior parte da comunidade que frequenta a farmácia são idosos de baixo nível de escolaridade, polimedicados e daí a importância de analisar minuciosamente qualquer incompatibilidade e possibilidade de aparecimento de alguma RAM.

5.2. Farmacovigilância

A Farmacovigilância representa o conjunto de atividades desenvolvidas com o intuito de melhorar a segurança dos medicamentos através da deteção, avaliação e prevenção de reações adversas a medicamentos (RAM). O Sistema Nacional de Farmacovigilância, sob a alçada do INFARMED, permite a rápida notificação às autoridades competentes de RAM, e prevê inclusive, desde junho de 2012, a possibilidade dessa notificação ser efetuada pelos próprios doentes [15].

Assim, o Farmacêutico comunitário desempenha uma importante função no reconhecimento e posterior notificação de qualquer reação adversa associada a medicamentos ou produtos de saúde, dado que a notificação, permite monitorizar a segurança dos medicamentos, assegurando o medicamento certo e seguro para cada utente. Perante a identificação de uma RAM, a notificação pode ser realizada no “Portal RAM” da página do INFARMED, onde são disponibilizados dois formulários, um destinado a profissionais de saúde e outro aos utentes [15].

Durante o meu período de estágio tive oportunidade de identificar e notificar duas RAM, uma devido ao uso de Triticum AC 150 mg e outra com o uso de Pradaxa 110 mg, ao qual procedi ao preenchimento e envio no Portal RAM.

- RAM associada ao uso de Triticum AC 150 mg

Reação Adversa ✕

Descrição da RAM (de preferência em inglês se for optar por colocar os termos do dicionário médico MedDRA)*

alucinações, agressividade enquanto dormia, sensação de que não conseguia acordar

Evolução da Reação* Critérios de Gravidade

Cura Clinicamente importante

Data de Início Data de Fim

DD/MM/AAAA Quest. ▾ DD/MM/AAAA Quest. ▾ i

Duração da Reação Causalidade

12 Hora(s) Provável

Tratamento da reação adversa

Suspensão da toma do medicamento

Figura 5 – Descrição da RAM associada ao uso de Triticum AC 150 mg.

Medicamento ✕

Medicamento*

Triticum AC/Trazodona, Comprimido de libertação modificada, 150 mg

Lote* Tipo de Autorização

Quest. ▾ i AIM - Autorização de Introdução no Mercado

Posologia

1 comprimido à noite antes de dormir i

Data de Início Data de Fim

DD/MM/AAAA Quest. ▾ DD/MM/AAAA Quest. ▾ i

Via de Administração Dosagem

Oral (via) Quest. ▾ 150 mg

Forma Farmacêutica Medida Tomada

Comprimido de libertação modificada Quest. ▾ Suspensão

Indicação Terapêutica

Insónia

Figura 6– Informações sobre o Triticum AC, tais como posologia e via de administração.

- RAM associado ao uso de Pradaxa 110 mg.

Reação Adversa

Descrição da RAM (de preferência em inglês se for optar por colocar os termos do dicionário médico MedDRA)*

Pés muito quentes, ao ponto de acordar durante a noite para meter em água fria e colocar ao longo do dia bols

Evolução da Reação*
Desconhecido

Critérios de Gravidade
Não grave

Data de Início
DD/MM/AAAA

Data de Fim
DD/MM/AAAA

Duração da Reação

Causalidade
Provável

Tratamento da reação adversa
Continua a toma do medicamento

Figura 7 – Descrição da RAM associada ao uso de Pradaxa 110 mg.

Medicamento

Medicamento*
Pradaxa/Dabigatranato etexilato, Cápsula, 110 mg

Lote*
Desco...

Tipo de Autorização
AIM - Autorização de Introdução no Mercado

Posologia
1 cápsula 1 vez ao dia

Data de Início
DD/MM/AAAA

Data de Fim
DD/MM/AAAA

Via de Administração
Oral (via)

Dosagem
110 mg

Forma Farmacêutica
Cápsula

Medida Tomada
Dose Inalterada

Indicação Terapêutica
prevenção do acidente vascular cerebral (AVC)

Figura 8 – Informações sobre o Pradaxa, tais como posologia e via de administração.

No que concerne à notificação da RAM devido ao uso de Triticum AC 150 mg, obtive resposta por parte da Unidade de Farmacovigilância da Beira Interior.

A notificação espontânea ficou registada na base de dados do Sistema Nacional de Farmacovigilância com o n.º PT-INFARMED-V202308-76.

A notificação espontânea refere-se a um caso sobre um(a) Idoso, do sexo Masculino, de 71 anos, que apresentou alucinações; agressividade enquanto dormia; sensação de que não conseguia acordar associado à utilização de Triticum AC. Acontecimentos clínicos que ocorrem com relação temporal aceitável, com cura após suspensão do fármaco. RCM do medicamento com referência a possibilidade de ocorrência das RAM descritas (nomeadamente, “agitação (muito ocasionalmente exacerbação para delírio), ilusão, agressividade, alucinações, pesadelos”), .

Informamos ainda que as reações adversas foram classificadas individualmente, de acordo com a tabela seguinte:

Medicamento Suspeito	RAM (MedDRA)	Descrita	Causalidade
Triticum AC	Sleep paralysis	Não	Provável
	Aggression	Sim	Provável
	Hallucination	Sim	Provável

Figura 9 – Resposta da notificação da RAM associada ao uso de Triticum AC 150 mg.

5.3. VALORMED

A Valormed é uma sociedade sem fins lucrativos que surgiu em 1999, resultado da colaboração entre as associações representativas das empresas da indústria, distribuidores Farmacêuticos e farmácias comunitárias, cuja sua responsabilidade recai sobre a gestão dos resíduos de embalagens vazias e medicamentos fora de uso de origem doméstica através do Sistema Integrado de Gestão de Resíduos de Embalagens e Medicamentos (SIGREM) [16].

Assim a FS, como farmácia aderente ao referido sistema, dispõem na zona de atendimento um contentor de recolha não acessível aos utentes, para depósito de medicamentos ou produtos de saúde (que não utilizam mais ou que expiraram de validade), os materiais usados no seu acondicionamento (cartonagem, blisters, bisnagas, folheto informativo, frascos, entre outros) e os respetivos acessórios utilizados para auxiliar a sua administração (copos, colheres, seringas (sem agulhas) doseadoras, conta gotas, cânulas, entre outros) [59]. Os contentores de recolha ao atingirem o limite da sua capacidade, são selados e procede-se à sua dispensa através do Sifarma®, introduzindo-se o respetivo número de série. De seguida, é impresso um talão assinado pelo Farmacêutico responsável pela dispensa, que acompanha o contentor. Por último, os contentores são recolhidos pelos distribuidores grossistas, que no caso da FS é a Cooprofar®, transportados para centros de triagem, onde os resíduos são separados e classificados e posteriormente, enviados para reciclagem (papel, cartão, plástico e vidro) ou incineração (no caso de restos de medicamentos).

Durante o meu estágio, tive a oportunidade de efetuar o fecho e a dispensa dos contentores de recolha da Valormed aos distribuidores e incentivar os nossos utentes da importância de colocar os medicamentos em contentores apropriados à sua reciclagem ou incineração.

6. Dispensa de medicamentos

A dispensa de medicamentos, aos olhos dos consumidores/utentes, é a atividade mais perceptível e talvez mais relevante no âmbito da farmácia comunitária. Assim, segundo as Boas práticas na farmácia comunitária (BPF), a cedência de medicamentos define-se pelo “ato profissional realizado pelo Farmacêutico, em que após avaliação da medicação e situação a que a mesma se destina, este disponibiliza os medicamentos ou substâncias medicamentosas, mediante apresentação de prescrição médica ou em regime de automedicação ou indicação farmacêutica, transmite toda a informação necessária para o uso correto dos mesmos” [1]. Com isto, os medicamentos podem ser classificados, quanto à dispensa ao público, em MSRM e MNSRM.

6.1. Dispensa de medicamentos sujeitos a receita médica

De acordo com o artigo 114^o do Decreto-Lei n.º 176/2006, de 30 de agosto, os MSRM são aqueles que podem apresentar vários riscos para a saúde do utente, se não forem utilizados de forma correta. Como tal, estes medicamentos só podem ser dispensados ao utente mediante a apresentação de uma prescrição médica válida [7].

6.1.1. Receita Médica

Atualmente, a prescrição de medicamentos é efetuada por via eletrónica, porém, em casos excecionais, devidamente justificados pode ser feita por via manual [17]. A existência de vários modelos de prescrição, tem como objetivo promover a desmaterialização do circuito de entrega do medicamento ao utente, desde a prescrição, dispensa e conferência de receituário. Com isto, pretende-se tornar o processo de prescrição e dispensa mais autênticos, seguros e fiáveis, contribuindo inclusive para o combate à fraude. Assim sendo, foram criados dois tipos de prescrições eletrónicas: receitas eletrónicas desmaterializadas (também denominadas por receitas sem papel) e receitas eletrónicas materializadas [18].

Em relação às receitas eletrônicas desmaterializadas, a prescrição é enviada por mensagem para o telemóvel do utente ou o telemóvel, que se encontra registado na ficha do utente no Sistema Nacional de Saúde (SNS), contendo todos os códigos necessários para aceder informaticamente à receita, nomeadamente, o número da receita, código de dispensa e código do direito de opção. Caso o utente não tenha telemóvel ou prefira um suporte físico, é facultada durante a consulta a guia de tratamento em papel, com os respetivos códigos e número da prescrição. Esta guia pode também ser obtida através da Área do Cidadão, no site do SNS após registo com o número de utente, cartão de cidadão ou chave móvel digital.

Relativamente às receitas eletrônicas materializadas, o impresso é dividido em duas partes, uma que corresponde à receita médica propriamente dita (onde é impresso no verso a informação do ato de dispensa assinado pelo utente e que fica na farmácia) e a outra parte corresponde à guia de tratamento que segue com o utente, para caso haja dúvida, saber qual a posologia que deve fazer.

Além disso e de forma excecional, podem ser efetuadas prescrições manuais em situações de falência do sistema informático, inadaptação do médico prescriptor devidamente confirmada pela respetiva ordem profissional, prescrição de medicamentos ao domicílio ou outras situações até 40 receitas por mês, conforme apresentado no artigo 8º da Portaria n.º 224/2015, de 27 de julho, devidamente alterada pelo artigo 2º da Portaria n.º 284- A/2016 de 5 de novembro [19]. No final da dispensa é necessário proceder à impressão do verso da receita e solicitar a assinatura da mesma por parte do utente, ficando a receita na farmácia para posterior conferência do receituário e envio para os organismos de participação.

Em qualquer tipo de receita, a prescrição de medicamentos é feita pela DCI do fármaco, a forma farmacêutica, dosagem, apresentação, quantidade e posologia. Em alguns casos, devidamente justificados pelo médico prescriptor, a receita pode ser prescrita por denominação comercial do medicamento, por marca ou indicação do titular da AIM. As justificações aceites estão contempladas no ponto 3 do artigo 6º da Portaria n.º 224/2015, de 27 de julho, nomeadamente a exceção:

- a) para medicamentos de margem ou índice terapêutico estreito, estando estes presentes numa lista anexa da Deliberação n.º 70/CD/2012 definida pelo INFARMED (Ciclosporina, Levotiroxina sódica, Tacrolímus) [20];

- b) para situações em que tenha havido uma intolerância ou reação adversa prévia reportada ao INFARMED e
- c) nos casos de continuidade de tratamento com duração superior a 28 dias.

O utente pode optar por outro medicamento similar ao que lhe foi prescrito, desde que o preço do mesmo seja inferior ao prescrito [18], [19].

Com isto, farmácia deve dispor de pelo menos três medicamentos de entre os cinco mais baratos de cada grupo homogéneo, contudo o utente pode optar por um medicamento mais caro se assim o entender, utilizando para o efeito o código de opção presente na prescrição médica [18]. Para realizar a dispensa de medicamentos, o Farmacêutico perante a apresentação de uma prescrição médica por parte de um utente, deverá analisá-la e validá-la, de modo a garantir que todos os parâmetros se encontram para a dispensa ao nosso utente.

No caso das receitas manuais, a sua interpretação e consequente validação envolve um nível de atenção e comprometimento acrescidos por parte do Farmacêutico, visto que todo o procedimento é efetuado manualmente e por vezes a letra do prescriptor pode ser duvidosa. O Farmacêutico deve então verificar atentamente a presença dos seguintes elementos na receita manual: identificação do utente através do nome e número do SNS; número de beneficiário da entidade financeira responsável, se aplicável; regime especial de comparticipação, representado pela letra “R”, no caso de utentes pensionistas e/ou beneficiários do Complemento Solidário para Idosos ou “O”, para utentes abrangidos por outro regime de comparticipação identificado por menção ao respetivo diploma legal; identificação dos medicamentos prescritos e respetiva posologia e quantidades; data da prescrição; identificação da exceção que levou a que fosse manual; vinheta do local de prescrição; vinheta do médico prescriptor e respetiva assinatura. Qualquer falha nestas condições é motivo de devolução da receita à farmácia, com recusa de comparticipação. De salientar que, só podem ser prescritos até quatro medicamentos distintos e, no máximo, duas embalagens por medicamento ou produto Farmacêutico, nunca ultrapassando o total de quatro embalagens por receita.

Relativamente às receitas eletrónicas, estas não estão isentas do processo de validação por parte do Farmacêutico, mesmo que toda a informação esteja visível e válida. As prescrições eletrónicas obedecem às mesmas regras das prescrições manuais, verificando-se a existência de algumas diferenças, tais como, a possibilidade de serem

processadas, quer pela via manual quer eletrónica, através da leitura dos códigos presentes em cada linha da receita e a possibilidade de serem renováveis, nos casos em que estejam presentes medicamentos para tratamentos de longa duração, podendo ter até três vias. Assim, para as prescrições eletrónicas desmaterializadas, em cada uma das linhas de prescrição, pode ser prescrito um medicamento distinto, desde que cada linha não ultrapasse um máximo de duas embalagens cada, exceto se se destinar a tratamentos de longa duração. No caso dos medicamentos que se apresentam sob a forma de embalagem unitária, podem ser prescritas até um máximo de quatro embalagens do mesmo medicamento, exceto se se destinar a tratamentos de longa duração. Idealmente, em cada mês o utente só deve adquirir no máximo duas embalagens de medicamentos similares ou quatro embalagens se se tratar de dose unitária. Só se deve dispensar quantidade superior se o médico prescrever uma posologia que assim o exija, o utente tem de se ausentar de forma prolongada do país ou que tenha dificuldade de deslocamento à farmácia. A farmácia pode ainda fazê-lo se justificar que houve extravio, roubo ou perda do medicamento [18].

Acerca das validades, as receitas manuais têm sempre uma validade de 30 dias, contada a partir da data da sua emissão. Porém a receita eletrónica materializada pode apresentar até um máximo de três vias, podendo atingir uma validade de 12 meses. Já as receitas eletrónicas desmaterializadas podem ter uma validade até 12 meses, mas a mesma é sempre indicada em cada linha de prescrição.

Após a validação da prescrição, procede-se à verificação dos medicamentos a dispensar, que permite encerrar o circuito do medicamento. De seguida, presta-se toda a informação considerada indispensável ao utente para o uso correto e racional dos medicamentos.

Durante o meu estágio tive a oportunidade de contactar com os três tipos de receitas referidos, sendo que as receitas eletrónicas desmaterializadas constituíram a grande maioria das receitas dispensadas na FS. Do que experienciei, as receitas eletrónicas desmaterializadas constituem maior vantagem comparativamente às receitas manuais, no sentido que permitem a dispensa de medicação consoante o utente quiser e diminuem significativamente os erros associados à leitura da prescrição. A dispensa de receitas manuais foi um desafio, na medida em que muitas das vezes a letra do médico prescritor, associada à prescrição pelo nome de marca do medicamento tornavam difícil a interpretação e consequentemente o atendimento.

6.1.2. Regimes de comparticipação

Como resultado da contribuição da população, através dos seus impostos, para as despesas com a saúde previstas no Orçamento do Estado, alguns medicamentos estão sujeitos a comparticipação pelo Estado de uma percentagem do seu PVP. A atual legislação prevê a possibilidade de comparticipação de medicamentos, através de um regime geral e de um regime excecional de comparticipação, o qual se aplica a situações específicas que abrangem determinadas patologias ou população de doentes.

O regime geral de comparticipação do SNS, que comparticipa a grande maioria dos medicamentos, assegura o pagamento de uma percentagem do PVP dos medicamentos de acordo com os escalões legalmente fixados para o efeito, sendo que a comparticipação é de 90% do PVP no escalão A e de 69%, 37% e 15% para os escalões B, C e D respetivamente, segundo a alínea 1 do artigo 2º da Portaria 195-D/2015 de 30 de junho [21]. Os escalões de comparticipação variam de acordo com as indicações terapêuticas do medicamento, a sua utilização, as entidades que o prescrevem e ainda o consumo acrescido por doentes que possuem determinadas patologias. Relativamente ao regime excecional de comparticipação, este pode ser efetuado em função dos beneficiários ou em função de patologias ou grupos especiais de utentes. No primeiro caso, a comparticipação depende dos rendimentos dos utentes, sendo acrescida uma certa percentagem de comparticipação aos escalões referidos anteriormente. No segundo caso, a comparticipação é feita em medicamentos para o tratamento de patologias específicas, como Psoríase e Alzheimer. Este regime pode ser aplicado apenas para determinadas indicações terapêuticas definidas pelo INFARMED, sendo que o médico prescritor tem de mencionar na receita médica o despacho que assegura a comparticipação [18], [22]. Existem ainda outros planos especiais aplicados à comparticipação de outros produtos de saúde. Nos comparticipados a 100% incluem-se agulhas, seringas, lancetas utilizadas para o autocontrolo da Diabetes Mellitus, produtos dietéticos com caráter terapêutico e dispositivos médicos de apoio a doentes ostomizados e/ou com incontinência/retenção urinária. Para além do regime de comparticipação principal, há regimes de complementaridade assegurados por outros organismos. São exemplos desses subsistemas de saúde o Instituto de Proteção e Assistência na Doença (ADSE), responsável pelos cuidados de saúde dos funcionários públicos, Serviços de Assistência Médico Social (SAMS) do Sindicato dos Bancários, Médis/CTT, entre outros. Nestes casos, o utente beneficiado deve apresentar um cartão identificativo que comprove ser beneficiário do organismo em questão, sendo efetuada a sua leitura ótica. No caso de se tratar de uma receita materializada, no final do atendimento é impresso um talão, que comprova a comparticipação complementar

realizada, sendo este documento assinado pelo utente para que, mais tarde, seja enviado ao respetivo organismo responsável.

Durante o meu estágio, contactei com diferentes organismos de comparticipação, mas na sua grande maioria foram regime geral (plano 01) e regime de pensionista (48). No início foi difícil identificar os diferentes planos existentes, devido há sua diversidade, mas com a ajuda da equipa e com a experiência adquirida consegui conhecer e aplicar os diferentes planos.

6.1.3. Dispensa de medicamentos sujeitos a receita médica especial

Algumas substâncias além das suas propriedades terapêuticas, apresentam pela sua natureza, riscos acrescidos para a saúde, pelo que estão sujeitas a um controlo bastante rigoroso que exige uma prescrição feita através de uma receita médica especial. Neste tipo de prescrição incluem-se os medicamentos que preencham, no mínimo, um dos seguintes princípios: contenham, em dose sujeita a receita médica, uma substância classificada como estupefaciente ou psicotrópico, nos termos da legislação aplicável; possam, em caso de utilização anormal, dar origem a riscos importantes de abuso medicamentoso, criar toxicod dependência ou ser utilizados para fins ilegais; contenham uma substância que, pela sua novidade ou propriedades, se considere, por precaução, dever ser incluída nas situações previstas na alínea anterior, conforme previsto no artigo 117º do Decreto-Lei nº. 176/2006, de 30 de agosto [7]. Nestes casos, se a receita for manual ou materializada, a mesma deve estar identificada como sendo do tipo “RE” e contendo estes medicamentos prescritos isoladamente. No caso de ser desmaterializada, a linha de prescrição deve estar identificada como sendo do tipo “LE” [18]. Independentemente do tipo de prescrição, a dispensa deste tipo de medicamentos diferencia-se dos restantes, pela necessidade de um conjunto de dados adicionais, automaticamente solicitados pelo Sifarma®. Os dados requeridos são, o nome completo, a data de nascimento, número de cartão de cidadão/BI, respetiva data de validade e idade do adquirente, juntamente com o nome da pessoa a que se destina a medicação (caso não sejam a mesma). No final do atendimento é emitido um documento com todas as informações relativas à dispensa do MEP, sendo este arquivado num dossier específico.

No caso das receitas manuais ou materializadas, a fotocópia das mesmas é anexada ao respetivo impresso, ficando arquivadas durante um período de três anos. Mensalmente, até ao dia oito, são enviados para o INFARMED as cópias digitalizadas das receitas

manuais e um arquivo informático das saídas relativamente às substâncias presentes nas tabelas I, II-B e II-C presentes no Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de janeiro, referentes a estupefacientes e psicotrópicos. Anualmente, os mapas de balanço devem ser enviados para o INFARMED, sendo que neste caso, a data-limite é o dia 31 de janeiro do ano seguinte e para além das substâncias pertencentes às tabelas anteriormente referidas, são também incluídas as substâncias mencionadas nas tabelas III e IV respeitantes às benzodiazepinas [19].

No decorrer do meu estágio tive a oportunidade de contactar com esta documentação e efetuar algumas dispensas destes medicamentos em receitas eletrónicas materializadas e desmaterializadas, nomeadamente o metilfenidato, utilizado em doentes com perturbação de hiperatividade e défice de atenção, Tapentadol indicado para o alívio da dor aguda moderada a intensa em adultos, que apenas pode ser adequadamente controlada com analgésicos opióides e dimesilato de lisdexanfetamina para perturbação de hiperatividade e/ou défice de atenção (PHDA), entre outros [23], [24], [25].

6.1.4. Entrega em proximidade de medicamentos de dispensa exclusiva hospitalar

Foi desenvolvido um protocolo de dispensa de medicamentos hospitalares em farmácias comunitárias, de forma a assegurar a terapêutica aos doentes que não se conseguem deslocar ao Hospital para a levantar [26]. A existência desta entrega de medicamentos em proximidade contribui não só para facilitar o acesso dos utentes ao medicamento, assegurando a continuidade do tratamento, mas também para evitar deslocações mensais ao hospital para o adquirirem, proporcionando uma redução das despesas associadas às viagens, uma vez que nem todos os meses têm consulta e a deslocação é feita exclusivamente para a aquisição da medicação. Neste sentido, os Centros Hospitalares asseguram a entrega segura dos medicamentos às farmácias por intermédio de uma empresa transportadora certificada pelo INFARMED. No momento da receção dos mesmos, compete ao Farmacêutico averiguar se os medicamentos se encontram nas condições adequadas para a entrega aos utentes. Posteriormente, é contactado o utente para informar que a sua medicação já está disponível e é combinada uma data e hora para a realização da sua entrega. Uma vez que não se trata de uma dispensa, a entrega do medicamento não está sujeita a processamento através do sistema informático, pelo que é entregue um impresso com duas vias para o utente assinar, ficando o mesmo com uma via e a outra permanece na farmácia [26].

Ao longo do meu estágio, tive a oportunidade de proceder à entrega de medicação em proximidade para alguns doentes, vinda do Centro Hospitalar de Coimbra e contactei os utentes assim que chegava a sua medicação à farmácia, de modo a agendar a sua entrega.

Também durante o meu estágio pude ainda auxiliar um utente da FS que nos chegou com uma prescrição do I.P.O de Coimbra, onde este pensava que poderia adquirir a medicação na farmácia comunitária, pois desconhecia a existência de farmácia no hospital. Posto isto, expliquei-lhe que aquele tipo de medicação só podia ser dispensada a nível hospitalar e tentei contactar sem sucesso o IPO de Coimbra. Dado a ter feito estágio a nível hospitalar no Centro Hospitalar Tondela-Viseu, contactei a Dra. Susana Carvalho, para saber se esta medicação poderia ser levantada no CHTV, já que o doente estava bastante debilitado e não tinha meios de transporte. Juntas tentamos ver a melhor situação, sendo que a Dra. Susana Carvalho se dispôs prontamente a contactar os SF dos CHTV e a solucionar o problema que tínhamos em frente. Por fim, o doente preferiu ir de autocarro no dia seguinte para começar o tratamento o mais rapidamente possível e a FS se dispôs a receber a medicação do utente, de forma a evitar possíveis erros na toma da medicação, por dificuldade de acesso.

7. Automedicação

Os MNSRM são medicamentos que, devido ao seu perfil de segurança e às suas indicações terapêuticas, podem ser dispensados sem necessidade de uma prescrição médica. Contudo, e embora possam ser cedidos em locais fora das farmácias, a dispensa destes medicamentos não deve excluir uma adequada avaliação dos sintomas, das patologias subjacentes, da medicação concomitante, bem como a cedência de todas as informações necessárias para promover um uso racional e seguro do medicamento [1]. As situações passíveis de automedicação em Portugal encontram-se definidas pelo Despacho n.º 17690/2007, de 23 de julho, existindo também uma lista de MNSRM definida pelo INFARMED, cuja dispensa é exclusiva em farmácia comunitária (MNSRM-EF) [27].

Assim sendo, apesar de os MNSRM estarem em zona visível dos utentes, encontram-se fora do seu alcance. A utilização destes medicamentos permite a automedicação, que consiste na utilização destes medicamentos, por iniciativa do próprio utente, de forma responsável e consciente, sempre sob o aconselhamento e monitorização do Farmacêutico. Geralmente a seleção de um MNSRM ou indicação de medidas não

farmacológicas pelo Farmacêutico, tem como objetivo o tratamento de problemas de saúde menores, pouco graves, autolimitantes, durante um período curto, não necessitando de um diagnóstico médico especializado. Porém, devido à enorme disseminação de fontes de informação no âmbito da saúde e da utilização de medicamentos, os utentes consideram-se possuidores de conhecimentos e capazes de se autodiagnosticarem e posteriormente recorrerem ao uso de determinados medicamentos, sem o devido aconselhamento por parte de profissionais de saúde especializados.

A dispensa de MNSRM foi a tarefa mais desafiadora de todo o meu estágio. Devido à existência de uma enorme panóplia de produtos que poderão ser utilizados para o mesmo fim, tive dificuldade no atendimento autónomo deste tipo de situações. No entanto, procurei sempre nos meus tempos livres, ler informações sobre os produtos e possíveis indicações e pedi auxílio aos colegas, com o objetivo de tentar familiarizar-me com as possíveis alternativas, tornando o meu aconselhamento farmacêutico mais fácil e entendível para o utente.

Algumas das situações em que prestei aconselhamento e dispensei MNSRM, foi em situações de febre, onde os utentes alegavam que “só passava com o antibiótico” em que reforcei que apenas dispensamos antibióticos sob prescrição médica e aconselhei a toma de paracetamol 500 mg de 8 em 8 horas, no máximo 4g por dia, de maneira a evitar problemas hepáticos. Relativamente a situações de dor aguda, onde os utentes solicitavam Ibuprofeno, prestei aconselhamento no que toca à sua toma, que deve ser sempre feita após as refeições e que em casos de problemas gástricos tais como úlcera ou Refluxo esofágico, este tipo de AINES não são os mais indicados pelos efeitos secundários que provocam, sugerindo sempre alternativas (Paracetamol). Outra situação com a qual fui confrontada foi a procura de antigripais, onde tentei identificar quais os sintomas descritos e qual a duração e intensidade dos mesmos, a fim de poder encontrar o medicamento ou conjunto de medicamentos mais adequados ou então aconselhar encaminhamento médico em situações mais graves ou duradouras, como dispneia intensa ou febre muito elevada por mais de 3 dias. Por vezes também acontecia de os utentes solicitarem um xarope para a tosse e havia dificuldade de percebermos qual o tipo de tosse, para pudermos aconselhar um MNSRM mais indicado, pois muitas vezes alegavam tosse seca e quando tossiam à nossa frente era uma tosse com expetoração.

8. Aconselhamento e dispensa de outros produtos de saúde

8.1. Produtos de dermofarmácia, cosmética e higiene

A área da dermofarmácia, cosmética e produtos de higiene é uma área em constante evolução, com novos produtos que tentam responder às necessidades do utente, que se encontra cada vez mais preocupado com a sua imagem e bem-estar.

Os produtos cosméticos são tratados ao abrigo do Regulamento (CE) n.º 1223/2009 do Parlamento Europeu e do Conselho, de 30 de novembro de 2009, no qual são definidos como “qualquer substância ou mistura destinada a ser posta em contacto com as diversas partes externas do corpo humano (epiderme, sistemas piloso e capilar, unhas, lábios e órgãos genitais externos) ou com os dentes e as mucosas bucais, tendo em vista, exclusiva ou principalmente, limpá-los, perfumá-los, modificar-lhes o aspeto, protegê-los, mantê-los em bom estado ou corrigir os odores corporais”. A vigilância, regulação e supervisão da qualidade e segurança dos produtos cosméticos é da responsabilidade do INFARMED [28].

Neste âmbito, a FS dispõe de uma ampla gama de produtos dermocosméticos de diversas marcas, sendo a Avène®, Eucerin®, A`Derma®, Lierac®, Klorane® e Phyto® as com maior número de produtos e gamas. Cada marca possui diversas gamas, de acordo com as necessidades de cada pele naquele momento.

Além disso, ainda é possível incluir os produtos de puericultura e outros destinados à higiene capilar, oral e íntima. Desta forma, é essencial que o Farmacêutico conheça bem os produtos disponibilizados pela farmácia e quais os mais adequados a cada tipo de situação, intervindo perante o utente, sempre que achar pertinente e referenciar para o médico, se necessário.

Durante o meu estágio, tive oportunidade de contactar diversas vezes com este tipo de produtos, seja para aconselhamento de protetores solares, para pele sensível ou oleosa, para crianças ou adultos e até para casos de dermatite atópica. Prestei também aconselhamento, para casos de hiperpigmentação, acne e xerose, quer no corpo, quer no rosto. E por fim, pude contactar com diferentes casos de alergia ao sol, onde com a ajuda da equipa pudemos estabelecer o melhor tratamento com base na prevenção para esta condição mais característica no verão. Relativamente a produtos de higiene

capilar, prestei aconselhamento em casos de queda de cabelo, dermatite seborreica, caspa e prurido capilar, sendo os produtos mais aconselhados: ampolas, champôs e suplementos alimentares. No que se refere a higiene bucodentária, os produtos mais dispensados na FS foram os colutórios, géis antissépticos, pastas dentífricas e produtos para próteses dentárias para todas as idades e necessidades.

8.2. Produtos dietéticos para alimentação especial

Os produtos dietéticos para alimentação especial, sujeitos a processamento ou formulação especial, são destinados a fins medicinais específicos, com a finalidade de satisfazer as necessidades nutricionais de determinadas populações, em virtude das condições que apresentam. Algumas destas condições, podem ser devido a capacidade limitada, diminuída ou alterada para ingerir, digerir, absorver, metabolizar ou excretar géneros alimentícios ou alguns dos nutrientes neles contidos ou seus metabolitos, ou cujo estado de saúde determina necessidades nutricionais particulares. O seu consumo não dispensa supervisão médica e muitas vezes são eventualmente prescritos pelo médico [29].

No caso dos produtos dietéticos cuja dispensa está sujeita a apresentação de prescrição médica, o Farmacêutico valida as prescrições e averigua se o produto dietético e o local de prescrição são considerados válidos para comparticipação, através da consulta das respetivas listas disponíveis no portal da ANF.

No presente estágio, contactei com espessantes alimentares (da Aptamil®) e suplementos hipercalóricos das gamas Fresubin®, particularmente úteis para satisfazer as necessidades nutricionais de doentes com ou em risco de malnutrição e dificuldades ao nível da deglutição.

8.3. Produtos dietéticos infantis

Em relação aos produtos dietéticos infantis, os leites infantis ocupam o principal produto dispensado a nível da farmácia comunitária sendo definidos pelo Regulamento (UE) N.º 609/2013 do Parlamento Europeu e do Conselho, de 12 de junho de 2013 [30]. Os leites disponíveis são especialmente concebidos com o intuito de satisfazer as necessidades nutricionais dos bebés durante o seu desenvolvimento, existindo no mercado leites específicos para cada idade. Além disso, existem também leites infantis especiais indicados para bebés, que apresentam necessidades nutricionais específicas,

como saciedade, obstipação, cólicas, regurgitação, prevenção de alergia, alimentação vegetal e APLV-grave (alergia grave à proteína do leite) [31].

Devido à falta de procura deste tipo de produtos na FS, apenas dispensamos estes produtos através de encomenda, tendo sempre em atenção se existem necessidades nutricionais específicas e qual a idade do bebé.

8.4. Fitoterapia e suplementos nutricionais (nutracêuticos)

A fitoterapia consiste na utilização de medicamentos à base de plantas, que é 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, com vista a obter efeitos terapêuticos, segundo o artigo 3º do Decreto-Lei n.º 176/2006, de 30 de agosto [7]. Apesar de serem produtos naturais, o seu uso não está isento de contraindicações, efeitos adversos e interações medicamentosas, ficando a cargo do Farmacêutico, avaliar a possibilidade de ocorrência de alguma interação com algum dos medicamentos da terapêutica do utente.

No que diz respeito aos suplementos nutricionais, de acordo com o artigo 3º do Decreto-Lei n.º 136/2003, de 28 de junho, definem-se como “géneros alimentícios que se destinam a complementar e ou suplementar o regime alimentar normal e que constituem fontes concentradas de determinadas substâncias nutrientes ou outras com efeito nutricional ou fisiológico, estemes ou combinadas, comercializadas em forma doseada, tais como cápsulas, pastilhas, comprimidos, pílulas e outras formas semelhantes, saquetas de pó, ampolas de líquido, frascos com conta-gotas e outras formas similares de líquidos ou pós que se destinam a ser tomados em unidades medidas de quantidade reduzida”[32]. A Direção Geral de Alimentação e Veterinária (DGAV) é a entidade reguladora responsável pela definição, execução e avaliação das políticas de segurança alimentar a que estes suplementos estão sujeitos. Os suplementos, ao contrário dos medicamentos, nunca têm o objetivo de curar, restaurar, corrigir ou modificar funções fisiológicas normais, apenas contribuem para a manutenção, apoio e otimização da homeostasia.

São vários os suplementos alimentares disponíveis na FS, tais como complexos multivitamínicos (Centrum®, Viterra®, MixVit®, Tonosol®), suplementos para as

articulações (Movitrose[®], Artrozen[®], Condotril[®]), para o emagrecimento (Depuralina[®]), para o bom funcionamento cognitivo (Cerebrum[®], Movitum[®], Win-Fit[®], Memofix[®]), para ajudar na prevenção de distúrbios urinários recorrentes e promover um alívio dos sintomas associados (Ciscontrol[®]), para aliviar a ansiedade e a dificuldade em dormir (Arkosono[®], Aquilearela[®]), para restabelecer a flora intestinal (Atyflor[®], Megaflora[®]), para o défice de magnésio (Magnesium[®]), entre outras.

A FS está englobada na rede de farmácias Apoteca Natura, disponibilizando diversos suplementos alimentares, como Recarga rápida[®], Magnésio e Potássio[®], Geleia Real[®], entre outros produtos que apenas se encontram em farmácias pertencentes a esta rede.

8.5. Medicamentos de uso veterinário

Os medicamento de uso veterinário (MUV) são definidos 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”, segundo a alínea av) do ponto n.º 1, referente ao artigo 3º do Decreto-Lei n.º 148/2008 de 29 de julho, alterado pelo Decreto-Lei n.º 314/2009 de 29 de outubro [33].

Como os suplementos nutricionais, também os MUV são regulados pela DGAV, que é a responsável por definir as políticas de todo o circuito do medicamento, nomeadamente o fabrico, a distribuição, a comercialização, a rotulagem, a Farmacovigilância, a AIM, a publicidade e a importação e exportação.

No decorrer do meu estágio, dispensei alguns MUV, tais como pílulas anticoncepcionais para cadelas e gatas e alguns desparasitantes externos e internos, para os quais é necessário ter em conta o peso do animal. Na dispensa destes produtos, é igualmente importante fornecer informações sobre a posologia, precauções de utilização, assim como possíveis efeitos indesejáveis. Grande parte dos produtos de uso veterinário dispensados na FM são prescritos pelos médicos veterinários, tais como podemos encontrar no anexo 2.

8.6. Dispositivos médicos

De acordo com o artigo 3º do Decreto-Lei n.º 145/2009, de 17 de junho, os dispositivos médicos são definidos como “qualquer instrumento, aparelho, equipamento, software, material ou artigo isoladamente ou em combinação, incluindo software destinado pelo seu fabricante a ser utilizado especificamente para fins de diagnóstico ou terapêuticos, (...) 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 (...)”, distinguindo-se desta forma de um medicamento [34]. Pode ter como finalidade, identificada pelo fabricante:

- “diagnóstico, prevenção, controlo, tratamento ou atenuação de uma doença;
- diagnóstico, controlo, tratamento, atenuação ou compensação de uma lesão ou de uma deficiência;
- estudo, substituição ou alteração da anatomia ou de um processo fisiológico e
- controlo da conceção”.

Quanto à classificação dos dispositivos médicos, estes dividem-se em quatro classes distintas (I – baixo risco, IIa – baixo médio risco, IIb – alto médio risco e III – alto risco), em função da anatomia afetada pela sua utilização, tempo de contacto com o organismo (temporário, curto prazo ou longo prazo), grau de invasão e atendendo aos potenciais riscos que advêm da sua utilização [34].

Alguns dos dispositivos médicos dispensados com alguma regularidade na FS, foram sacos coletores de urina e para ostomia, seringas, agulhas e lancetas usadas na monitorização da glicémia, meias de compressão e de descanso, material de ortopedia como, pulsos e joelheiras elásticas, material de penso, tensiómetros, termómetros, preservativos e testes de gravidez.

9. Outros cuidados de saúde prestados na farmácia

Além da dispensa de medicamentos e outros produtos de saúde propriamente ditos, as farmácias podem ainda prestar serviços que visem promover um maior acompanhamento dos utentes, aumentando a sua qualidade de vida e bem-estar.

Assim, a FS dispõe de uma ampla variedade de serviços que são regularmente solicitados pelos utentes, dos quais destaco:

- Determinação de parâmetros laboratoriais (glicémia e colesterol total);*
- Determinação da pressão arterial e frequência cardíaca;*
- Determinação do peso, altura e IMC;*
- Serviço de gestão e preparação individualizada da medicação (PIM) (semanal);*
- Serviço de nutrição e dietética;
- Serviço de podologia;
- Serviço de fisioterapia;
- Serviço de análises clínicas;
- Administração de vacinas não incluídas no Plano Nacional de Vacinação e medicamentos injetáveis;
- Serviços simples de enfermagem e primeiros socorros (tratamento de feridas);
- Teste rápido de antigénio para a COVID-19.

Encontram-se assinalados com um (*) os serviços prestados por mim ao longo do presente estágio.

A determinação do peso, altura e IMC é realizada na zona de atendimentos, através de um aparelho automático de medição. Quanto aos restantes serviços da farmácia, todos eles são realizados no GAP, de modo a proporcionar um ambiente tranquilo e calmo à sua realização, além de possibilitar uma comunicação privada e confidencial entre os utentes e o Farmacêutico.

A determinação da pressão arterial é o serviço mais requisitado pelos utentes diariamente, quer por aqueles com um diagnóstico prévio de hipertensão arterial (HTA), que precisam de acompanhar e monitorizar a evolução da doença, quer pelos utentes que embora não diagnosticados, se previnam ou sentem que a sua pressão arterial se encontra alterada. Avaliei assim a pressão arterial (PA) com o utente sentado, em repouso, em ambiente calmo e sem roupa ou objetos apertados e com as pernas descruzadas. Perguntei se fumou ou bebeu café recentemente e se tinha feito exercício físico ou não, pois estas situações podem alterar os valores da PA. Durante o estágio pude ainda constatar diversas situações de HTA, tanto em indivíduos com terapêutica antihipertensora já instituída, em que muitos não cumpriam rigorosamente a posologia prescrita, como também indivíduos sem qualquer acompanhamento ou terapêutica, onde recomendei, com alguma brevidade uma consulta médica, a fim de

monitorizar e reavaliar a situação. Presenciei dois casos de doentes, um dos doentes que se queixava de dores de cabeça perto da nuca, com valores de tensão de 201 mmHg e 112 mmHg, onde encaminhei de imediato para as urgências do hospital, e outro senhor que alegava nervosismo, com valores de 181 mmHg e 101 mmHg, onde procedi de imediato ao encaminhamento para as urgências hospitalares. Um outro caso que me chegou à farmácia foi de uma grávida de 8 meses, que alegava dores de cabeça, onde após a medição da sua PA, que estava em 164 mmHg e 94 mmHg, aconselhei a sua ida imediata ao hospital por possível risco de pré-eclâmpsia, uma complicação grave que pode acontecer durante a gravidez.

Relativamente aos parâmetros laboratoriais, como a glicémia e o colesterol total, a sua medição na farmácia é realizada pelo método de punção capilar. No caso da determinação da glicémia, primeiramente limpa-se o dedo do doente com álcool e de seguida, o sangue é recolhido diretamente para uma fita já colocada no aparelho de medição. Na determinação do colesterol total, efetua-se a recolha de sangue para uma fita reativa específica e essa mesma fita é colocada num dispositivo de diagnóstico Wellion LUNA Test strips CHOL® para leitura dos valores. Após a análise das determinações realizadas, o Farmacêutico transmite ao utente os resultados de forma clara e assertiva e aconselha medidas não farmacológicas, como uma alimentação saudável e exercício físico regular, além de, consoante os resultados obtidos aconselhar também encaminhamento médico. Tive oportunidade de medir diversas vezes estes parâmetros bioquímicos, alertei os doentes quando estes valores se encontram alterados e prestei aconselhamento nos diferentes casos. Todos estes parâmetros são registados pelo profissional num cartão específico da FS, com o intuito de monitorizarmos continuamente a situação clínica do utente e incentivar a sua medição regular, como forma de prevenção.

O serviço de PIM tem como principal objetivo auxiliar os utentes, na sua grande maioria idosos polimedicados, que têm dificuldade em gerir a sua terapêutica farmacológica. Tendo isto em conta, os medicamentos são colocados em blisters, que se encontram divididos em colunas com as horas da toma (jejum, pequeno-almoço, almoço, jantar, deitar) e linhas correspondentes aos 7 dias da semana. Cada PIM é identificado com o nome do utente, contacto telefónico da farmácia, Farmacêutico responsável pela preparação e o período a que corresponde (data de início e fim). No decorrer do meu estágio, preparei PIMs sempre conferidas por um Farmacêutico antes da selagem final.

10. Preparação de medicamentos

10.1. Medicamentos Manipulados

Com o avanço da tecnologia e dos processos de industrialização de medicamentos, a utilização de manipulados tem vindo a decrescer. Apesar disto, existem situações onde os manipulados constituem a única alternativa terapêutica disponível, uma vez que possibilitam a individualização terapêutica para cada utente. De acordo com a Portaria n.º 594/2004 de 2 de junho, o medicamento manipulado é definido como “qualquer fórmula magistral ou preparado oficial preparado e dispensado sob a responsabilidade de um Farmacêutico”. No caso da fórmula magistral, o medicamento é “preparado segundo receita médica que especifica o doente a quem o medicamento se destina”, enquanto o preparado oficial é “preparado segundo as indicações de uma farmacopeia ou de um formulário” [35].

Durante o estágio tive a oportunidade de observar e preparar várias preparações do manipulado Pomada de Dermovate (Propionato de clobetasol) salicilada com Vaselina (preparado magistral), para fins dermatológicos.

A preparação foi efetuada no laboratório da FS, convenientemente iluminado e ventilado, com condições de temperatura e humidade adequadas, conforme exigido pela legislação em vigor [35]. Neste espaço, encontram-se armazenadas as matérias-primas e equipamentos necessários à preparação de medicamentos manipulados, assim como diversos documentos de apoio à sua preparação, nomeadamente o FGP. Inicialmente, procedeu-se ao preenchimento da ficha de preparação segundo a fórmula magistral. Na ficha de preparação, deve figurar o nome e contacto do utente, nome do médico prescriptor, o número de lote atribuído pela farmácia ao manipulado (na FS, este tem por base o dia, mês e ano da preparação), composição qualitativa e quantitativa do medicamento, descrição do procedimento realizado, acondicionamento e ensaios de verificação efetuados para garantir a sua qualidade (cor, odor, aspeto, quantidade a dispensar (variação inferior a 5%) e conformidade com a definição da monografia), sendo no final registada a data da preparação e rubricada a ficha pelo colaborador que o preparou e pelo seu supervisor. Depois, começou-se por desinfetar as os equipamentos/material a utilizar, verificou-se se a balança estava calibrada, colocou-se o equipamento de proteção individual e pesou-se as matérias-primas a utilizar em balança analítica. De seguida, registou-se os valores pesados e procedeu-se a preparação do manipulado. O aprovisionamento das pomadas fez-se em boião de 100g. Elaborou-se o rótulo a colocar nos medicamento manipulados, que deve conter o nome

do doente, fórmula do medicamento manipulado prescrita pelo médico, número do lote atribuído ao medicamento preparado, prazo de utilização do medicamento, condições de conservação do medicamento preparado, instruções especiais, eventualmente indispensáveis para a utilização do medicamento, como, por exemplo, «agite antes de usar», «uso externo» (em fundo vermelho), via de administração, posologia, identificação da farmácia e identificação do Farmacêutico diretor técnico [35]. Por último, realizou-se o cálculo do PVP, tal como estabelece a Portaria n.º 769/2004, de 1 de julho [36] como, por exemplo, «agite antes de usar», «uso externo» (em fundo vermelho), via de administração, posologia, identificação da farmácia e identificação do Farmacêutico diretor técnico [35]. Por último, realizou-se o cálculo do PVP, tal como estabelece a Portaria n.º 769/2004, de 1 de julho [36]. Na FS, o cálculo do preço é realizado na ficha de preparação, através do preenchimento de cada componente das tabelas, valor das matérias-primas (VMP), valor dos materiais de embalagem (VME) e o valor dos honorários da preparação (VH). Proceda-se à soma e multiplicação por 1,3 acrescido do IVA (6%): $(VMP + VME + VH) \times 1,3 + IVA$. Durante o ano de 2023, os honorários de preparação foram calculados com base num fator F de 5,52€.

A comparticipação dos medicamentos manipulados é de 30% do respetivo preço, e aqueles que são comparticipados constam no anexo do Despacho n.º 18694/2010, de 18 de novembro. O médico deve prescrever estes medicamentos em receita isolada e só se pode dispensar uma unidade, podendo indicar também a dosagem e quantidade a preparar.

No que diz respeito às matérias-primas, estas devem ser adquiridas preferencialmente a fornecedores devidamente autorizados, sempre acompanhadas de um boletim de análises que comprova a qualidade das mesmas, o qual fica arquivado na farmácia.

10.2. Reconstituição de preparações extemporâneas

Certos medicamentos possuem substâncias ativas ou excipientes, cuja estabilidade compromete a formulação final, recorrendo-se assim a preparações extemporâneas, ou seja, preparadas previamente à sua utilização, habitualmente no ato da dispensa. Geralmente, estas preparações apresentam-se sob a forma de grânulos ou pós que se destinam a ser reconstituídos com água purificada ou outro solvente apropriado.

Durante o estágio, tive a oportunidade de preparar e dispensar com alguma regularidade preparações extemporâneas, como por exemplo o Clamoxyl® e o Zithromax®, antibióticos de uso pediátrico.

A sua reconstituição de modo geral faz-se através da agitação do recipiente, para soltar as partículas de pó do fundo do frasco, seguido da adição de água purificada ou outro solvente até ao risco indicado no rótulo, com posterior agitação vigorosa do recipiente, de forma a obter-se uma suspensão oral homogeneizada.

A estabilidade da preparação após a reconstituição depende do princípio ativo e mesmo de laboratório para laboratório (em alguns casos é necessário a conservação no frigorífico, enquanto outros não). Neste sentido, durante a dispensa, as condições de conservação, embora descritas na embalagem, são reforçadas junto do utente, assim como a necessidade de agitar antes de cada utilização.

11. Contabilidade e Gestão - Conferência de receituário e faturação

O processamento do receituário e respetiva faturação é uma tarefa de muita responsabilidade, uma vez que só assim a farmácia pode receber o valor de todas as participações realizadas ao longo do mês. No caso da FS, a conferência das receitas está confinada ao Farmacêutico, que executa a conferência do receituário e envia para aos organismos responsáveis pela participação, de modo a garantir que a farmácia é reembolsada pelos mesmos.

Aquando da receção de uma receita manual e/ou receita eletrónica materializada o profissional de saúde deve sempre fazer uma breve verificação das mesmas de forma a detetar algum erro, antes de proceder ao seu processamento. Depois de todas as receitas conferidas, são separadas e organizadas por entidade participadora, número de lote e número da receita por ordem crescente ou decrescente, sendo cada lote constituído no máximo por 30 receitas. No último dia de cada mês é realizado o fecho dos lotes é emitido o respetivo verbete de identificação, que deve ser carimbado e anexado à respetiva receita, a relação resumo de lotes e a fatura para cada entidade participadora, iniciando-se emissão de nova série de lotes.

Relativamente à faturação, no caso das receitas cuja comparticipação é suportada pelo SNS, procede-se ao envio do receituário dispensado ao longo do mês, para o Centro de Conferência de Faturas na Maia, até ao dia 10 do mês seguinte. Relativamente às receitas comparticipadas por outros organismos que não o SNS, as mesmas são enviadas até dia 8 do mês seguinte para a ANF, que posteriormente as submete aos organismos associados. Além dos verbetes e respetivas receitas, devem ainda ser enviados os documentos referidos anteriormente. Caso seja detetada alguma irregularidade, as receitas são devolvidas à farmácia para retificação, submetendo novamente a receita em questão juntamente com o receituário do mês seguinte. Sempre que não for possível retificá-las, a farmácia não recebe o valor correspondente à comparticipação das receitas.

Relativamente às receitas eletrónicas desmaterializadas, as mesmas são verificadas pelo sistema informático no ato da dispensa, sendo o seu envio feito automaticamente no final de cada mês através do Sifarma®, que agrupa todas as prescrições divididas por organismos num único lote.

Durante a realização do meu estágio tive a oportunidade de acompanhar todo este processo, desde a conferência das receitas, organização dos lotes e fecho dos mesmos, emissão dos referidos documentos no último dia de cada mês e organização dos documentos a enviar à contabilidade.

12. Outras atividades

Durante o período de estágio, tive a oportunidade de assistir online a diversas formações e webinars, nomeadamente de produtos para a queda de cabelo da marca Phyto®, e uma formação sobre a intervenção do Farmacêutico na Diabetes Mellitus, promovida pela Krka®. Tive oportunidade de representar presencialmente a FS numa formação promovida pela A'derma® sobre a sua nova linha AC, em que transmiti aos meus colegas os benefícios e aplicabilidade dos produtos em questão. Além disso, presencialmente na farmácia, assisti a algumas apresentações de promoção de produtos, nas quais os representantes apresentavam o produto, as suas vantagens e benefícios e suas aplicabilidades.

Tive oportunidade ainda de preparar juntamente com os outros colaboradores da FS, duas caminhadas de forma a promover a atividade física, como um ponto crucial no bem-estar dos nossos doentes.

Juntamente com a Apoteca Natura®, procedi à divulgação e preenchimento de questionários sobre o risco cardiovascular dos nossos utentes, onde procedi à medição da tensão arterial, colesterol total, IMC, perímetro abdominal e risco de fibrilação arterial.

Posteriormente, participei no Dia da Criança da FS, onde fomos às escolas primárias e infantários das freguesias abrangidas pela FS, abordar de uma forma interativa, a importância do uso de protetor solar, onde aplicar e cuidados a ter com o sol.

13. Conclusão

O estágio na FS foi uma experiência muito enriquecedora, tanto a nível pessoal como profissional, pela oportunidade de aplicação dos conteúdos teóricos à prática clínica, e pela experiência de contacto com diferentes tipos de utentes e manifestações clínicas.

Por ser uma farmácia integrada em aldeias mais distantes da cidade, pude perceber a importância dos farmacêuticos na prevenção e deteção de possíveis condições médicas e tentaram incentivar e encaminhar para tratamento médico. Foi um desafio em cada de atendimento já que muitos idosos, não aderiam ao regime posológico imposto, automedicavam-se e conseqüentemente tinham reações adversas. Este tipo de situações, fez com que o meu atendimento fosse o mais claro e mais explícito possível, incentivando sempre o utente a procurar-nos em caso de dúvida.

Assim, agradeço a todos os colaboradores da FS pela orientação e apoio em todas as tarefas que executei durante o meu estágio, que me tornaram uma profissional de saúde mais competente e autónoma pronta a exercer atividade farmacêutica com maior qualidade.

14. Bibliografia

- [1] Ordem dos Farmacêuticos, BOAS PRÁTICAS DE FARMÁCIA COMUNITÁRIA, 30. 2009.
- [2] Ministério da Saúde, Portaria n.o 277/2012 de 12 de setembro. 2012.
- [3] Ministério da Saúde, Decreto-Lei n.o 307/2007. 2007.
- [4] Ministério da Saúde, Deliberação n.o 1502/2014, de 3 de julho. 2014.
- [5] Glintt, “CGF | Serviço de Consultoria e Gestão em Farmácias.” Accessed: Aug. 16, 2023. [Online]. Available: <https://www.glintt.com/pt/o-que-fazemos/ofertas/BusinessConsulting/Paginas/CGF.aspx>
- [6] INFARMED I.P., Circular Informativa n.o 054/CD/100.20.200 de 06/06/2023. 2023.
- [7] Ministério da Saúde, Decreto-Lei n.o 176/2006, de 30 de Agosto. 2006.
- [8] C. Leiria, “O USO DE PSICOTRÓPICOS E ESTUPEFACIENTES NUMA POPULAÇÃO ESPECÍFICA – COMPLEXIDADE TERAPÊUTICA,” Universidade do Algarve, 2018.
- [9] WHO, “ATC/DDD Index 2023.” Accessed: Aug. 16, 2023. [Online]. Available: https://www.whocc.no/atc_ddd_index/
- [10] Ministério da Saúde - Gabinete do Secretário de Estado da Saúde, Despacho n.o 4742/2014, de 2 de abril. 2014.
- [11] “Ponto de pedido: como afeta a gestão do armazém?” Accessed: Aug. 18, 2023. [Online]. Available: <https://www.mecalux.pt/blog/ponto-de-pedido>
- [12] M.-M. & B. C. Vieira, “LOGÍSTICA E APROVISIONAMENTO.” Accessed: Aug. 18, 2023. [Online]. Available: <https://academiadenegocios.pt/logistica-e-aprovisionamento/>
- [13] INFARMED I.P., Circular Informativa No. 019/CD/100.20.200, de 15 de fevereiro. 2015.
- [14] Ordem dos Farmacêuticos, Regulamento n.o 1015/2021, de 20 de dezembro. 2021, pp. 143–159.
- [15] INFARMED I.P., “Perguntas frequentes.” Accessed: May 04, 2023. [Online]. Available: https://www.infarmed.pt/web/infarmed/perguntas-frequentes-area-transversal/medicamentos_uso_humano/farmacovigilancia
- [16] VALORMED, “QUEM SOMOS.” Accessed: May 07, 2023. [Online]. Available: <https://valormed.pt/quem-somos/>
- [17] Saúde - Gabinete do Secretário de Estado da Saúde, Despacho n.o 2935-B/2016, de 24 de fevereiro. 2016.

- [18] INFARMED I.P., “Normas relativas à dispensa de medicamentos e produtos de saúde.” Accessed: May 07, 2023. [Online]. Available: https://www.infarmed.pt/documents/15786/17838/Normas_Dispena/4c1aea02-a266-4176-b3ee-a2983bdfe790
- [19] Ministério da Saúde, Portaria n.o 224/2015, de 27 de julho. 2015.
- [20] INFARMED I.P., Deliberação N.o 70/CD/2012. 2012.
- [21] Ministério da Saúde, Portaria n.o 195-D/2015, de 30 de junho. 2015.
- [22] INFARMED I.P., “Regimes excepcionais de participação.” Accessed: May 16, 2023. [Online]. Available: <https://www.infarmed.pt/web/infarmed/regimes-excepcionais-de-comparticipacao>
- [23] Infomed, “Resumo das Caraterísticas do Medicamento: Palexia,” INFARMED I.P.
- [24] Infomed, “Resumo das Caraterísticas do Medicamento: Elvanse,” INFARMED I.P.
- [25] Infomed, “Resumo das Caraterísticas do Medicamento: Concerta,” INFARMED I.P.
- [26] Ordem dos Farmacêuticos, “DISPENSA DE MEDICAMENTOS HOSPITALARES EM FARMÁCIAS COMUNITÁRIAS E AO DOMICÍLIO.” May 04, 2020. Accessed: May 17, 2023. [Online]. Available: https://www.ordemfarmaceuticos.pt/fotos/editor2/2019/WWW/noticias/Perguntas_frequentes_med_hosp.pdf
- [27] Ministério da Saúde - Gabinete do Ministro, Despacho n.o 17690/2007, de 23 de Julho. 2007.
- [28] REGULAMENTO (CE) No 1223/2009 DO PARLAMENTO EUROPEU E DO CONSELHO de 30 de Novembro de 2009. 2009.
- [29] Ministério da Saúde, Decreto-Lei n.o 216/2008, de 11 de Novembro de 2008. 2008.
- [30] Regulamento (UE) N.o 609/2013 do Parlamento Europeu e do Conselho, de 12 de junho de 2013. 2013.
- [31] “NOVALAC.” Accessed: Jun. 16, 2023. [Online]. Available: <https://www.novalac.pt/pt/produtos?menu=2>
- [32] D. R. e P. Ministério da Agricultura, Decreto-lei 136/2003, de 28 de Junho. 2003.
- [33] do D. R. e das P. Ministério da Agricultura, Decreto-Lei no 148/2008, de 29 de julho. 2008.
- [34] Ministério da Saúde, Decreto-Lei no 145/2009, de 17 de junho. 2009.
- [35] Ministério da Saúde, Portaria no 594/2004 de 2 de junho. 2004.

[36] Ministérios da Economia e da Saúde, Portaria n.o 769/2004, de 1 de julho. 2004.

Apêndices

Apêndice 1: Inquéritos realizados no âmbito do projeto de investigação

É idoso ou cuidador

- Idoso
- Cuidador

Inquéritos relativo aos idosos

1. Idade

- Entre 65 a 75 anos
- Entre 75 a 80 anos
- Entre 80-85 anos
- Entre 85-90 anos
- Mais de 90 anos

2. Sexo

- Feminino
- Masculino

3. Residência

- Meio urbano
- Meio rural

4. Distrito de residência

- Aveiro
- Beja
- Braga
- Bragança
- Castelo Branco
- Coimbra
- Évora
- Faro
- Guarda
- Leiria

- Lisboa
- Portalegre
- Porto
- Santarém
- Setúbal
- Viana do Castelo
- Vila Real
- Viseu
- Arquipélago dos Açores
- Arquipélago da Madeira

5. Grau de escolaridade

- Analfabeto
- 4ºano (1º ciclo do ensino básico)
- 6ºano (2º ciclo do ensino básico)
- 9ºano (3º ciclo do ensino básico)
- 12ºano (ensino secundário)
- Licenciatura
- Mestrado
- Doutoramento

6. Situação Profissional

- Em emprego ativo
- Aposentado
- Aposentado, mas que se encontra a trabalhar
- Outra: _____

7. Situação residencial (onde habita)

- Casa própria (proprietário ou arrendatário)
- Casa de familiares
- Lar
- Casa de acolhimento
- Outra: _____

8. Em caso de selecionar na pergunta 10 “casa própria”. Vive sozinho(a)?

- Sim

Não.

9. Se respondeu não, com quem vive?

10. Estado civil

- Solteiro (a)
- União de facto
- Casado (a)
- Divorciado (a)
- Viúvo (a)

11. Autonomia e capacidade de locomoção. Considera-se:

- Autónomo
- Parcialmente dependente (precisa de cuidados, porém consegue realizar totalmente ou parcialmente as atividades quotidianas, necessitando apenas de algum auxílio para uma ou outra situação)
- Dependente (precisa de um auxílio integral e acompanhamento de profissionais para realizar as atividades da vida quotidiana)
- Acamado

12. Utiliza cosméticos (como cosméticos entende-se sabonetes, gel de banho, creme hidratante – rosto, corpo, mãos, pés, perfume, pasta dentífrica, maquilhagem, tinta de cabelo permanente ou temporária, entre outros)?

- Sim
- Não
- Outro? _____

Se não utiliza avança para a pergunta 13

Se sim avança para pergunta 16

13. Qual o principal motivo para não utilizar produtos cosméticos

(selecione uma ou mais opções) *

- São caros
- Considera um luxo

- Não gosta de utilizar cosméticos
- São inúteis
- Outro: _____

14. Considera poder vir a utilizar produtos cosméticos?

- Sim
- Não

Se “Não” termina o questionário

Se “Sim” avança para a pergunta 15

15. Quais dos seguintes produtos pretende vir a utilizar?

(selecione uma ou mais opções) *

- Sabonete
- Gel de banho
- Creme de rosto
- Creme de corpo
- Creme de mãos
- Creme de pés
- Champô
- Amaciador
- Tinta para o cabelo
- Espuma de barbear
- Desodorizante/antitranspirante
- Pasta dentífrica/produtos para prótese dentária
- Perfume
- Protetor solar
- Maquilhagem
- Outro? _____

Termina questionário para estes e continua para os restantes que responderam à pergunta 12

16. Gosta de manter a marca de cosméticos que usa?

- Sim para todos
- Sim para alguns tipos

- Não
- Indiferente

17. Para os que respondeu sim há quanto tempo utiliza, em média, usa essa marca?

- Há mais de 1 ano
- Menos de 1 ano
- Desde sempre

18. Costuma comprar cosméticos em:

(selecione uma ou mais opções) *

- Supermercado
- Farmácias
- Parafarmácias
- Perfumarias
- Internet
- Outro: _____

19. Para os que selecionou farmácias e parafarmácias, que tipo de cosméticos adquire nestes locais?

	Farmácia	Parafarmácia
Sabonete		
Gel de banho		
Creme de rosto		
Creme de mãos		
Creme de pés		
Champô		
Condicionador		
Tinta para o cabelo		
Espuma de barbear		
Desodorizante/antitranspirante		
Higiene oral		
Perfume		
Protetor solar		
Maquiagem		

20. Quanto dinheiro gasta, em média, em cada unidade de produto para limpar o corpo e hidratar o corpo (gel de banho e creme hidratante)?

- Não gasto dinheiro em cosméticos
- Menos de 5 euros
- 5-10 euros
- 10-20 euros
- 20-30 euros
- Mais de 30 euros

21. O que o(a) levou a utilizar os produtos cosméticos que utiliza habitualmente?

(selecione uma ou mais opções) *

- Sentir-se melhor com a sua pele
- Ser aceite pela sociedade
- Algo que o/a incomodava esteticamente
- Melhor qualidade de vida
- Sente que os cosméticos ajudam a cuidar de si mesmo e aumentar a sua autoestima
- Acredita que utilizar cosméticos tem um impacto na perceção dos outros em relação a si e à sua imagem
- Cuidados de higiene
- Outro: _____

22. Utiliza, com frequência, alguma das marcas de cosméticos descritas na listagem abaixo?

(selecione uma ou mais opções) *

- Barral
- Uriage
- La Roche Posay
- Neutrogena
- Vichy
- Cetaphil
- Caudalie
- Skinceuticals
- Nivea
- Ceravé
- ATL

- Tena
- Corine de Farne
- Outro. Qual?: _____

23. Que cosméticos para o ROSTO utiliza

*** (Assinale todos os utilizados)**

- Sabonete
- Leite de Limpeza
- Água Micelar
- Hidratante
- Creme de dia
- Creme de noite
- Contorno de olhos
- Creme anti manchas
- Creme antienvelhecimento
- Protetor solar
- Base
- Blush
- Rímel
- Sombra de olhos
- Lápis de maquiagem
- Batom
- Removedor de maquiagem
- After shave
- Espuma de barbear
- Pastas dentífricas/produtos para próteses dentárias
- Nenhum
- Outro(s): _____

24. Em média, com que periodicidade usa os cosméticos específicos para o rosto?

- Mais de 2 vezes por dia
- 2 vezes por dia
- 1 vez por dia
- Dia sim dia não
- 1 vez por semana

- 1 vez por mês

25. Que cosméticos utiliza para o CORPO?

*** (Assinale todos os utilizados)**

- Sabonete
- Gel de banho
- Hidrante corporal
- Óleos
- Desodorizante/antitranspirante
- Perfume
- Creme de mãos
- Creme dos pés
- Bronzeador
- Protetor solar
- Nenhum
- Outro. Qual?

26. Em média, com que periodicidade usa os cosméticos selecionados para o corpo?

- Mais de 2 vezes por dia
- 2 vezes por dia
- 1 vez por dia
- Dia sim dia não
- 1 vez por semana
- 1 vez por mês

27. Que cosméticos utiliza para o CABELO?

*** (Assinale todos os utilizados)**

- Champô
- Condicionador
- Tratamento capilar
- Creme sem enxaguar
- Produto fixante (ex: gel, laca)
- Tinta para o cabelo (temporária ou permanente)
- Nenhum
- Outro(s): _____

28. Em média, com que periodicidade usa os cosméticos selecionados para o cabelo?

- Mais de 2 vezes por dia
- 2 vezes por dia
- 1 vez por dia
- Dia sim dia não
- 1 vez por semana
- 1 vez por mês

29. Usa diariamente proteção solar?

- Sim
- Não

30. Sentiu necessidade de mudança dos hábitos no uso de cosméticos com o avançar da idade?

- Sim
- Não

31. Procurou ou procura habitualmente aconselhamento para uso de cosméticos?

(selecione uma ou mais opções) *

- Farmacêutico
- Médico
- Enfermeiro
- Familiares
- Amigos
- Não recorro a aconselhamento
- Outro(s): _____

32. Para que tipo de produto cosmético procurou/procura aconselhamento?

* (Assinale todos aqueles para que solicitou apoio)

- Champô/amaciador/máscara de cabelo
- Coloração/descoloração de cabelo
- Tratamentos de alisamento/permanente

- Cremes para o rosto
- Maquiagem
- Cremes para o corpo
- Produtos para higiene oral
- Outro. Qual? _____

33. Atualmente sente necessidade de reforçar ou implementar cuidados de ROSTO?

(selecione uma ou mais opções) *

- Higiene facial com produtos suaves de manhã e/ou à noite
- Aplicação contínua de creme hidratante e contorno de olhos adaptados de manhã e/ou à noite
- Aplicação de um sérum/creme com ação anti manchas adaptado de manhã e/ou à noite.
- Pulverização do rosto com água termal calmante e anti irritante após aplicação do creme hidratante
- Uso de máscara hidratante 1 a 2 vezes por semana
- Aplicação de proteção solar adequada de manhã
- Aplicação de uma proteção solar mais elevada durante os períodos de maior exposição solar, com renovação regular
- Alterações nos produtos de maquiagem
- Introdução de produtos para melhorar a auto-imagem corporal
- Outro. Qual? _____

34. Atualmente sente necessidade de reforçar ou implementar cuidados de CORPO?

(selecione uma ou mais opções) *

- Higiene com produtos suaves e hidratantes
- Aplicação de creme hidratante
- Aplicação de um produto hidratante na zona vulvar/vaginal
- Aplicação de um produto refrescante e/ou descongestionante pela manhã nas pernas
- Aplicação de proteção solar adequada diariamente em todo o corpo
- Outro. Qual? _____

35. Atualmente sente necessidade de reforçar ou implementar cuidados de CABELO?

(selecione uma ou mais opções) *

- Aplicação de um champô suave adaptado aos desequilíbrios (ex: cabelo oleoso, seco, anti-caspa)
- Aplicação de máscaras e champôs hidratantes e óleos reparadores
- Aplicação de champô para tratamento da queda do cabelo
- Aplicação de produtos adequados de aplicação após a higiene do cabelo, sem enxaguamento (ex: reparador de pontas, sérum hidratante)
- Produto de coloração
- Outro. Qual? _____

36. Considera que a QUANTIDADE de produtos cosméticos diferentes para cuidados de ROSTO com o avançar da idade:

- Aumentou
- Diminuiu
- Não se alterou

37. Quanto ao número de utilizações, considera que a FREQUÊNCIA (número de vezes que aplica) produtos cosméticos para cuidados de ROSTO com o avançar da idade:

- Aumentou
- Diminuiu
- Não se alterou

38. Considera que a QUANTIDADE de produtos cosméticos para cuidados de CORPO com o avançar da idade

- Aumentou
- Diminuiu
- Não se alterou

39. Quanto ao número de utilizações, considera que o NÚMERO de vezes que aplica os produtos cosméticos para cuidados de CORPO com o avançar da idade:

- Aumentou
- Diminuiu

Não se alterou

40. Considera que a QUANTIDADE de produtos cosméticos para cuidados de CABELO com o avançar da idade

Aumentou

Diminuiu

Não se alterou

41. Quanto ao número de utilizações, considera que a FREQUÊNCIA de uso de produtos cosméticos para cuidados de CABELO com o avançar da idade

Aumentou

Diminuiu

Não se alterou

42. É portador de alguma doença com manifestação na pele?

(Se sim, assinale uma ou mais opções)*

Dermatite atópica

Psoríase

Pitiríase Versicolor

Não

Outra: _____

43. Que alterações sentiu na sua pele , com o avançar da idade?

(selecione uma ou mais opções) *

Manchas (sobretudo nas áreas mais expostas ao sol)

Rugas

Xerose (secura da pele)

Tendência a descamar

Calosidades

Prurido/comichão

Rosácea

Sensibilidade (reatividade ao frio, ao vento, a produtos, etc)

Sensação de repuxamento

Outro(s): _____

44. Sente que a sua pele sofre mais alterações consoante a estação do ano?

- Sim
- Não
- Não sabe/ não responde

45. Na globalidade, quão incomodativos são as alterações de pele que observou?

- Nada
- Pouco
- Algum
- Muito

46. Sente que os produtos que usa satisfazem as suas necessidades?

- Sim
- Não

47. Se respondeu Não à pergunta 46, porquê?

(selecione uma ou mais opções) *

- Gordurosos
- Pouco eficazes
- Preço
- Pouco acessíveis
- Outro? _____

48. Quando usa algum cosmético vê melhorias nos sintomas da pele do/a idoso/a?

- Sim
- Não

49. Sente necessidade de haver no mercado algum produto específico para IDOSOS?

- Sim
- Não

50. Que tipo de produto hidratante corporal seria o ideal para si?

(selecione uma ou mais opções) *

- Creme Fluido
- Creme gordo
- Spray hidratante
- Hidratante sólido
- Outro? _____

51. Daria preferência a produtos com ingredientes naturais?

- Sim
- Não
- Indiferente

Inquérito referente aos cuidadores

52. Sexo do cuidador:

- Feminino
- Masculino
- Outro: ____
- Não respondo

53. Residência

- Meio urbano
- Meio rural

54. Distrito de residência:

- Aveiro
- Beja
- Braga
- Bragança
- Castelo Branco
- Coimbra
- Évora
- Faro
- Guarda
- Leiria
- Lisboa

- Portalegre
- Porto
- Santarém
- Setúbal
- Viana do Castelo
- Vila Real
- Viseu
- Arquipélago dos Açores
- Arquipélago da Madeira

55. Grau de escolaridade do cuidador?

- Analfabeto
- 4ºano (1º ciclo do ensino básico)
- 6ºano (2º ciclo do ensino básico)
- 9ºano (3º ciclo do ensino secundário)
- 12ºano (ensino secundário)
- Licenciatura
- Mestrado
- Doutoramento

56. Situação residencial do idoso (onde habita)

- Casa própria (proprietário ou arrendatário)
- Casa de familiares
- Lar
- Casa de acolhimento
- Outra: _____

57. Autonomia e capacidade de locomoção do idoso. Considera:

- Autónimo
- Parcialmente dependente (precisa de cuidados, porém consegue realizar totalmente ou parcialmente as atividades quotidianas, necessitando apenas de algum auxílio para uma ou outra situação)
- Dependente (precisa de um auxílio integral e acompanhamento de profissionais para realizar as atividades da vida quotidiana)
- Acamado

58.O/A idoso/a é seu familiar?

- Sim
- Não

59.Qual é o sexo do idoso que cuida?

- Feminino
- Masculino
- Outro: _____
- Não respondo

60. Profissão do cuidador:

- Profissional de saúde
- Cuidador a tempo inteiro
- Outro. Qual? _____

61. Teve alguma formação específica para prestar este tipo de cuidado?

- Não
- Sim

62. Que tipo de formação teve?

(selecione uma ou mais opções) *

- Formação dentro do curso profissional
- Pós-graduação
- Formação em congresso
- Curso não conferente de grau
- Outra. Qual? _____

63.Utiliza cosméticos (como cosméticos entende-se sabonetes, gel de banho, creme hidratante – rosto, corpo, mãos, pés, perfume, pasta dentífrica, maquilhagem, tinta de cabelo permanente ou temporária, entre outros)?

- Sim
- Não

Se não avança para a pergunta 13, se sim avança para a 16

64. Qual é o principal motivo pelo qual não utiliza cosméticos quando presta cuidados de higiene ao idoso?

(selecione uma ou mais opções) *

- Situação económica do idoso
- Situação económica do cuidador
- Considera um luxo
- A pessoa cuidada não gosta de utilizar cosméticos
- Considera que são inúteis
- Outro? _____

65. Considera poder vir a utilizar produtos cosméticos no idoso?

- Sim
- Não

Se “Não” termina o questionário

Se “Sim” avança para a pergunta 15

66. Quais dos seguintes produtos pretende utilizar quando presta cuidados de higiene ao idoso?

(selecione uma ou mais opções) *

- Sabonete
- Gel de banho
- Creme de rosto
- Creme de corpo
- Creme de mãos
- Creme de pés
- Champô
- Amaciador
- Tinta para o cabelo
- Espuma de barbear
- Desodorizante/antitranspirante
- Pasta dentífrica/produtos para prótese dentária
- Perfume
- Protetor solar
- Maquilhagem

O Outro?_____

Termina questionário para estes e continua para os restantes que responderam à pergunta 12

67. Gosta de manter a marca de cosméticos que usa nos cuidados ao idoso?

- Sim para todos
- Sim para alguns tipos
- Não
- Indiferente

68. Para os que respondeu Sim há quanto tempo utiliza, em média, usa essa marca?

- Há mais de 1 ano
- Menos de 1 ano
- Desde sempre

69. Os cosméticos que utiliza no idoso/a são adquiridos habitualmente:

(selecione uma ou mais opções) *

- Farmácia
- Parafarmácia
- Perfumarias
- Internet
- Supermercado
- Outro?_____

70. Para os que selecionou farmácias e parafarmácias, que tipo de cosméticos adquire nestes locais? Apresentar aqui a classificação

(selecione uma ou mais opções) *

	Farmácia	Parafarmácia
Sabonete		
Gel de banho		
Creme de rosto		

Creme de mãos		
Creme de pés		
Champô		
Amaciador		
Tinta para o cabelo		
Espuma de barbear		
Desodorizante/antitranspirante		
Pasta dentífrica		
Perfume		
Protetor solar		
Maquilhagem		

71. Quanto dinheiro gasta, em média, em cada unidade de produto para limpar o corpo e hidratar o corpo (gel de banho e creme hidratante)?

- Não gasta dinheiro com cosméticos
- Menos de 5 euros
- 5-10 Euros
- 10-20 euros
- 20-30 euros
- 30 euros
- Mais de 30 euros

72. O que o levou a utilizar os produtos cosméticos referidos anteriormente no/a idoso/a ?

(selecione uma ou mais opções) *

- O/A idoso/a sentir-se melhor com a sua pele
- O/A idoso/a ser aceite pela sociedade
- Algo que incomodava esteticamente o/a idoso/a
- Melhor qualidade de vida do/a idoso/a
- Sente que os cosméticos ajudam a cuidar da pele do mesmo e aumentar a sua auto-estima
- Acredita que utilizar cosméticos tem um impacto na perceção dos outros em relação à imagem do idoso

- Cuidados de higiene
- Outro: _____

73. Utiliza, com frequência, alguma das marcas de cosméticos nos cuidados com o idoso, descritas na listagem abaixo?

(selecione uma ou mais opções) *

- Barral
- Uriage
- La Roche Posay
- Neutrogena
- Vichy
- Cetaphil
- Caudalie
- Skinceuticals
- Nivea
- Ceravé
- ATL
- Tena
- Corine de Farme
- Outro. Qual? _____

74. Que cosméticos para o ROSTO utiliza quando presta cuidados de higiene ao idoso?

* (Assinale TODOS os que usa)

- Sabonete
- Leite de Limpeza
- Água Micelar
- Hidratante
- Creme de dia
- Creme de noite
- Contorno de olhos
- Creme anti manchas
- Creme antienvelhecimento
- Protetor solar
- Base

- Blush
- Rímel
- Sombra de olhos
- Lápis de maquiagem
- Batom
- Removedor de maquiagem
- After shave
- Espuma de barbear
- Pasta dentífrica/produtos para prótese dentária
- Nenhum
- Outro. Qual? _____

75. Com que periodicidade usa os cosméticos selecionados para o ROSTO quando presta cuidados de higiene ao idoso?

- Mais de 2 vezes por dia
- 2 vezes por dia
- 1 vez por dia
- Dia sim dia não
- 1 vez por semana
- 1 vez por mês

76. Que cosméticos para o CORPO utiliza quando presta cuidados de higiene ao idoso?

*** (Assinale TODOS os que usa)**

- Sabonete
- Gel de banho
- Hidrante corporal
- Óleos
- Desodorizante/antitranspirante
- Perfume
- Creme de mãos
- Creme dos pés
- Bronzeador
- Protetor solar
- Nenhum

- Outro. Qual? _____

77. Com que periodicidade usa os cosméticos selecionados para o CORPO quando presta cuidados de higiene ao idoso?

- Mais de 2 vezes por dia
 2 vezes por dia
 1 vez por dia
 Dia sim dia não
 1 vez por semana
 1 vez por mês

78. Que cosméticos para o CABELO utiliza quando presta cuidados de higiene ao idoso?

*** (Assinale TODOS os que usa)**

- Champô
 Condicionador
 Tratamento capilar
 Creme sem enxaguar
 Produto fixante (ex: gel, laca)
 Tinta para o cabelo (temporária ou permanente)
 Nenhum
 Outro. Qual? _____

79. Com que periodicidade usa os cosméticos selecionados para o CABELO quando presta cuidados de higiene ao idoso?

- Mais de 2 vezes por dia
 2 vezes por dia
 1 vez por dia
 Dia sim dia não
 1 vez por semana
 1 vez por mês

80. Usa diariamente proteção solar quando presta cuidados de higiene ao idoso?

- Sim
 Não

81. Sentiu necessidade de mudança dos hábitos no uso de cosméticos com o avançar da idade do/a idoso/a?

- Sim
- Não

82. Procurou ou procura habitualmente aconselhamento para uso de cosméticos quando presta cuidados de higiene ao idoso?

(selecione uma ou mais opções) *

- Farmacêutico
- Médico
- Enfermeiro
- Familiar
- Outro. Qual? : _____
- Não recorro a aconselhamento

83. Para que tipo de produto cosmético procurou/procura aconselhamento?

* (Assinale todos aqueles para que solicitou apoio)

- Champô/amaciador/máscara de cabelo
- Coloração/descoloração de cabelo
- Tratamentos de alisamento/permanente
- Cremes para o rosto
- Maquiagem
- Cremes para o corpo
- Produtos para higiene oral
- Outro. Qual? _____

84. Atualmente sente necessidade de reforçar ou implementar cuidados de ROSTO quando presta cuidados de higiene ao idoso?

(selecione uma ou mais opções) *

- Higiene facial com produtos suaves de manhã e/ou à noite
- Aplicação contínua de creme hidratante e contorno de olhos adaptados de manhã e/ou à noite

- Aplicação de um sérum/creme com ação anti manchas adaptado de manhã e/ou à noite.
- Pulverização do rosto com água termal calmante e anti irritante após aplicação do creme hidratante
- Uso de máscara hidratante 1 a 2 vezes por semana
- Aplicação de proteção solar adequada de manhã
- Aplicação de uma proteção solar mais elevada durante os períodos de maior exposição solar, com renovação regular
- Alterações nos produtos de maquiagem.
- Introdução de produtos para melhorar a auto-imagem corporal
- Outro. Qual? _____

85. Atualmente sente necessidade de reforçar ou implementar cuidados de corpo quando presta cuidados de higiene ao idoso?

(selecione uma ou mais opções) *

- Higiene com produtos suaves e hidratantes
- Aplicação de creme hidratante
- Aplicação de um produto hidratante na zona vulvar
- Aplicação de um produto refrescante e/ou descongestionante pela manhã nas pernas
- Aplicação de proteção solar adequada diariamente em todo o corpo
- Outro. Qual? _____

86. Atualmente sente necessidade de reforçar ou implementar cuidados de cabelo quando presta cuidados de higiene ao idoso?

(selecione uma ou mais opções) *

- Aplicação de um champô suave adaptado aos desequilíbrios (ex: cabelo oleoso, seco, anti caspa)
- Aplicação de máscaras e shampoos hidratantes e óleos reparadores
- Aplicação de shampoo para tratamento da queda do cabelo
- Aplicação de produtos adequados de aplicação após a higiene do cabelo, sem enxaguamento (ex: reparador de pontas, sérum hidratante)
- Produtos de coloração
- Outro. Qual? _____

87. Em termos numéricos, considera que a QUANTIDADE de produtos cosméticos para cuidados de rosto com o avançar da idade

- Aumentou
- Diminuiu
- Não se alterou

88. Considera que a Frequência (Número de vezes) em que usa os produtos cosméticos para cuidados de rosto com o avançar da idade

- Aumentou
- Diminuiu
- Não se alterou

89. Em termos numéricos, considera que a QUANTIDADE de produtos cosméticos para cuidados de corpo com o avançar da idade

- Aumentou
- Diminuiu
- Não se alterou

90. Considera que a Frequência (Número de vezes) em que usa produtos cosméticos para cuidados de corpo com o avançar da idade

- Aumentou
- Diminuiu
- Não se alterou

91. Em termos numéricos, considera que a QUANTIDADE de produtos cosméticos para cuidados de cabelo com o avançar da idade

- Aumentou
- Diminuiu
- Não se alterou

92. Quanto ao número de utilizações, considera que a FREQUÊNCIA de uso de produtos cosméticos para cuidados de CABELO com o avançar da idade

- Aumentou
- Diminuiu
- Não se alterou

93. O/A idoso/a é portador de alguma patologia com manifestação cutânea?

(selecione uma ou mais opções) *

- Dermatite atópica
- Psoríase
- Pitiríase Versicolor
- Outra: _____

94. Que manifestações cutâneas decorrentes do envelhecimento o/a idoso/a apresenta:

(selecione uma ou mais opções) *

- Manchas (sobretudo nas áreas mais expostas ao sol)
- Rugas
- Xerose (secura da pele)
- Tendência a descamar
- Calosidades
- Prurido/comichão
- Rosácea
- Sensibilidade (reatividade ao frio, ao vento, a produtos, etc)
- Sensação de repuxamento
- Outro(s): _____

95. Sente que a pele do idoso sofre mais alterações consoante a estação do ano?

- Sim
- Não
- Não sabe/ não responde

96. Na globalidade, quão incomodativos para o idoso são as alterações de pele que observou?

- Nada
- Pouco
- Algum
- Muito

97. Sente que os produtos que usa satisfazem as necessidades da pele do idoso?

- Sim
- Não

98. Se respondeu Não à pergunta 46, porquê?

(selecione uma ou mais opções) *

- Gordurosos
- Pouco eficazes
- Preço
- Pouco acessíveis
- Outro? _____

99. Quando usa algum cosmético vê melhorias nos sintomas da pele do/a idoso/a?

- Sim
- Não

100. Sente necessidade de haver no mercado algum produto específico para IDOSOS?

- Sim
- Não

101. Que tipo de produto hidratante corporal considera que seria o ideal para aplicação no idoso?

(selecione uma ou mais opções) *

- Creme Fluido
- Creme gordo
- Spray hidratante
- Hidratante sólido
- Outro? _____

102. Daria preferência a produtos com ingredientes naturais?

- Sim
- Não
- Indiferente

Apêndice 2 – Poster apresentado no XVIII INTERNATIONAL CICS-UBI SYMPOSIUM.



Cosmetic products specifically marketed for aged population in Portuguese Community Pharmacies

Rouxinol, Beatriz^{1,2}; Gama, Ana Rita^{1,2}; Martinez, José^{1,2}; Palmeira-de-Oliveira, Ana^{1,2,3}; Duarte, Paulo⁴; Palmeira-de-Oliveira, Rita^{1,2,3} (*)

¹ Faculty of Health Sciences, University of Beira Interior, Covilhã, Portugal; ² CICS-UBI Health Sciences Research Center, University of Beira Interior, Covilhã, Portugal; ³ Labfit-HPRD Health Products Research and Development, Lda, Covilhã, Portugal; ⁴ NBCE - Research Center for Business Sciences, Covilhã, Portugal

(*) Email: rpa@fcsaude.ubi.pt

Introduction

Ageing is characterized by a progressive loss of homeostatic capacity that result from genetic heritage and from agents, both exogenous and endogenous. Skin ageing manifests itself by decreasing metabolic activity and increasing sensitivity or susceptibility to disease (1),(6),(7).

Dramatic dermal changes occur while epidermal changes associated with ageing involve flattening of the dermal-epidermal junction, which is the most striking change in ageing. There is a reduction in the number of Langerhans cells and melanocytes, and a decline in the number of synthesized melanosomes, leading to reduced skin pigmentation (1),(6),(7).

AIM: Study the cosmetic products for the elderly available in Portuguese pharmacies and drugstores.

Methods

✓ The study was carried out on the Portuguese pharmacies and drugstores websites during January to February 2023.

✓ The websites were: "Wells", "A sua farmácia" and "A farmácia online".

✓ Anti-ageing, hydration and skin firmness were considered as keywords for body products selection.

✓ Anti-ageing, and redensifier were considered as keywords for face products selection.

✓ Only face and body products were included in the study.

Results

For face products, **363 products** from **59 brands** were identified in 3 pharmacies and Drugstores websites. All of these face products claim to be anti-ageing (n=363 products) and many face products claim to be skin densifier (n=58).

Table 1. Marketed products identified for face application (n=363).

Claim	Product formulation	Relevant active ingredients
Anti-ageing	Face cream (n=182)	Hyaluronic acid, retinol, glycerin and amino acids
	Serum (n=104)	Hyaluronic acid, vitamin C, retinol and vitamin B
	Eye cream (n=57)	Hyaluronic acid, caffeine, silica, water and glycerin
	Mask (n=4)	Hyaluronic acid, niacinamide, dimethicone, essential fatty acids and vitamin C&E
	Solution (unidesis ampoule) (n=16)	Hyaluronic acid, collagen and vitamin C
Redensifiers	Face cream (n=35)	Hyaluronic acid, tocopherol and emollients such as glycerin
	Sérum (n=12)	Ascorbyl glucoside and hyaluronic acid
	Eye cream (n=6)	Hyaluronic acid
	Mask (n=4)	Hyaluronic acid

For body products, **166 products** from **59 brands** were found in 3 pharmacies and Drugstores websites, among which 152 claim hydration, 13 skin firmness and 1 anti-ageing.

Table 2. Marketed products identified for body application (n=166).

Claim	Product formulation	Relevant active ingredients
Body	Anti-ageing Serum (n=1)	Hydroxyacetophenone and phytylphosphingosine
	Hydration Body cream (n=152)	Essential fatty acids, paraffin, vaseline and glycerin
	Body cream (n=12)	Tocopherol and collagen
Skin firmness	Solution (unidesis ampoule) (n=1)	Collagen, elastin and organic silicon

Discussion

All of these face products claim to be anti-ageing and many face products claim to be skin densifier which matches with the characteristic ingredients, such as retinol, hyaluronic acid and vitamin C&E in their INCI lists.

Most of body products claim hydration and antipruritic properties due to occlusive and hydration ingredients such as glycerin and vaseline. Other products present firmness claims consistent with the properties of collagen and elastin.

Conclusion

In conclusion, these results allow the identification of classes of cosmetics specifically marketed for aged skin or to avoid ageing skin signs, as well as their ingredients and specificity.

This work paves the way for the application of a survey to elderly people and their caregivers that shall identify their unmet cosmetic needs and then support the development of products more focused on consumer preferences and needs.

References:
1. Roth AD, Rowe M, Millan JL. Handbook of Geriatric Science & Technology. In: Meiri D, editor. 2021. p. 800.
2. Products: Retinol and Hydration. 2 Cosmetic Claims. 2023;69(4):125-32.
3. Butler CL, et al. "Rejuvenation of skin covers the elderly." J Biol Chem. 2015;290(17):11089-11092.
4. <https://doi.org/10.1002/ajim.14000>
5. <https://doi.org/10.1002/ajim.14000>
6. <https://doi.org/10.1002/ajim.14000>
7. <https://doi.org/10.1002/ajim.14000>

Acknowledgements:

This work was developed within the scope of the CICS-UBI projects UIDB/00704/2020 and UIDP/00708/2020, financed by national funds through the Portuguese Foundation for Science and Technology (FCT).



Anexos

Anexo 1 – Ficha de preparação de uma pomada de Dermovate com vaselina salicilada feita por mim durante o meu estágio na FS.

Teor em substância(s) activa(s): 100 g (ml ou unidades) contém 5 g (ml) de Ac. salicílico

Forma farmacêutica: Pomada Data de preparação: 30/05/23

Número do lote: 30.523 Quantidade a preparar: 200 gramas

Matérias-primas	Lote nº	Origem	Farmacopeia	Quantidade para 100 g (ou ml, ou unidades)	Quantidade calculada	Quantidade pesada	Rubrica do Operador e data	Rubrica do Supervisor e data
Vaselina	201429 95	synthofarm	—	70 g	140g	140g		
Dermovate	AJ8V	GSK	—	25g	50g	50g		
Ac. salicílico	210247- N-2	Cooprefar	Europeia	5g	10g	10g		

Preparação

	Rubrica do Operador
1. Lavagem e preparação do material	
2. Pesagem das matérias-primas	
3. Redução do Ac. salicílico salicílico a pó	
4. Espatulação e incorporação do Ac. salicílico até obter-se pó homogêneo	
5.	
6.	

Anexo 3 – CONSENTIMENTO LIVRE, INFORMADO E ESCLARECIDO (CLIE) do presente estudo.

CONSENTIMENTO LIVRE, INFORMADO E ESCLARECIDO (CLIE)

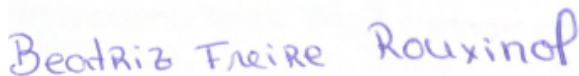
Beatriz Freire Rouxinol, estudante do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas e investigador principal do estudo “Uso de cosméticos por idosos - hábitos e perspectivas do utilizador e cuidadores”, que pretende perceber as necessidades dos idosos e as alterações de hábitos, no que respeita a utilização de produtos cosméticos, bem como avaliar o impacto destes produtos na qualidade de vida desta população e se destina à elaboração da dissertação de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas da Universidade da Beira Interior. Venho pedir que connosco colabore, pois sem a sua participação não será possível concretizar com êxito este projeto. Solicitamos a sua colaboração no preenchimento de um formulário, sendo que o mesmo é anónimo e não acarreta riscos, inconvenientes ou encargos para a sua pessoa. A sua participação poderá contribuir para o desenvolvimento de programas de informação sobre uso de cosméticos, de forma segura, em idosos para promoção do bem-estar e da imagem corporal e para o desenvolvimento de novos produtos cosméticos que vão ao encontro das suas necessidades. Este trabalho envolve como investigadores: Beatriz Freire Rouxinol (investigadora principal), Professora Doutora Rita Manuela Palmeira de Oliveira (orientadora), Professor Doutor Paulo Duarte, Professor Doutor José Martinez de Oliveira, Professora Doutora Ana Palmeira de Oliveira e Mestre Ana Rita Gama (Coorientadora), não carecendo de qualquer apoio financeiro. Os investigadores envolvidos não obtêm benefícios financeiros ou outros, diretos ou indiretos, reais ou potenciais, presumíveis para além dos científicos / académicos. A sua confidencialidade está garantida, visto que a participação no estudo é anónima e confidencial e que, em qualquer circunstância, o participante pode recusar participar no presente estudo sem qualquer tipo de consequências (monetária ou outra), sendo que os investigadores Beatriz Freire Rouxinol (investigadora principal), Professora Doutora Rita Manuela Palmeira de Oliveira (orientadora), Professor Doutor Paulo Duarte, Professor Doutor José Martinez de Oliveira, Professora Doutora Ana Palmeira de Oliveira e Mestre Ana Rita Gama (Coorientadora) garantem a confidencialidade e o anonimato (não existe registo dos dados de identificação do participante) pelo que em nenhuma circunstância a identificação dos participantes se tornará pública. Os dados pessoais recolhidos neste estudo resumem-se à idade e local de residência (concelho e tipologia rural/urbano) do participante e serão analisados no seu conjunto e utilizados exclusivamente para fins científicos, publicações e dissertação de Mestrado em Ciências Farmacêuticas". A

participação que solicito é voluntária, isto é, não se sinta obrigado a participar, e pode decidir não participar desde o primeiro momento ou noutra qualquer, sem que daí advenham quaisquer prejuízos para si em qualquer perspectiva. Uma vez que a sua decisão de participar é voluntária, livre, e informada pelo presente documento, mas também esclarecida em tudo o que tiver dúvidas, qualquer pergunta, dúvida ou informação adicional de que necessite para a sua decisão poderá ser-me colocada ou transmitida através dos seguintes contactos:

- Telemóvel: 960028311
- Correio eletrónico: beearouxinol@gmail.com

Ao assinar este documento confirmo que, em nome da equipa de investigação, transmiti toda a informação nela contida, e expliquei e dei resposta a todas as questões e dúvidas apresentadas pelo participante.

Covilhã, 08 de janeiro de 2023



(Beatriz Freire Rouxinol)

Espaço de assinatura do participante

Ao assinar esta declaração assumo que irei colaborar livremente, que li e compreendi a informação e os esclarecimentos que me foram dados, e a meu contento, acerca da minha participação, e tive tempo suficiente para me decidir e neles ponderar. Aceito participar nas tarefas que me são solicitadas, sabendo que nada me impede de mudar de posição, sendo que poderei manifestar o desejo de não colaborar, sem que tal implique quaisquer perdas de direitos ou acarrete prejuízos pessoais. Tenho conhecimento de que um original deste documento, assinado por ambos os subscritores, fica em minha posse. Ao responder ao presente questionário declaro ter lido e compreendido este documento, bem como sinto-me esclarecida/o através das informações que me foram fornecidas e esclarecimentos que solicitei pela/s pessoa/s que acima assina/m.

Aceito participar neste estudo |__|

Aceito o tratamento e guarda dos dados pessoais |__|

Anexo 4 – Parecer da Comissão Ética da UBI, relativo ao presente estudo.



comissaodeetica@ubi.pt
Convento de Santo António
6201-001 Covilhã | Portugal

Parecer relativo ao processo n.º CE-UBI-Pj-2023-042-ID1827

Na sua reunião de 18 de julho de 2023, a Comissão de Ética apreciou a documentação científica submetida referente ao pedido de parecer do projeto "**Estudo de necessidades cosméticas na população de idade avançada**", da proponente **Beatriz Freire Rouxinol**, a que atribuiu o código n.º CE-UBI-Pj-2023-042.

Na sua análise não identificou matéria que ofenda os princípios éticos e morais, sendo de parecer que o estudo em causa pode ser **aprovado**.

Covilhã e UBI

A Presidente da Comissão de Ética

Assinado por: **AMÉLIA MARIA MONTEIRO
FERNANDES NUNES**
Num. de identificação: B1102417849
Data: 2023.07.27 22:48:29+01'00'



(Professora Doutora Amélia Maria Monteiro Fernandes Nunes)

(Professora Auxiliar)